



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Základy práce v multidisciplinárním týmu

Centra duševního zdraví

na příkladech pravdivých příběhů klientů



REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ
Strategie reformy psychiatrické péče



Obsah

1.	Úvod	4
2.	Tvorba multidisciplinárního týmu	6
	Integrace zdravotních a sociálních služeb	6
	Model dramatického trojúhelníku	6
	Silné a slabé stránky medicinského a sociálního přístupu	8
	Péče v komunitě versus péče v ústavu	13
3.	Na zotavení orientovaný přístup (Recovery)	17
	Základní principy recovery přístupu	17
	Recovery ladder - stupně zotavení	19
	Klíčové oblasti zotavení	23
4.	Závěr	36
5.	Zdroje	37



Zkratky použité v textu:

CDZ	Centrum duševního zdraví
ČR	Česká republika
IPS	Individual Placement and Support - manažerský přístup k zaměstnávání lidí s duševním onemocněním a/nebo jiným zdravotním či sociálním handicapem
OSPOD	Orgán sociálně-právní ochrany dětí
SMI	osoby se závažným chronickým duševním onemocněním (Serious/Severe Mental Illness)



1. Úvod

V současné době prochází péče o osoby s duševním onemocněním v ČR výraznou proměnou. Dochází k reformě systému a k rozvoji péče ve vlastním sociálním prostředí. Pro vážně duševně nemocné osoby se stávají důležitým pilířem nově budovaného systému, tak jako v mnohých zemích, které prošly procesem reformy, Centra duševního zdraví (dále jen „CDZ“). Podpora těchto zařízení a dalších komunitních služeb na bázi propojení zdravotních a sociálních pracovníků je jedna ze zásadních změn, které reformy psychiatrie přináší. V dalších oblastech Reforma péče o duševní zdraví zavádí systémovou změnu v poskytování psychiatrické péče, kde hlavním cílem je zvýšení její kvality, efektivity a zejména zvýšení kvality života a omezení stigmatizace lidí s duševním onemocněním. Reforma péče o duševní zdraví také zavádí organizační a legislativní změny vedoucí k nastavení odpovídajících úhradových mechanismů a k zavedení pevné a jasně strukturované meziprofesní spolupráce nejenom v oblasti sociálních služeb ale i v oblastech pracovního trhu, školství, justice či bezpečnosti.

Centrum duševního zdraví je zdravotně – sociální služba, která pomáhá lidem se závažným duševním onemocněním a je součástí Strategie reformy psychiatrické péče. Hlavním úkolem je přesun péče o klienty do jejich přirozeného prostředí. Odbornými přístupy multidisciplinárního týmu zamezit častým opakovaným hospitalizacím či napomáhat k výraznému zkrácení doby léčby v psychiatrické nemocnici.

Jedná se o novou službu v systému péče v ČR a následující text má za cíl pomoci hlouběji pochopit, jak pracovat s cílovou skupinou, jaké specifické přístupy a metody v CDZ uplatnit tak, aby byly co nejvíce prospěšné pro klienty/pacienty.

Následující text vychází ze zkušeností z praxe již existujících CDZ. Je v něm použita řada konkrétních případů – kazuistik, které čtenáři mohou napovědět, s čím se vznikající Centrum duševního zdraví potýká.

Cílem služby CDZ je umožnit osobám s dlouhodobým závažným duševním onemocněním (*SMI – Severe/Serious Mental Illness*) co největší integraci do běžných životních podmínek. Za stěžejní element v poskytování komplexní psychiatrické péče lze považovat multidisciplinární tým. Vždy je potřeba mít na vědomí, že duševní porucha není způsobena pouze fyziologickými změnami, ale že jde o onemocnění mnoho faktorové, proto je potřeba stejným způsobem přistupovat k léčbě. Komplexní pomoc je nastavena ve chvíli, kdy je nemocný v rukou mnoha odborníků, kteří se společně snaží



odstranit veškeré překážky, se kterými se nemocný potýká. Tito odborníci spolu úzce spolupracují a dohromady tvoří multidisciplinární tým. Multidisciplinární tým je tedy složen jak ze zdravotnických, tak i sociálních pracovníků.

Vytvořit funkční multidisciplinární tým je jedním z prvních úkolů, se kterým se CDZ potýkají. První část textu se proto zabývá tématem propojování sociálních a zdravotních služeb, úskalími tohoto procesu a výhodami, které z úspěšně zavedeného multidisciplinárního týmu plynou.

Základní metoda práce multidisciplinárního týmu je na zotavení orientovaný přístup (*recovery approach*). Nejedná se o zcela nové téma. Nicméně aplikace tohoto přístupu v rámci práce CDZ s sebou přináší řadu výzev. Proto se druhá část textu věnuje právě tématu zotavení a způsobu, jak může být tento přístup v jednotlivých klíčových oblastech života v rámci práce multidisciplinárního týmu naplňován. Vše je pak dokresleno popisem jednotlivých případů z praxe práce v CDZ.



2. Tvorba multidisciplinárního týmu

Integrace zdravotních a sociálních služeb

V devadesátých letech minulého století začaly v České republice v oblasti sociálních služeb vznikat nestátní organizace orientované na provozování komunitních služeb pro osoby se závažným duševním onemocněním a osoby potýkající se s problematikou závislosti. Vznikl tak nový systém se specifickými hodnotami a metodami práce, které se značně odlišovaly od hodnot a metod práce klasických zdravotnických (psychiatrických) zařízení. Po dlouhou dobu měly tyto dva systémy spíše tendenci se vzájemně vymezovat než spolupracovat. V procesu budování multidisciplinárního týmu je zapotřebí najít společnou řeč, neorientovat se na vzájemné výtky a netrvat dogmaticky na „svých pravdách“. Nově vznikající spolupráce musí být otevřena k obohacení jiným přístupem a společně vytvořit kvalitativně nový způsob práce, kde každý může ve prospěch pacienta/klienta uplatnit své profesní i osobní silné stránky¹.

Paralelní existence dvou modelů, které se hodnotově a přístupem k jednomu kterému pacientovi/klientovi navzájem odlišují, mohou pro pracovníky i pacienty/klienty samotné vytvářet prostředí podporující vzorce chování v odborné literatuře popisované jako „dramatický trojúhelník“.

Model dramatického trojúhelníku

Duševní nemoc nese silné riziko pocitu bezmoci. Může se pak lehce stát, že se osoby s duševním onemocněním začnou vnímat jako oběť vnějších událostí. Tento pocit může být dále podpořen reakcí jejich okolí, včetně pracovníků zdravotních a sociálních služeb. Existuje riziko, že pracovníci zdravotních služeb budou nadměru používat své „síly“. Budou se více soustředit na to, co pacient/klient nemůže než na to, co může. Sociální pracovníci pak mohou „zachraňovat“. Budou poskytovat pomoc ne s pacientem/klientem, ale pro něj. V takto nastavené situaci je jen krůček ke „hram“, které s sebou dramatický trojúhelník nese. Každý v něm zapojený dříve či později bude prožívat pocity patřící ostatním rolím. Tedy pocit bezmoci, potřebu zachraňovat, být spasitelem druhých. Ale i to, že nás druzí vnímají jako agresora. Část dramatického trojúhelníku může být odehrávána i tak, že sociální služby

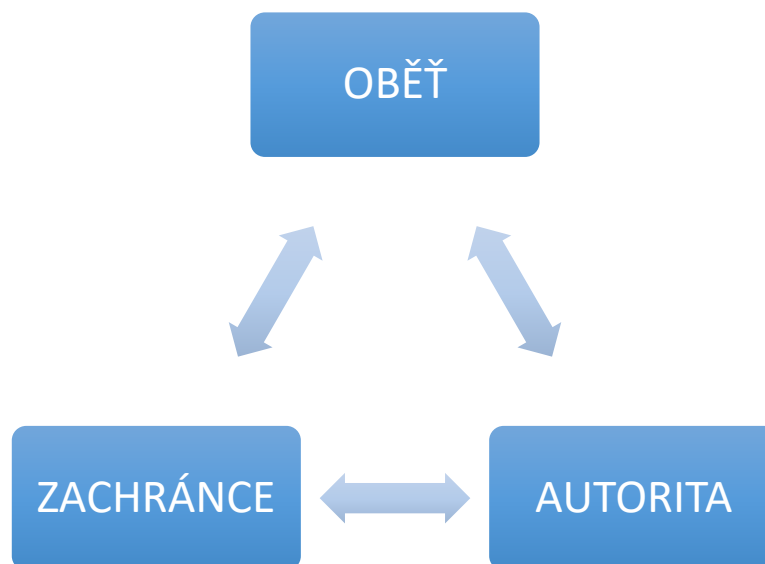
¹ [online] [Citace: 8. září 2021.] Dostupný z <<http://www.rozvojadiktologickychsluzeb.cz>> Metodika_moderních_metod_sociální_práce.pdf



jsou zdravotními službami označovány za naivní zachránce a naopak sociální služby označují psychiatrické pracovníky za hrubiány neznalé práv klientů.²

Schéma č. 1 Model dramatického trojúhelníku

U dramatického trojúhelníku se jedná o vzájemnou propojenost aktivit obsazujících tři vrcholy daného trojúhelníku. Jde o popsání sociální role, Pronásledovatel – Oběť – Zachránce. Všechny role se doplňují a ve svých aktivitách i podněcují.



Obrázek: zdroj vlastní

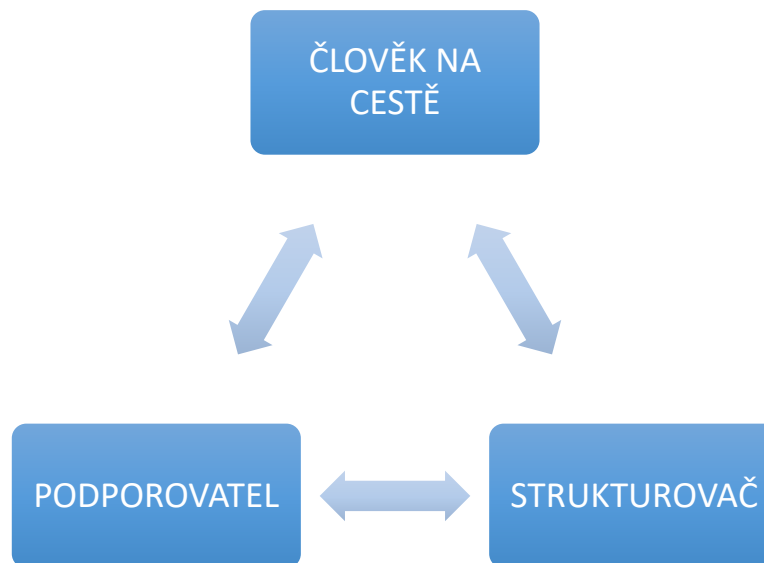
Chování aktérů „dramatického trojúhelníku“ je možno proměnit ve „vítězný trojúhelník“. Sílu využít k strukturaci a pojmenování situace. Nabízení variant řešení, z kterých si klient může vybírat pro něj tu nejpříjemnější. Zachraňování proměnit v podporu osobnostního růstu a samostatnosti pacienta/klienta. Vznikne tak prostředí, ve kterém pacient/klient může opustit roli oběti a stát se člověkem na cestě.³

² [online] [Citace: 8. září 2021.] Dostupný z <<http://www.psychoterapie-praha.net>> Možné využití modelu „Trojúhelníku vzájemné závislosti“ v Gestalt terapii - Psychoterapie Praha (psychoterapie-praha.net) >

³ tamtéž



Schéma č. 2 Model vítězného trojúhelníku



Obrázek: zdroj vlastní

Silné a slabé stránky medicinského a sociálního přístupu

Zdravotníčtí pracovníci mají tradičně sklon nazývat a vnímat osobu, o kterou pečují, jako „pacienta“. Pracují s pojmem zdravotnických/psychiatrických diagnóz. Nemoc a diagnóza pacienta pro ně do značné míry určuje, co vnímají jako prioritní, pro pacienta potřebné. Léčení, kontrola symptomů je v centru jejich pozornosti. Zdravotníčtí pracovníci mají tendenci do určité míry k přejímání zodpovědnosti za pacienta a mohou se tedy stavět do role autority. Pověstinou mají zkušenost s pacienty i z fází zhoršení jejich zdravotního stavu. Jsou zvyklí na hledání rychlých, praktických i krátkodobých řešení, pracují i pod časovým stresem. Vidí pacienta více jako fyzickou bytost, včetně jeho tělesné schránky a nutnosti starat se primárně o ni. Potencionální rizika, která s sebou zdravotnický model nese, by se daly označit jako tendence k paternalismu. Tedy představě, že víme lépe než sám pacient, co potřebuje a musíme za něj nést značnou zodpovědnost. Důraz se klade více na to, co pacient nemůže než na to, co může. Zaměření se na kontrolu nemoci, odstraňování symptomů, zvýraznění primárnosti fyziologické léčby pak může komplikovat vidění pacienta jako lidské bytosti v její individualitě a celistvosti.

Sociální pracovníci mají tradičně sklon nazývat a vnímat osobu, o kterou pečují, jako klienta. Jsou zvyklí pracovat s jeho individuálními potřebami bez ohledu na to, jakou má „zdravotnickou diagnózu“. Vztah s klientem/pacientem je povětšinou partnerský, neboť řada sociálních pracovníků má



s klienty/pacienty zkušenost zejména v jejich „stabilizované fázi“ a pracují i s jejich okolím, tj. komunitou, ve které klient žije. Jsou tak vytvářeny dlouhodobější strategie práce, kde jsou potřeby klientů/pacientů prioritní.

Potenciální rizika, která s sebou sociální model nese, by se dala označit jako tendence k navazování až přehnaně dlouhodobých vztahů s klientem/pacientem. Může tak docházet k vytváření alternativního umělého sociálního prostředí. Dalším možným rizikem je nekritická orientace na to, co klient vyjadřuje jako svá přání, a to i tehdy, pokud přání vycházejí z nemocí zkreslených představ klienta/pacienta o sobě a okolním světě. Pomoc klientovi/pacientovi ve všech oblastech a v každé situaci může mít až charakter „zachraňování“. U lidí s vážnějším duševním onemocněním je větší riziko, že se do sociálních služeb nedostanou, protože nejsou schopni snadno sdělit svá přání a potřeby a pro sociálního pracovníka je péče o takovou osobu hůře uchopitelná. Bez psychiatrického vzdělání a zkušeností také mohou sociální pracovníci špatně vyhodnotit, jaký je stav klienta/pacienta a kdy je potřeba jednat více asertivně.

V rámci budování CDZ, kde polovina členů týmu jsou zdravotničtí a druhá polovina sociální pracovníci, jde o hledání nového, společného, multidisciplinárního způsobu práce. Týmy tak svou práci vytváří most propojující dva, u nás tradičně dlouhodobě oddělené, přístupy.

V procesu vytváření multidisciplinární, týmové spolupráce jde o to odolat snaze prosadit svůj pohled, využít silné stránky z každého z přístupů a společně vytvořit kvalitativně novou službu.

Kazuistika



Josef byl dlouhodobě v péči komunitního sociálního týmu a poté v péči CDZ. Trpí závažným duševním onemocněním a několikrát do roka se pro zhoršení svého psychického stavu ocitl v psychiatrické nemocnici. U Josefa opět došlo k zhoršování jeho stavu. Uzavíral se doma, přestal užívat léky, zanedbával osobní hygienu. Nepravidelně a málo se stravoval. Přerušil kontakty se svými rodiči i sourozenci. Při návštěvách své klíčové sociální pracovníce Petry, odmítal přijmout fakt, že se jeho psychický stav zhoršuje. Tvrdil, že hospitalizaci nepotřebuje a jediné, co potřebuje je, aby si mohl s Petrou dvakrát týdně popovídat a necítil se sám. Od Petry dále požadoval, aby mu nakoupila cigarety a alobal, kterým obaloval veškeré kovové vybavení v bytu. Petřiny výtky, týkající se zanedbaného stavu jak Josefa, tak jeho bytu, odrážel slovy jako např.: „Jak často se umyje, je jeho svobodná volba – dříve se lidé také nekoupali denně. Zjistil,



že moc jíst nepotřebuje, stejně má nadváhu a energii čerpá z kávy a cigaret, úklid neřeší, ve všem se moc dobře vyzná. Je to jeho domov a je na ty hromady věcí zvyklý, navíc všechno tady má svoji hodnotu a důvod.“ Zde je potřeba zmínit, že postup klíčové pracovnice Petry nebyl komplexní a ona sama nebyla schopna navést Josefa správným směrem. Bylo potřeba vytvořit multidisciplinární tým a rozdělit si komplexně práci s tímto klientem. V rámci porady multidisciplinárního týmu bylo dohodnuto, že do péče o Josefa se zapojí psychiatrická sestra Jiřina. Vzhledem k dlouhodobému vztahu s Petrou se Jiřině podaří, aby ji Josef akceptoval a pustil k sobě domů. Ta do práce s Josefem přináší více rozhodný přístup. Laskavě, avšak autoritativně, Josefovi sděluje, co je z jejího pohledu potřeba, aby se Josef vyhnul nutnosti hospitalizace v psychiatrické nemocnici, tj. znovu začít užívat léky, pravidelně jíst.... Josef sice odmítá léky v tabletové podobě, ale nakonec souhlasí s nasazením depotní (injekční) medikace, kterou je nutné podat v ambulanci ošetřujícího psychiatra. Před návštěvou lékaře sestra Jiřina trvala na tom, že se Josef vykoupe a oblékne do čistého oblečení. Spolupráci s týmem bez nedobrovolné hospitalizace si podmínila tím, že bude Josef dodržovat alespoň lehký stravovací režim. Petra se paralelně domlouvá s rodinou pana Josefa, jak s ním opět mohou příbuzní navázat kontakt. Petra je po počátečních rozpacích za energický přístup kolegyně Jiřiny vděčná. Vidí, že byla tak trochu chycena v pasti „plnění přání“ Josefa a že dělat to, co si klient přeje, vždy neznamena mu tím pomáhat. Jiřina na druhou stranu oceňuje osobní přístup Petry, její schopnost komunikovat s Josefem partnerským, nedevalvujícím způsobem a zapojovat do podpory klienta jeho okolí. Společně se podaří překlenout psychickou krizi Josefa bez hospitalizace, což je poprvé od doby, kdy je Josef v psychiatrické péči.

Shrnutí

Jak je patrné z kazuistiky, zdravotničtí pracovníci mohou do práce multidisciplinárního týmu přinést svůj praktický, na konkrétní akci zaměřený, přístup. Schopnost v krizové situaci jasně definovat priority, a pokud je potřeba, laskavě, v případě potřeby ale i s využitím autoritativního přístupu, napomoci pacientovi/klientovi v kontaktu s realitou. Na druhou stranu sociální pracovníci přináší, mimo jiné, svou zkušenost z práce s klientem/pacientem v dlouhodobém partnerském vztahu, umí lépe identifikovat a zapojovat „zdroje“ klienta/pacienta i jeho okolí. Z dosavadních zkušeností budování multidisciplinárních týmů CDZ se ukazuje, že pokud se podaří překonat vzájemné vymezování sociálních a zdravotnických pracovníků a každý přístup přinese do společné práce svůj pozitivní vklad, všichni se cítí obohaceni. Tým je tak schopen starat se i o více závažné případy



klientů/pacientů a řešit složitější situace, než činily komunitní, sociální týmy. Je dosaženo celistvějšího přístupu, včetně využívání zdrojů komunity a okolí pacienta/ klienta.

Kazuistika



Jana se po roce, kdy přestala služeb týmu CDZ využívat, opět ozývá s žádostí o schůzku. Klíčová sociální pracovnice Magda, která s ní již dříve spolupracovala, jí vyhoví. Za tři dny proběhne schůzka, na které Jana líčí svou situaci. Nic se jí nedaří.

Práci sice stále má, ale nechodí do ní. Přátelé ji opustili. Děti nezvládá. Dům neuklízí, ani o zahradu se už nezajímá. Manželovi se daří po rozvodu s novou partnerkou moc dobře a zjevně vůbec netrpí. Rodiče jí nerozumí a jsou k ní necitliví... Prostor v místnosti jako by se zaplnil pocitem bezmoci, žalu a hněvu..., Když byla v krizi, zklamal ji systém péče, zklamal ji psycholog, který ji vždy jen nechal vypovídat a nepomohl jí. Vše bylo k ničemu. Její psychiatr jí víc a víc navyšuje léky, vůbec ji prý nezná a neumí to s ní. Kvůli lékům a jejich nežádoucím účinkům nic necítí, nic nechce, leží v posteli a přemýšlí. Na poslední kontrole u psychiatra vše vylíčila a ten jí doporučil hospitalizaci. Jana odmítla, protože to přece nic neřeší. Psychiatr jí pak přidal další lék s tím, že se mu vůbec nelíbí. Cítí se od té doby několik týdnů jako zfetovaná. Asi jí to udělal naschvál, aby od ní měl klid. Jana velmi děkuje, že se jí Magda opět ujala a že s ní z týmu pracuje právě ona, protože je teď ta jediná, kdo jí rozumí a má potřebné zkušenosti. Na rozdíl od psychologa ji opravdu vyslechne a bere ji samotnou i její obtíže vážně. Opakovaně říká, že jedině Magda jí může zachránit od naprosté zkázy. Žádá, aby jí pomohla sehnat jiného psychiatra. Pracovnice Magda se cítí poctěna, ale zároveň cítí váhu zodpovědnosti, kterou na ní Jana nakládá. Po schůzce zůstává v Magdě neurčitý pocit tíhy a rozhovor se jí stále vrací. Na týmové poradě konzultuje situaci s ostatními členy týmu. Líčí svůj plán pomoci Janě najít nového psychiatra. Současný psychiatr nemá na Janu čas a jedinou nabídnutou pomocí je víc a víc léků. Dostává zpětnou vazbu od kolegyně, že se zdá, že se v příběhu Jany možná moc angažuje. Možná až moc přebírá Janin pohled nepřátelského světa kolem a z toho může pramenit potřeba Janu zachraňovat. Tým zároveň vyjadřuje pochopení k Magdině reakci. Řada z nich již také s Janou dříve pracovala a zná její „scénář“ oběti. Magda je i vedoucí týmu podpořena k tomu, aby co nejméně dělala akce za Janu, ale naopak jí pomáhala, aby ona sama byla co nejvíc schopna svou situaci řešit. Po týmovém sezení se Magda spojuje s Janou. Jana trvá na nutnosti změnit psychiatra, ale nakonec souhlasí s tím, že klíčová pracovnice Magda jí doprovodí na schůzku se stávajícím psychiatrem. Na společné schůzce je pro Magdu překvapením, jak psychiatr



reaguje velmi vstřícně. Jana se díky přítomnosti Magdy cítí jistěji a najde odvahu vylíčit lékaři své pochybnosti ohledně množství předepsaných léků a jejich nežádoucích účinků. Psychiatr vysvětluje, že zvýšení léků souviselo s jeho obavou o malé děti paní Jany. V létě byl nucen telefonicky konzultovat situaci Jany s orgánem sociálně-právní ochrany dětí. Bylo zvažováno, jestli se bude Jana schopna o své děti starat. Psychiatr chápe, že Jana byla pravděpodobně ovlivněna prudkými změnami nálad v období po rozvodu. Vyjadřuje radost z toho, že si sama řekla o pomoc týmu CDZ a že je zřetelné, že chce sama více kontrolovat svou situaci. Na setkání se dále domlouvá podoba podpory. Pracovníci týmu CDZ navštíví Janu 2x týdně a podpoří jí v péči o děti. Klíčová pracovnice přizve psychiatrickou sestru, aby Janě pomohla s medikací, klientka/pacientka si totiž není jistá vedlejšími účinky, současně potřebuje konzultovat i jiné zdravotní problémy. Sociální pracovnice a zdravotní sestra domlouvají, že hlavním cílem je, aby postupně Jana byla schopná sama, či za pomoci dalších ze svého okolí, zvládat chod domácnosti a péči o děti. Za takovýchto podmínek je psychiatr připraven k snižování medikace. Při dalších setkáních Magda a zdravotní sestra podporuje Janu v komunikaci se svými rodiči. Na schůzce s nimi se ukáže, že jsou připraveni plnit roli prarodičů, ale Jana pomoc z jejich strany v poslední době v podstatě odmítala. Domlouvá se konkrétní podoba pomoci. Při dalších schůzkách Jana kontaktuje své kamarádky a domlouvá si s nimi setkání. Po několika týdnech podpory týmu CDZ a rozšiřující se podpory rodičů a přátel Jana konstatuje, že si už nepřipadá opuštěná, bezmocná a na všechno sama. Je ráda za to, že jí Magda podporovala v jejích schopnostech a nepovzbuzovala ji v její „roli chudinky“. Po několika dalších týdnech se postupně začíná vracet do práce a děti zůstávají v její péči.

Shrnutí

Pro dobrou práci multidisciplinárního týmu je klíčová pravidelná otevřená komunikace všech členů navzájem. V přístupu k pacientům/klientům je potřeba najít vyváženost mezi individuálním stylem jednotlivých pracovníků i jejich profesí a zároveň udržet společný, pro klienta srozumitelný, směr podpory.



Péče v komunitě versus péče v ústavu

Jedním z cílů probíhající transformace péče o duševně nemocné je napomoci pacientům/klientům dlouhodobě hospitalizovaným v psychiatrických lůžkových zařízeních či dlouhodobě umístěným v zařízeních ústavní sociální péče v jejich cestě k znovuzapojení do běžného života. Dalším aspektem je předcházení hospitalizací a jejich zkracování na nejkratší potřebnou dobu nebo předcházení umístění klienta do ústavní sociální péče. Důležitým krokem pro naplnění výše popsaných cílů je nastavení intenzivní spolupráce mezi komunitními službami (včetně CDZ) a pobytovými lůžkovými zařízeními.

Týmy CDZ a další komunitní týmy pracují s klienty/pacienty především doma, protože je nechtějí vytrhnout z přirozeného prostředí. Klientům/pacientům tento způsob přináší komplexnější a provázanější nabídku služeb včetně služeb návazných. Jsou naplňovány jejich sociální potřeby a lidská práva. Všichni pracovníci v péči o klienty/pacienty kladou velký důraz na sociální práci jako na elementární způsob v poskytování psychosociální pomoci. Již tento způsob práce sám o sobě formuje pohled pracovníků na jejich roli i na ty, které podporují, tedy jejich pacienty/klienty.

Původní význam latinského slova *cliens* znamená chráněnc, vazal, osoba závislá na svém patronovi. V komunitních službách je však slovo klient/pacient používáno více ve smyslu zákazník, nebo „spotřebitel služby“.

Zdravotničtí pracovníci v nemocnicích se nachází ve výrazně odlišných podmínkách. Lůžkové zdravotnické zařízení má svá pravidla, často stanovené postupy a tendenci k hierarchickému uspořádání. Ti, kteří jsou v jejich péči, jsou pacienti. Slovo pochází z latinského *patis*, což znamená něco podstoupit nebo trpět. Pacient je osoba, která je nemocná nebo zraněná a je lékařsky ošetřovaná nebo toto lékařské ošetření potřebuje.

Oba přístupy se pak v prioritách, postojích a postupech v řadě ohledech značně liší.



Tabulka č. 1: Institucionální/komunitní přístup

INSTITUCIONÁLNÍ PŘÍSTUP	KOMUNITNÍ PŘÍSTUP
Orientace na kontrolu symptomů.	Orientace na silné stránky klienta/pacienta a jejich posilování.
Silná víra v účinek psychofarmak.	Celostní přístup (bio-psycho-sociální).
Orientace na kontrolu nebezpečného chování.	Chování je vnímáno v širším kontextu a souvislostech. Jde více o podporu pozitivních vzorců chování nežli kontrolu.
Kultura vyhýbání se rizikům ve smyslu ochrany klienta/pacienta a jeho okolí před možnými hrozbami.	Připravenost k přijímání řešení, která mají jistá rizika, ale otvírají i možná řešení a nabývání zkušenosti.
Přesvědčení, že pacienti nejsou v akutním stavu (při hospitalizaci) zodpovědní za své anti sociální chování. Zaměstnanci se vnímají jako ti, kdo jsou zodpovědní za chování klientů/pacientů.	Přesvědčení, že klient/pacient je v každé situaci zodpovědný za své chování, a tedy měl by být konfrontován i s jeho důsledky.
Rutinní postupy určující kde, kdy, co.	Pružnost v tom, kdy a kde je klientovi/pacientovi pomoc poskytována.
Hierarchické, autoritativní rozhodování.	Sdílené rozhodování a zapojování klientů/pacientů.
Víra v to, že pacienti i s výraznou symptomatologií, mají být v nemocničním léčení.	Symptomy ne nezbytně určují, kde má být pomoc poskytnuta.

Zdroj: Kopelowicz A, Liberman RP. Integration of care: integrating treatment with rehabilitation for persons with major mental illnesses. Psychiatr. Serv. 2003



Stejně jako při vytváření multidisciplinárního týmu centra duševního zdraví, kde se propojují sociální a zdravotničtí pracovníci, je nutné nastavení dobré spolupráce mezi komunitními týmy a týmy nemocničních a pobytových zařízení. Nastavení je pak obdobné.

Kazuistika



Petr je v nemocnici již 23 let. Personál oddělení, kde je Petr hospitalizován, jej vnímá jako osobu, s kterou je velmi těžké komunikovat. V minulosti proběhly dva pokusy o jeho propuštění, bohužel bez úspěchu a následovala další hospitalizace. Petr má čas od času záchvaty a nikdo neví, co je způsobuje. Při těchto záchvatech ho personál odváží na samotku, aby nebyl nebezpečný sobě anebo svému okolí. Rodina Petra si přeje, aby Petr zůstal v nemocnici pod dohledem. Ve zdravotnické dokumentaci Petra je uveden puntík, což, jak se posléze ukáže, znamená označení „prakticky nepropustitelný“. Pracovníci oddělení při první komunikaci s členy CDZ vyjadřují nad jejich záměrem pokusit se znovu pomoci Petrovi v jeho propuštění z nemocnice podivení. Pokládají tento záměr za naivní až nezodpovědný. Nicméně souhlasí s tím, že se Petra zeptají, jestli jej mohou pracovníci CDZ navštívit a on souhlasí. Při první návštěvě pracovníce CDZ Ludmily volá na oddělení matka Petra. Ludmilo dosti obšírně vysvětluje, že si nepřeje, aby za Petrem chodila a už vůbec ne, aby se o cokoli snažila. Nakonec se přeci jen podaří domluvit, že další návštěva bude možná, ale za přítomnosti matky. Zdravotní sestra, která právě přišla z obchůzky pokojů, kde rozdala léky, krotí nad záměry Ludmily hlavou a dodává: „Vždyť mu je tady dobře, ne?“ Na druhou návštěvu nemocnice se Ludmila takticky připravila. Koupila sušenky, protože Petr v dotazníku uvedl, že má rád kakaové s hodně naplní. Na oddělení už čekala matka s horou papírů. Seznámily se. První půl hodinu musela být Ludmila přítomna toho, jak matka bere jeden papír za druhým a s každým dalším papírem zvyšuje hlas při vysvětlování, že Petrovi je nejlépe v nemocnici. Nakonec jdou přeci jen společně za Petrem. Po pozdravu Ludmila vyndá kakaové sušenky na stůl. Petr mlčí. „To jste maloval Vy?“ ptá se na obraz nad jeho postelí. Petr kývne a sáhne po oplatkách, které začíná jíst. Ludmila přidá pár dalších otázek. Matka jen sleduje, jak Petr kývá hlavou, aby odpověděl ano nebo ne. „Můžu zase přijít?“ zní Ludmilina poslední otázka. „Jo, ale s oplatkami,“ odpověděl Petr. S matkou a staniční sestrou si pak sedly a domluvily se, že za Petrem bude Ludmila pravidelně chodit. Matka si vymínila, že chce být o všem informovaná. Ludmila jí nabídla, že za Petrem může přijít zdravotní sestra CDZ a matka tak může slyšet i jiný zdravotnický pohled. Matka souhlasila. Na oddělení se v brzké době dostavila zdravotní sestra CDZ. Její návštěva měla velkou odezvu jak od klienta ale i jeho matku. Ujištění, zdravotníka,



že pacient by mohl zvládnout postupný převod z dlouhodobé péče do komunity, a navíc za podpory CDZ uklidnil matku, že na péči bude „zase sama.“ Pro pacienta bylo důležité slyšet ujištění, že bude mít na blízku zdravotní pomoc. Navíc zdravotní sestra CDZ nastavila jasnou podobu spolupráce se zdravotním personálem tamního oddělení. V nově nastaveném systému se začalo lépe pracovat jak sociální pracovníci z CDZ, tak i staniční sestra věděla, kdy návštěvy proběhnou, a dokonce některým návštěvám s Petrem byla přítomná.

Shrnutí

Tým CDZ začal v rámci záměrů Reformy péče o duševní zdraví pracovat s pacienty-klienty dlouhodobě hospitalizovanými v nejbližší psychiatrické nemocnici a vešel do styku s tamějším personálem. Pro vzájemnou spolupráci je potřeba překonat počáteční předsudky vycházející většinou z toho, že každý „kope za jiný tým“. Ideální je najít osobní rovinu, na které je možno najít „společnou řeč“. Poté je možno ve vzájemně bezpečném kontaktu otevírat témata, která při neosobní komunikaci mohou mít velmi výbušný charakter. Otevře se tak prostor pro společnou, někdy sice velmi pomalou, práci ve prospěch pacienta/klienta.



3. Na zotavení orientovaný přístup (Recovery)

V posledních desetiletích je orientace na zotavení klientů/pacientů viděna jako hlavní cíl péče o osoby s duševním onemocněním. Tento přístup je výsledkem širšího poznání toho, že soustředit se pouze na léčení nemoci a kontrolu symptomů samo o sobě nezajistí nemocným kvalitní plnohodnotný život. I přes velký pokrok v psychofarmakologii a dalších léčebných metodách řada klientů/pacientů trpí dlouhodobě nebo celoživotně většími či menšími příznaky nemoci a jejími důsledky. A navzdory dlouhodobé medikaci může docházet k relapsům.

Český výraz zotavení má původ ve slovesu *otaviti se*, tj. způsobit, aby tělo přibralo na objemu, otylo. Přeneseně znamená přírůstek na rostlině, nové obrůstání louky. Zotavení je tedy stejného původu jako slovo otava – druhá sklizeň sena. Tedy tráva, která naroste po prvním sečení.

Pokud bychom použili metaforu sečení trávy, zotavení je proces nastupující po vzniku nemoci (sečení). Jde o hledání a nalezení nového smyslu života (růst nové trávy s jinými vlastnostmi).

Zotavení znamená přijetí zodpovědnosti a nalezení osobní, svébytné cesty maximální možné kontroly nad svým životem. Jedná se o velmi individuální proces.

Základní principy recovery přístupu

Tabulka č. 2: Základní princip recovery přístupu

ROZVOJ SILNÝCH STRÁNEK	Pozornost je věnována rozvoji potenciálu klienta/pacienta. Tomu, co klient může, více než tomu, co nemůže.
CELISTVÝ PŘÍSTUP	Podpora klienta/pacienta je zaměřena na všechny oblasti života (bydlení, práce, volný čas, společenský, partnerský – rodinný život, osobnostní a profesionální růst, víra atd.) nejen na zdravotní oblast (duševní nemoc a kontrola symptomů).
SEBEURČENÍ	Hlavním vodítkem v práci s klientem/pacientem je to, co klient/pacienta pokládá za podstatné kroky ke svému zotavení.



ZPLNOMOCŇOVÁNÍ	Podpora klienta/pacienta tak, aby sám byl schopen rozhodovat a řídit svůj život. Asertivní přístup, proaktivní intervence (aktivity, které nemusí být primárně vyžádány samotným klientem/pacientem) jsou realizovány jen v situacích, kdy klient/pacient (z důvodů své nemoci) není schopen plného kontaktu s realitou a přebírání plné zodpovědnosti za své rozhodování a jednání. Tyto intervence jsou však realizovány po co nejkratší dobu a způsobem, který umožňuje klientovi/pacientovi přebírat co nejrychleji a co nejvíce plnou zodpovědnost.
INDIVIDUÁLNÍ PŘÍSTUP	Každý klient/pacient má svou specifickou cestu k zotavení. Proto práce s každým klientem/pacientem je jedinečná a není možno uplatňovat stereotypní přístupy. Proto je s každým klientem/pacientem je vypracováván jeho individuální plán podpory, respektive plán jeho zotavení.
PODPORA PEER PRACOVNÍKŮ	Peer neboli osoba, která sama prošla či prochází duševním onemocněním a má dovednost tuto zkušenost předávat a pozitivně ji využívat při komunikaci s jinými klienty/pacienty. Podpora peerů, je termín, který se používá pro popsání vzájemné pomoci mezi lidmi, kteří využívají služeb týkajících se duševního zdraví. Podporu poskytující peer pracovníci pomáhají lidem tím, že sdílejí svoji zkušenost, poskytují empatický a vzájemný vztah a dodávají povzbuzení a naději. Jedná se tedy o vlastní zkušenost s duševním onemocněním, a to včetně zkušenosti být klientem/pacientem psychiatrických služeb nebo jiných služeb péče o duševní zdraví. Hledání vlastní cesty k zotavení je jedinečná zkušenost, kterou není možno získat



	žádným profesionálním tréninkem. Proto podpora ze strany peer pracovníků je důležitou součástí při pomoci klientům/pacientům v jejich individuální cestě. Peer čerpá nejen z vlastní zkušenosti s nemocí a léčbou, ale zejména ze své zkušenosti s individuální cestou zotavení.
--	--

Zdroj: Texty jsou přeloženy z anglické publikace Understanding Psychosis and Schizophrenia vydané Britskou psychologickou společností (2014)

Recovery ladder - stupně zotavení

Proces zotavení je velmi komplexní a nelineární. Jedinec může dosáhnout pokroku, ale v určité situaci se zase vrátit o krok zpět. Někteří lidé mohou zůstat u jednoho kroku po dlouhou dobu.

Jednotlivé úrovně popisují cestu od uvíznutí, akceptování pomoci, víry, že věci se mohou změnit, učení nových dovedností, schopností, přístupů a postojů až po vytvoření nové důvěry v sebe.

Je důležité rozpoznat, v jaké fázi se klient nachází, a to jak v celkovém procesu zotavení, tak v jednotlivých oblastech života (práce, bydlení, sebezpečí atd.). Užitečným může být „žebřík zotavení“. Typ podpory, respektive intervence multidisciplinárního týmu, by měly být flexibilně nastaveny dle toho, na jaké úrovni „žebřík zotavení“ se ten který klient nachází.

Tabulka č. 3: Žebřík zotavení

FÁZE	CHARAKTER	INTERVENCE
SEBEDŮVĚRA	Pacient/klient se musí naučit vnímat sebe jako člověka, který má své silné stránky a potenciál. „Má nemoc je jen malou součástí toho, kdo jsem“.	Pracovníci podporují pacienta/klienta, k získávání hodnotných sociálních rolí.



UČENÍ SE	Pacient/ klient nalézá způsoby, jak se vypořádat s problémy. Učí se, jak je nemoc ovlivňuje a co pro ně medikace může a co nemůže udělat.	Pracovníci poskytují pacientovi/klientovi komplexní péči, dostatek informací a umožňují mu přístup k různým metodám léčby.
VÍRA V MOŽNOST ZMĚNY	Pacient/klient musí dojít k tomu, že v jeho životě může nastat změna: „Je to i na mně, jestli ke změně dojde.“	Pracovníci poukazují na důležitost vzorů, a rozevírání vějíře možností. Pacienti/klienti mají vždy vedle sebe někoho, kdo jim věří, i když si oni sami nevěří.
AKCEPTACE POMOCI	Pacient/klient, přijímá určitý návrh: „Chci někoho, kdo za mě moje problémy vyřeší.“	Pracovníci pomáhají pacientům/klientům orientovat se v prostředí, pomáhají ke zplnomocňování (dle přísloví nedarovat ryby, raději je naučit chytat).
ZAMRZNUTÍ	Nechce spolupracovat: „Nechte mě na pokoji.“	Pracovníci vytvářejí pacientovi/klientovi bezpečný a podpůrný vztah.

Zdroj: Anthony, W.A. (1993) Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal



Kazuistika



Hanka se dlouhodobě léčí s těžkými poruchami nálad, kdy se jí období deprese střídá s manickou fází. Její ambulantní psychiatr vnímá komplexnost problémů, ve kterých se Hanka nachází a na které, dle jeho soudu, nemá zcela náhled. Na doporučení psychiatra Hanka vstupuje do péče CDZ. Při prvním kontaktu s pracovníky týmu CDZ se Hanka podivuje nad tím, proč ji pan doktor do CDZ poslal. Potřebuje pomoci najít si práci, jinak vše ostatní zvládá a její život je dle jejího soudu v pořádku. Specialistka IPS (*Individual Placemes and Support*) s ní zahájila spolupráci a velmi brzy se jí pro Hanku podaří najít práci v nedaleké továrně. Při průběžných kontaktech členů týmu CDZ s Hankou se postupně objevuje řada obtíží v jejím životě. Většinu z nich bagatelizuje, nechce je nijak řešit. Má nešťastné vztahy s dospělými dcerami, na které přepsala dům, ve kterém žije. Má nesplácené půjčky na zaplacení dluhu za elektřinu a nákup nové pračky. Nevyhovovaly jí léky, které brala. Vysadila si je a je jí lépe a lépe. Nabízenou podporu týmu v řešení problémů v podstatě odmítá. Po třech měsících Hančina zaměstnavatelka urgentně kontaktuje tým CDZ. Hance oznámila, že jí neprodlouží pracovní smlouvu, a to zejména kvůli neustálým konfliktům s kolegy. Nyní Hanka chodí po chodbě dílny a na všechny křičí. Pracovníci týmu CDZ rychle doráží na místo. S rozčilenou Hankou se jim podaří navázat relativně klidný hovor. Hanka s pláčem líčí, že krom toho, že právě přišla o práci, přišla také o bydlení a od zítřka nemá střechu nad hlavou. Na plat i důchod má exekuci, dcery ji odmítají a zablokovaly si její telefonní číslo. Naposledy na ni dokonce dcera chtěla volat policii. Po hodinovém rozhovoru se zoufalou Hankou se pracovníkům týmu podaří ji přesvědčit k dobrovolné hospitalizaci v psychiatrické nemocnici. Během hospitalizace, která trvá několik týdnů, jí její klíčová pracovnice pravidelně navštěvuje, přináší drobnosti, o které si Hanka říká. Postupně spolu naváží hodnotný vztah. Hanka se po propuštění z nemocnice stěhuje do chráněného bydlení, které jí pracovnice CDZ pomohla zajistit. I zde je s ní nadále její klíčová pracovnice v kontaktu. Hanka se jí svěřuje s tím, že se cítí zcela zavalena beznadějí a zmatkem, že se cítí úplně sama. Občas ji napadají myšlenky na smrt. Bez pomoci nezvládá ani základní péči o sebe. Nejraději by celé dny proležela v posteli. Při rozhovorech s psychologkou týmu, která k ní občas dochází, nebo si jdou sednout na kávu, se Hanka vrací k světlým chvilčkám svého života. Do příběhu Hanky se nově zapojuje zdravotní sestra Radka, která začíná postupně edukovat pacientku o benefitech a taky vedlejších účincích léků. Obě si vytýčily společný cíl pochopit, Hanka chce pochopit své onemocnění, a chce se s ním naučit žít zatím nechápe, jakou roli v tom může hrát medikace, ale domluvila se s Radkou, že jí zkusí vysvětlit, jak



medikace funguje na její onemocnění. Postupně se společně daří budovat prostor pro naději do budoucna, a to jak se sociální pracovníci, tak se zdravotní částí, vůči které byla zprvu velmi skeptická. S velkým přemáháním a za podpory týmu CDZ Hanka postupně akceptuje plán pravidelného docházení do nedaleké Sociálně terapeutické dílny. Zapojuje se do společného vaření, chodí na trénink paměti, občas něco vyrábí. Nic z toho ji ze začátku nebaví, dělá to jen proto, že nedělat nic a být sama je ještě horší. V rozhovorech s klíčovou pracovnící, psychologkou týmu se postupně vrací k situaci před hospitalizací. Uvědomuje si, že bagatelizace problémů v jejím životě a „mánie“ byly útěkem před něčím, co nebyla schopna zvládat. Cítila se „zmražená“, bezmocná. Nyní si uvědomuje, že první věc, kterou by příště udělala, je říci si o pomoc. Za pomoci klíčové pracovnice se opatrně zapojuje do skupiny Recovery (název skupiny odvozen z anglického *recovery approach* – na zotavení orientovaný přístup). Poslouchá těžké osudy druhých a způsoby, jak se se životem perou. Ke druhým se chová pozorně a vstřícně. Je v rozpacích z pozornosti a nabídek podpory. Při pokračujících hovorech s členy týmu vyjadřuje vděčnost za jejich podporu. Je i ráda, že tým se k ní vždy choval jako k dospělé osobě nikoliv jako k pacientovi. Už se necítí jako beznadějný případ, všímá si toho, že jí řada věcí jde a opět začne hledat práci. Změnu k lepšímu přinese zpráva, že dostane městský byt a bude se moci z chráněného bydlení odstěhovat. Po krátkém období euforie se týden před stěhováním dostává do paniky. Neví, jak to celé zvládne. Pracovníkům služby se ji, kromě pravidelné podpory z jejich strany, podaří zkontaktovat s podobně starou známou z Recovery skupiny, která se před půl rokem také stěhovala a zažívala si podobné stavy. Hanka se nakonec přestěhuje. S intenzivní podporou a po několika týdnech překonává pocit prázdnoty a začíná se v novém bytě cítit doma. Zkusí opět pracovat – zatím 3x týdně jako pomocná síla v kuchyni při přípravě obědů. Daří se jí lépe a lépe. Na její přání pracovnice CDZ kontaktuje dceru. Ta nakonec souhlasí se společnou schůzkou v prostorách CDZ, a je dojata z toho, že s její matkou je po letech „rozumná“ řeč. Je překvapena z toho, že maminka samostatně bydlí, má své zájmy, jednu dobrou kamarádku, že pracuje a zaplatila své dluhy. Také se diví, že se naučila v chráněném bydlení spravovat vlastní bankovní účet. Přinese jí fotky vnoučat a je otevřena v budoucnu dalšímu setkávání, protože se neviděly téměř čtyři roky. Pracovnice CDZ je hluboce zasažena z rodinného setkání a toho, co všechno se Hance za několik let podařilo. V dalším hovoru Hanka sděluje svůj pocit, že už zase „drží kormidlo života ve svých rukách“.



Shrnutí

Tato kazuistika měla seznámit čtenáře s *recovery approach* – na zotavení orientovaným přístupem. Zotavování u Hanky a i u ostatních klientů/pacientů musí probíhat v osobní, klinické i sociální rovině kdy se klient/pacient učí zacházet s vlastní zranitelností a objevuje vnitřní i vnější podpůrné zdroje znovu se zapojit do sociálního života. Jde tedy, spíše než o konečný výsledek, o jedinečný aktivní vnitřní proces vývoje a růstu, učení a zrání, který je sám o sobě zároveň značně náročný. Paní Hanka přes všechny peripetie života se se svojí situací vypořádala důstojně, a i nadále s ní budou lidé z CDZ pracovat tak, aby postoupila o žebříček výše.

Klíčové oblasti zotavení

V šetření provedeném Mental Health Providers Forum⁴ (Asociace poskytovatelů duševního zdraví v Anglii a Walesu) samotní klienti určovali klíčové oblasti na jejich cestě k zotavení.

Při práci multidisciplinárního týmu je zapotřebí mít všechny tyto oblasti na mysli. V následujícím textu se snažíme krátce popsat, jak na tyto oblasti nahlížet očima procesu zotavení, z pohledu klienta.

NADĚJE

Naděje je důležitou pro životní energii, pro chuť žít smysluplný život. Nemluvíme o naivní víře v to, že vše dobře dopadne. Mluvíme o schopnosti vnímat sklenici do půli plnou, ne z poloviny prázdnou. Tuto schopnost musí tým kultivovat, pěstovat a sdílet s klienty, kteří často během traumatických zkušeností ze života s duševní nemocí mohou naději ztrácet.

Z hlediska týmu CDZ je pak zapotřebí nevnímat klienta jako nemocného či bezmocného, ale jako samostatnou lidskou bytost s osobním potenciálem a možností růstu. Naděje je základní komponentou, se kterou je potřeba pracovat.

Kazuistika



Karel je muž kolem čtyřicítky, který je řadu let hospitalizován v psychiatrické nemocnici. Ze strany nemocnice byl několikrát učiněn pokus o překlady Karla do Domova se zvláštním režimem (DZR), nicméně pro závažnost duševního onemocnění

⁴ Mental Health Providers Forum šetření dostupné z <https://amhp.org.uk/our-work/>



byly všechny tyto žádosti zamítnuty. V minulosti Karel opakovaně na vycházkách mimo areál nemocnice zabloudil a byl přivezen policií, často v rozrušeném stavu. Samostatné vycházky proto byly zrušeny a Karel byl pracovníky oddělení, na kterém byl hospitalizován, vnímán jako „beznadějný“ případ. Komunitní tým z CDZ operující v místě bývalého bydliště Karla začal za Karlem pravidelně docházet a podpořil ho v přání odejít z nemocnice. Pracovníci oddělení byli k tomuto plánu značně skeptičtí. Ale přesto bylo domluveno, že Karel dostane propustku a na tři dny se přestěhuje do chráněného bydlení, které tým pracovníků z CDZ spravuje. Krátce před tím, než se měl Karel na zkoušku přestěhovat, se jeho psychický stav značně zhoršil. Na oddělení psychiatrické nemocnice začal ucpávat toaletní mísy ložním prádlem. Ukázalo se, že má hrůzu z toho, že odpadním potrubím na oddělení vylezou vodní příšery. Karlova ošetřující lékařka volala komunitnímu týmu CDZ s tím, že plánovanou propustku je potřeba zrušit a že není možno zkoušet Karla propustit, jak ostatně mnohokrát říkala. Cokoliv jiného než starat se o Karla na oddělení, je nezodpovědné. Pracovníci týmu CDZ se dostavili na osobní jednání. Podařilo se nakonec domluvit, že třídní propustka Karla bude posunuta na další týden, a to tak, aby začala v pondělí. Při této domluvě byla zásadní domluva mezi lékaři z CDZ a psychiatrického oddělení.

Dále bylo dohodnuto, že tým CDZ bude s nemocnicí každý den komunikovat a sdělovat, jak pobyt Karla v chráněném bydlení probíhá. Bylo domluveno, že Karel bude mít během svého pobytu v chráněném bydlení takřka okamžitě, 24 hodin denně, možnost hovořit s některým z pracovníků komunitního týmu CDZ, které již zná. Pokud by se ukázalo, že pobyt v novém prostředí je pro Karla náročný, bude týmem přivezen na oddělení nemocnice i dříve, než byl sjednaný termín. Se všemi těmito opatřeními byl Karel citlivě, ale objektivně seznámen a souhlasil s nimi. Cestou z nemocnice do chráněného bydlení Karel projevoval značný neklid. Nicméně po příjezdu do nového bydlení a seznámení s dalšími klienty zařízení, kteří se ho laskavě ujali a ukazovali co a jak, se zklidnil. Již během prvního dne pobytu byl Karel zapojován do všech běžných aktivit, včetně vaření. Po dlouhé době si mohl vybrat co jíst, sám si namazat chleba, vstávat kdy chtěl, sledovat do noci televizi. Další den se účastnil bez problému společného výletu. Po třech dnech požádal o to, jestli je možno „propustku prodloužit“. Lékařka oddělení byla velmi mile překvapena, jak Karel pobyt v chráněném bydlení dobře zvládá a propustku prodloužila. Karel se nakonec do psychiatrické nemocnice již nevrátil. Velkou roli v tomto hrál jak sociální část, která pomáhala se zajištěním sociálního zázemí, ale i zdravotní část, kdy zdravotní sestry začaly pracovat na rehabilitačním plánu. Karel potřeboval ujištění od zdravotníků, že mu jsou na blízku a zároveň, potřeboval motivaci k dalším krokům.



V tomto hodně Karlovi pomáhala psychoterapie. Karel si postupně našel i zaměstnání a přestěhoval se do vlastního bytu, kde jej nadále komunitní tým CDZ podporuje.

Shrnutí

Je potřeba si uvědomit, že každý jedinec má naději žít svůj plnohodnotný život. Měli bychom se naučit hodnoty, které určují kvalitu života daného jedince a zejména pohled na duševní zdraví jak na úrovni jedince, tak i společnosti. Je nutné vnímat jedince jako celek a intervenovat i v jiných než medicínských orientovaných dimenzích, které souvisí s lidským zdravím.

SEBEDŮVĚRA

Duševní nemoc, obzvláště pak závažnou duševní nemoc je možné přirovnat k hurikánu, který proletí obydlenu krajinou a zanechá za sebou spoušť. Stojí pak mnoho prostředků a úsilí krajinu znovu zabydlit a obnovit v ní normální život. Ten však velmi pravděpodobně bude vypadat jinak než před zásahem hurikánu.

Duševní nemoc často znamená hlubokou ránu do našeho sebevědomí, sebedůvěry a naší identity. I okolí nás může začít vnímat odlišně než dříve. Jsme územím, na kterém proběhla katastrofa. Jsme pro druhé novou, možná neznámou krajinou. Někdo se může bát do této krajiny vstoupit, druhý bude chtít zachraňovat. Naše profesní i společenské role a postavení může být hluboce otřeseno. Možná nebude možné se do rolí, které jsme zastávali, vrátit a bude potřeba vybudovat nové – nový sebeobraz, novou sebedůvěru.

Kazuistika



Jiří je muž kolem třicítky. Má za sebou opakované hospitalizace v psychiatrické nemocnici. Pro závažné duševní onemocnění je omezen v řadě oblastí, včetně zacházení s penězi a právních úkonech. Má přiděleného veřejného opatrovníka.

Opatrovník se zaměřuje zejména na to, aby byly zaplacený všechny účty a Jiří po hmotné stránce nestrádal. Jiřího vnímá jako člověka, který je kvůli duševní nemocni značně odtržen od reality. Když se Jiří dostal do péče komunitního týmu CDZ, byl jakoby bez života, uzavřený ve svém bytě, nikam moc nevycházel. Hlavním zájmem Jiřího bylo sehnat dostatek tabáku na balení cigaret. Bylo zřetelné, že jeho sebevědomí je na nule. Klíčový pracovník z CDZ s Jiřím postupně navázal dobrý



vztah a Jiří začal postupně odkrývat své tužby a přání. Chtěl sednout na motorku, odjet někam daleko, zažít dobrodružství, cítit vítr ve vlasech... Hned však své přání korigoval, že na motorku asi nemá peníze a opatrovník by mu stejně někam odjet nedovolil. Nedá mu do ruky ani jeho občanku. Pracovník týmu CDZ Jiřímu ukázal článek známého anglického cestovatele, ve kterém popisuje, jak změnil cíle svých cest. Pracovník CDZ Jiřímu ukázal, jak vyhledat trasy a jak se orientovat v mapě. S jeho pomocí se Jiří nadchnul a postupně získal sebedůvěru, že dokáže věci, které pro něho byly v minulosti tabu. Jiří spolu se svým klíčovým pracovníkem hledal nějaký možný, reálný cíl své dobrodružné cesty po okolí. Volba padla na zříceninu hradu utopenou kdesi v okolních lesích. Jiří si vzpomněl, že zná dívku, která ráda na toto místo chodí a rozhodl se ji vyhledat a vyptat se na nejlepší cestu. Pořídil si kolo a na hrad vyrazil. Z výletu byl nadšen, potkal různé lidi, dal se s nimi do řeči, tak jak se mu to dlouho nestalo. Sám zvládl cestu, kterou neznal, našel sám místo, které neznal. Tato cesta ho proměnila. Měl druhým co vyprávět. Začal se méně vyhýbat realitě a začal mít plány, které postupně realizoval. Časem se změnilo i jeho držení těla, vystupování na veřejnosti. Stal se tím, který to zvládne. Jeho sebedůvěra dále rostla a Jiří se pomalu stává sebevědomým člověkem.

Shrnutí

Multidisciplinární tým by neměl být v roli záchranářů. Tým by měl citlivě a v tempu, který si sám klient určí, pomáhat, podporovat rekonstrukci sebedůvěry klienta, a to i drobnými kroky. Tým by měl být zaměřen na využívání a podporování růstu všeho, co je v krajině po zásahu hurikánem – duševního onemocnění - k dispozici.

ZODPOVĚDNOST

Mít za sebe zodpovědnost a mít možnost tuto zodpovědnost nést je jedním ze základních rysů dospělosti a osobní svobody. Ochranitelský model vztahování se k duševně nemocným, ať ze strany rodinných příslušníků, profesionálů, či široké veřejnosti, je založen na představě, že osoby s duševní nemocí nemohou být sami za sebe zodpovědní a je potřeba rozhodovat za ně. Je potřeba je kontrolovat a hlídat, aby se předešlo rizikům jejich „nezodpovědného chování“.

Mít za sebe zodpovědnost, možnost se svobodně rozhodnout i s tím, že uděláme mylný krok, z kterého se však můžeme poučit, je důležitá součást osobního růstu.



Kazuistika



Tomáš, muž kolem třicítky byl již čtvrtým rokem hospitalizován v psychiatrické nemocnici. Byla u něj diagnostikována těžká paranoidní porucha s inventorními (vynálezeckými) bludy. Tomáš byl přesvědčen, že je světoznámým konstruktérem.

Zpočátku hospitalizace se dožadoval, aby mu byly přineseny různé elektronické součástky. Když mu nebylo vyhověno, přestal komunikovat, nejevil zájem o žádné činnosti. Personál oddělení se přestal snažit jej do jakýchkoliv aktivit zapojovat. Posléze se u Tomáše často střídaly pokleslé a povznesené až manické nálady. Byl pak pro oddělení velkou zátěží a několikrát byl umístěn na izolační místnost. Obecně byl pracovníky oddělení vnímán jako rušivý, nezodpovědný, živelný. V rámci plánu nemocnice snižovat lůžka následné péče bylo s komunitním týmem CDZ domluveno přestěhování Tomáše z nemocnice do chráněného bydlení. Tomáš hned v prvních dnech pobytu v chráněném bydlení žádal o elektronické součástky. Při dotazu, za jakým účelem toto vybavení potřebuje, oznámil, že bude vynalézat. Někdy pracoval usilovně i během noci. Spolubydlící se jej ptali, jaké by to pro něj bylo, kdyby chtěl v noci spát a někdo vedle v pokoji by ho neustále rušil boucháním, řezáním a přecházením po pokoji. Tomáš toto nijak nekomentoval, ale noční klid již více nerušil. Z počátku pobytu v chráněném bydlení Tomáš nebyl schopen dodržovat domluvené časy, peníze, které měl k dispozici, rychle utratil, často za hlouposti. Předepsané léky užíval nepravidelně a sám od sebe si dávky měnil, aby v noci nebyl tak ospalý. Z pohledu ostatních mu chyběl pravidelný rytmus a řád. Tomášovi byla po čase nabídnuta letní brigáda. IPS specialista přišla na radu komunitního týmu CDZ s nadšeným sdělením, že našla pro Tomáše ideální práci. Tomáš bude pracovat jako záskok v technickém muzeu. Reakce týmu ji velmi překvapila, protože zaznívala řada hlasů proti tomu: „Tomáš ještě není na práci a takovou zodpovědnost připraven“.... „V technickém muzeu se jen rozvinou jeho vynálezecké sklony a skončí zase v Bohnicích“... „Práce s penězi pro něj není bezpečná, ještě více se zadluží“.... „Není stále psychicky v pořádku, v noci nespí, pobíhá z místa na místo, léky užívá, jak se mu zachce, v muzeu nevydrží ani hodinu. Nabídněme místo někomu, kdo je připravenější, ať si u zaměstnavatele nezavěreme špatnou zkušeností dveře“ ... IPS specialista sdělila Tomášovi postoj týmu a nabídla mu možnost postupně se na práci připravovat v Sociálně terapeutické dílně. Tomáš rozhodně nesouhlasil. O práci velmi stál, jako o nic jiného do té doby. Pracovníci CDZ s velkou úzkostí Tomášovo rozhodnutí respektovali a pracovní smlouva byla uzavřena. Do práce chodil Tomáš na minutu přesně, od zákazníků spolehlivě vybíral peníze za vstupné všechny do halěře odevzdal. Někdy se jednalo i o poměrně velké sumy. Navíc dokázal nadšeně a k věci hovořit s návštěvníky muzea o vystavovaných exponátech. V muzeu byli



s Tomášem, k velkému překvapení pracovníků komunitního týmu, velmi spokojeni. Díky jeho spolehlivosti a nasazení mu ředitel v rámci muzea vytvořil nové pracovní místo a ponechal si ho v pracovním poměru i po návratu zaměstnance, kterého původně Tomáš zastupoval. Tomášovi se díky pravidelnému příjmu ze zaměstnání konečně podařilo zahájit proces oddlužení. Změnil se mu také denní režim – kvůli únavě z práce přestal ponocovat. Souhlasil s dočasnou podporou při pravidelném užívání medikace, kterou mu poskytly psychiatrické sestry, s lékařem probíral, k čemu medikace pomáhá a co mu na ní vadí. a po několika týdnech léky zvládal spolehlivě užívat sám. Budoucnost už nebyla tak beznadějná. Tomášův psychický stav se velmi stabilizoval, začal být více spokojený. Přání vynalézt něco zásadního pro lidstvo se sice nevzdal, ale z drásavého bádání a probdělých nocích se vynalézání stalo možná lehce podivínským, odpočinkovým koníčkem.

Shrnutí

V modelu orientovaném na zotavení je práce s předáváním zodpovědnosti klientům důležitým způsobem, který napomáhá vrátit kontrolu nad životem do rukou samotného klienta.

Je potřeba, aby byl tým připraven vzít na sebe jistou míru rizika a nejistoty z toho, že nebude každý krok pacienta /klienta mít ve svých rukou. Mluvíme pak o pozitivním braní rizika (*positive risk taking*). K tomu, aby se klient mohl zodpovědně rozhodovat, je zapotřebí mu poskytnout dostatek objektivních informací bez jakékoliv manipulace. Při vytváření plánu péče musíme bedlivě střežit, aby plán nebyl o představách a potřebách týmu, ale aby se jednalo o osobní plán klienta. Tým musí odolat pokušení toho, že jako profesionálové vědí nejlépe, co je pro klienta dobré.

VZTAHY

Člověk je sociální tvor. Je jasně prokázáno, že bezpodmínečný, láskyplný vztah je základní živnou půdou pro zdravý vývoj kojenců a malých dětí. Bez takového vztahu se zpomaluje vývoj šedé kůry mozkové. Vztahy s druhými lidmi a k druhým lidem jsou jedním z klíčových elementů určujících to, jak se ve svém životě cítíme. Mohou být zdrojem silného pocitu bezpečí a podpory, ale i pocitu ohrožení. Již v raném dětství si vytváříme klíčová přesvědčení (*corebelieves*) o tom, jací jsme a jací jsou druzí. Tato přesvědčení velmi ovlivňují to, s kým a jaké vztahy si vytváříme. Následně máme tendenci opakovat vzorce vztahového chování. Opakujeme i takové vztahy, které nám nemusí dělat dobře, ale



jsou pro nás známé. Lékař Eric Berne, otec transakční analýzy, popisuje tři základní situace toho, jak se můžeme ve vztahu cítit. Já jsem OK – ty nejsi OK, já nejsem OK – ty jsi OK, já jsem OK – ty jsi OK.⁵

Kazuistika



Petra je třiceti pěti letá žena. Má staršího bratra. Když byla malá, rodiče začali podnikat a na Petru neměli mnoho času. Starali se o ni známí, přátelé a chůvy. Manželství rodičů se rozpadlo, když bylo Petře čtrnáct let. Ve dvaceti letech se vdala.

Až později zjistila, že její manžel je drogový dealer. Manžel Petru fyzicky týral, rozvedla se s ním až když byl za trestné činy odsouzen a nastoupil na několik let do vězení. Od té doby žije Petra sama v nájemném bytě. Má spíše přechodné vztahy a velmi často je partnery různě zneužívána. Krátce po uzavření manželství se u ní objevilo vážné duševní onemocnění. Po mnoho let byla několikrát ročně ze svého bytu odvezena rychlou záchrannou službou a policií k nedobrovolné hospitalizaci v nemocnici na základě stížností sousedů. Velmi často se nacházela v zanedbaném stavu. Její pobyty v psychiatrické nemocnici trvaly i několik měsíců. Během tohoto času vyměnila Petra několik ambulantních psychiatrů, protože s nimi nebyla spokojena.

Pracovní tým CDZ z místa trvalého bydliště Petry s ní začal navazovat kontakt v době její hospitalizace v psychiatrické nemocnici. Petra z počátku projevovala nadšení. Klíčové pracovníce říkala, jak je úžasná a nejlepší osoba, kterou kdy poznala. Nicméně po několika prvních setkáních s klíčovým pracovníkem se na další smluvené schůzky nedostavovala. Ukázalo se, že Petra pouze chtěla, aby jí její klíčová pracovníce chodila na nákupy a uklízela v bytě. Když jí v tomto nebylo vyhověno, přestala komunikovat. Majitel domu, ve kterém Petra bydlela, se posléze na tým CDZ obrátil, protože se Petřin stav opět výrazně zhoršil. Z bytu se linul zápach a Petra v noci bušila do zdi a hlasitě nadávala z okna vedoucího do společného dvora. Klíčové pracovníce CDZ s psychiatrem týmu zorganizovali převoz Petry do psychiatrické nemocnice a po celou dobu ji doprovázeli. Klíčová pracovníce Petru navštěvovala v psychiatrické nemocnici několikrát týdně a vždy s ní na návštěvu šel ještě další člen týmu CDZ. Do nemocnice za Petrou dorazila i zdravotní sestra, ta začala s personálem nemocnice domlouvat proces propuštění a následné péče u Petry doma. U schůzek byli jak zdravotníci nemocnice, Petra tak i sociální pracovníce z CDZ, která pomáhala s vyřizováním dávek na bydlení.

⁵ BERNE, Eric. Jak si lidé hrají. Portál, 2011



Postupně se tak Petra seznámila s většinou pracovníků týmu. Během hospitalizace Petra docházela na propustky domů a za podpory různých pracovníků týmu dávala byt do pořádku. Postupně byla schopná akceptovat, že ne vše, na co si vzpomene, jí někdo zařídí. Co se domluvilo, to tým dodržel. Petra zjistila, že se může spolehnout na více lidí, vybudovat si více vztahů nikoliv jen jeden, ve kterém se vždy po čase cítila ohrožena a měla potřebu druhou osobou manipulovat. Petra se nakonec dokázala, zapojit do běžného života. Naučila se, že vše není samozřejmostí a nikdo nebude pracovat za ní. Pomalu přichází na to, jak si vybudovat s ostatními lidmi hodnotné vztahy.

Shrnutí

Tato kazuistika ukazuje, jak je důležité navazovat a posilovat vztahy s druhou osobou. Vztah je základem práce v přístupu orientovaném na individuální cestu zotavení klienta. Je zapotřebí vytvářet s klientem/pacientem vztah, který jemu i ostatním lidem umožní cítit se dobře, jistě, dospěle, tedy OK. Pokud se podaří překonat všechna úskalí klientových/pacientových „starých vzorců“ vztahování se k druhým, jiným než „já jsem OK, ty jsi OK“ postojem, může tato nová zkušenost dospělého partnerského nemanipulativního vztahu být pro klienta velmi ozdravná a klíčová na jeho cestě k zotavení.

PRÁCE

Když se představujeme jménem a příjmením a pokud máme akademický titul i tím. Pokud jsme v produktivním věku na otázku, co děláme, neodpovídáme tím, že chodíme na procházky, vaříme si oběd a čteme knížky. Zmiňujeme naši práci a profesní postavení. Práce je v naší kultuře důležitá nejen z hlediska příjmu, ale z hlediska společenského statutu, společenské hodnoty, role, a tím i vnímání sama sebe. Těžko se na otázku, co děláme, odpovídá tím, že máme schizofrenii, jsme doma se psem a jsme v invalidním důchodu.

Dlouho byla i v profesních kruzích udržována představa, že po akutní fázi nemoci by si měl dotyčný „odpočinout“. Poté by měla následovat „rehabilitace“. Hlavně se nepřepínat a možná práce v „chráněné dílně“ do konce života bude dostačující.

Již ve čtyřicátých letech minulého století v USA byl založen klub „Green doors“. Jeho posláním byla společná podpora klientů/pacientů v získání pracovních míst na volném trhu práce. Současná zkušenost s přístupem IPS (*Individual Placement and Support*) ukazuje, že pokud se zaměříme na



vyhledávání pracovních míst, lze pro většinu klientů i s vážným duševním onemocněním najít zaměstnání. Specializovaní pracovníci IPS, kteří se postupně stávají členy multidisciplinárních týmů CDZ, mají za úkol nejen motivovat a podporovat klienty v odvaze pustit se do dobrodružství volného trhu práce, ale je nezbytné motivovat zároveň další členy týmu a samotné zaměstnavatele. Získat a udržet si zaměstnání se ukazuje jako jedna z nejefektivnějších „terapeutických“ intervencí. Tréninkové rehabilitační dílny mají jen limitovanou možnost připravit klienta na reálné pracovní podmínky, a proto skutečné pracovní nasazení je jednou z nejlepších možností.

Navíc klienti/pacienti sami mohou mít opakovaně špatné zkušenosti se zaměstnáním. Z tohoto důvodu je v oblasti zaměstnávání klíčová práce s rozvojem dovedností, schopností, znalostí a nadějí. Propuštění či ztrátu práce mohou klienti/pacienti brát jako porážku a katastrofu, po které již nemají motivaci se znovu do této oblasti pouštět. Klienti/pacienti propuštění z dlouhodobé hospitalizace jsou zvyklí na pasivní roli. Aktivně se pustit do tvorby své nové, budoucí existence, včetně pracovní role, může být pro ně skoro nepředstavitelné. Role týmu CDZ je v motivaci, budování naděje postavené na pozitivních zkušenostech z minulosti klienta a příkladech z osudů jiných klientů. Toto je obzvláště důležité v situaci, kdy i mezi odborníky někdy přežívají ochranné postoje založené na tom, že duševně nemocný má být chráněn před nároky běžného života.

Kazuistika



Martin je muž ve středním věku. Vystudoval střední grafickou školu a je nadšencem do počítačů. Od dvaceti tří let se léčí se závažným duševním onemocněním. Po dlouhodobější hospitalizaci v nemocnici hledal Martin ve spolupráci s týmem CDZ zaměstnání. Přihlásil se na konkurz na pozici PR specialisty v nadnárodní firmě a konkurz vyhrál. Nesmírně se těšil na práci v oboru a odpovídající plat. Nicméně jeho psychiatr ve zprávě pro potencionálního zaměstnavatele ho ze zdravotních důvodů na tuto pozici nedoporučil. Obával se velké pracovní zátěže, stresujícího prostředí velké firmy a častého přejíždění mezi pobočkami. Martin nevnímal postoj psychiatra jako ochranu, ale jako ránu do zad a zradu. Stáhl se a nechtěl o další možnosti zaměstnání více než rok uvažovat. O opakovaně nabízenou práci v úklidové firmě nebo při doplňování zboží v supermarketu za minimální mzdu opravdu nestál. Jeho klíčový pracovník týmu CDZ postupně posiloval Martinovu motivaci k dalším pokusům. Nechtěl Martina nechat, aby tato zkušenost zničila jeho budoucnost. Na jedné schůzce se mu Martin svěřil, že se opět vrátil k výtvarné tvorbě, maluje obrazy. Některé mu s ostychem nakonec ukázal. Pracovníkovi se obrazy líbily, avšak umění nerozuměl. Jeho ocenění tak nepokládal Martin za dostatečné



kvalifikované. Pracovníkův amatérský zájem ho přesto povzbudil a drásavé moře prázdnoty a volného času začal vyplňovat tak, že se více ponořil do tvorby. Martin se společně s pracovníkem CDZ domluvil na konzultaci u známého výtvarníka, který ve městě vedl ateliér výtvarné tvorby pro dospělé a pravidelně organizoval výstavy. Martin chtěl konzultaci několikrát zrušit. Cestou na schůzku zažíval čirý děs a hrůzu, trémou skoro nedokázal mluvit. Pracovník v tom byl však velmi tvrdohlavý a za žádnou cenu nechtěl domluvenou návštěvu odložit, natož zrušit. Martinova díla výtvarníka zaujala. Rozechvělému Martinovi sdělil, že má talent, a dokonce ho pozval, ať se k nim připojí na pravidelná večerní setkávání malby v ateliéru, kam Martin také začal docházet. Kromě pilování svého uměleckého stylu zde poznal několik nových přátel, kteří ho uznávali a umělecké prostředí ho bez problémů akceptovalo i s jeho občasnými zvláštnostmi. Po dlouhé době měl zase přátele z jiného prostředí, než z řad psychiatrických pacientů a klientů obdobných služeb. Zlomovým bodem bylo uspořádání výstavy Martinových děl v Městské galerii. Martin se při rozhovoru s jedním z účastníků výstavy dostal na téma práce a dostal nabídku volného místa grafika. Dnes má Martin několik měsíců po zkušební době. Je v zaměstnání, kde se mu velmi daří, i když bez vstřícného přístupu zaměstnavatele a pružné pracovní doby by ho jen těžko zvládal. Zpětně je vlastně rád, že mu psychiatr tenkrát pokazil slibnou práci v nadnárodní firmě, protože se díky tomu vrátil k umění a našel si slušně placenou práci svého srdce. Možná by ji tenkrát opravdu nezvládl, ale se zamítavou lékařskou zprávou mu nebylo ani umožněno to zkusit.

Shrnutí

Po delší hospitalizaci se jen těžko hledá klientům/pacientům smysl života.

Pro Martina byla spolupráce s Centrem duševního zdraví nanejvýše významná a současně se podařilo překonat děs a hrůzu z toho, že si nyní bude řídit vlastní život sám. Těžce získané sebevědomí narazilo na rozhodnutí psychiatra, který nedoporučil zaměstnání ve velmi náročném prostředí nadnárodní firmy. Centra duševního zdraví jsou připravena na práci s klienty, kteří mají dobré a někdy špatné období zvládnutí svého onemocnění. Právě krizová situace, která přišla s rozhodnutím psychiatra by s velkou pravděpodobností bez podpory CDZ týmu znamenala hospitalizaci na akutním psychiatrickém oddělení nemocnice. Klíčový pracovník ale začal pracovat od spodních stupínků žebříku (Recovery model). Zde je nutný neústupný, asertivní až paternalistický přístup, neboť každý další stupeň znamená cestu k zajištění vlastních základních potřeb. Samotný závěr kazuistiky pak pokračuje



v dalších krocích v Recovery žebříku – posílení schopností a dovedností, tak aby se klient o sebe dokázal postarat sám, anebo jak říkají v nejmenovaném CDZ: „Aby nás už klient/pacient nepotřeboval.“

PRAKTICKÉ DOVEDNOSTI

Schopnost postarat se sám o sebe je základní předpoklad nezávislého svobodného života. Pokud jsme vychovávaní jako v bavlnci, nemáme mnoho možností a možná ani motivaci zkoušet svou samostatnost. Pobyt v lůžkovém zařízení, obzvláště pak dlouhodobější, i dříve nabyté dovednosti postarat se sám o sebe neposílí, ba naopak oslabí. Situace, kdy jsme postaveni před nutností se sami o sebe postarat, aniž bychom tak kdy činili, či jsme dlouho žili způsobem, že o nás bylo postaráno, může znamenat stres a krizi. V situaci, kdy se klienti navrací zpět do běžného života z hospitalizace v psychiatrické nemocnici, či jiného pobytového zařízení, nebo jejich dřívější pečovatelé (rodiče) již tuto roli nemohou zastávat, je role komunitního týmu nanejvýše významná. Někdy je potřeba i více paternalisticky zajistit základní potřeby klienta. Je nutno posílit klientovy schopnosti a dovednosti postarat se sám o sebe, být co nejvíce soběstačný, a tím nezávislý.

Kazuistika



Jan je muž kolem padesátky. Po celý svůj život žil s rodiči. Již během této doby byl opakovaně hospitalizován v psychiatrické nemocnici. Po smrti rodičů se délka pobytů prodlužovala, až se nakonec Jan stal stálým pacientem nemocnice. Jedenkrát ročně byl navštíven svou opatrovnicí. Ta konstatovala, že Jan je jak malé dítě, nikdy se o sebe nestaral a nebude toho nikdy ani schopen. Komunitní tým CDZ z oblasti původního trvalého Janova bydliště se souhlasem jeho opatrovnice převedl Jana z nemocnice do chráněného bydlení. Jan zpočátku nebyl schopen ani minimálních základních dovedností. Všechny své peníze okamžitě utratil. Nekoupil si základní potraviny a nebyl schopen si připravit ani velmi jednoduché jídlo. Jan měl však velkou motivaci nevrátit se nazpět do psychiatrické nemocnice. Nechtěl být nikde znovu zavřený. V nemocnici nebylo na co se těšit, a to mu dle jeho slov dělalo chaos v hlavě. O to více se pak zabýval mimozemšťany. Komunitní tým s Janem začal vyjednávat o tom, co je možné společně udělat pro jeho bezpečí. Pro to, aby mohl žít, pokud možno, samostatně. První oblastí byly finance. Bylo dohodnuto, že suma, kterou Jan dostává na týden od své opatrovnice, bude rozdělena na tři části. Jedna bude na pokrytí nákladů bydlení, druhá bude určena na stravování a poslední bude na osobní Janovu potřebu. Z poslední části si Jan bude vybírat malé obnosy jednou za dva dny. Obědy Janovi



vařili ve školní jídelně. Jan se zde mohl přímo najíst, anebo si odnést oběd domů. Každodenní návštěva někoho z týmu CDZ byla využita na pomoc při přípravě večeře a současně tréninku vaření. Každý den Jan zahajuje vždy ve stejný čas společnou kávou s pracovníci CDZ, kdy může mluvit o svých plánech a myšlenkách. Následují povinnosti např. pravidelný úklid na základě rozpisu ve společném bydlení. Janovi se do uklízení vždy nechce a po odstěhování pořádkumilovného spolubydlícího je teď nepořádek velmi brzy vidět, nicméně pracovníci CDZ vždy trvají na Janově zapojení do společného úsilí. Jan všechny dohody dodržuje. Dohled nad užíváním medikace je aktuálně zajištěn dvakrát denně psychiatrickou sestrou z CDZ. Cílem je, aby pacient pochopil své onemocnění a zároveň, jakou roli ve zvládnání jeho stavu hraje medikace. . Opakovaně se v tomto směru zkušelo nechat to více na Janovi, ale zatím se to ze zkušeností ukazuje jako moc velký krok. V nedávné době se otevřela pro Jana možnost přestěhovat se do samostatného jednopokojového bytu v běžné zástavbě. Jana ta představa velice láká a od té doby pookřál. Zároveň mívá stavy strachu až paniky, že by měl bydlet v bytě sám. Rozdíl vnímá v tom, že se už nebude moci spolehnout na spolubydlící a sebeobsluha a péče o byt bude jen na něm. Také se obává samoty, protože spolubydlící mu sice lezou strašně na nervy, ale není přes den sám. Jak se datum stěhování blíží, zintenzivnil své návštěvy denní služby v CDZ, aby byl v kontaktu i s jinými lidmi. Velké obavy, jak co bude, se pracovníkovi bydlení nakonec povedlo s Janem rozpracovat v krizovém plánu. Kromě každodenních návštěv bude mít Jan možnost 24 hodin denně zavolat na krizové číslo. Rozhovory probíhají také s opatrovníci. Ta má o dalším kroku a Janovy životní změny pochybnosti. Argumentuje rovněž tím, že si nové bydlení Jan z malého důchodu nemůže dovolit. Po této návštěvě pracovníci poprvé slyšeli Jana, že by uvažoval částečně omezit kouření a peníze si šetřil. Také si sám domluvil schůzku s IPS specialistkou a začal se reálněji zajímat o možnost přivýdělků. Stěhování do nového bytu by mělo proběhnout až za několik měsíců a není jisté, zda k němu nakonec dojde. Ale nový plán a poskytnutá důvěra dělá s Janem viditelné změny.

Shrnutí

Péče o duševně nemocné vyžaduje mezioborovou spolupráci a zapojení přirozených možností pomoci v jejich bydlišti. To vidíme i v kazuistice Jana, kde spolupracuje CDZ, veřejná opatrovnice, pracovníci chráněného bydlení a další. Zásadní nástroj pro CDZ je naděje v zotavení daného klienta a neustálé hledání nových někdy nevšedních přístupů, aby klient mohl žít svůj nezávislý život. Tento princip na sobě zažil i Jan, který prošel obrovskou proměnou od chronicky hospitalizovaného pacienta k člověku,



který má nakročeno k opuštění chráněného bydlení do vlastního nájemního bytu navíc s plánem získat vlastní zaměstnání.

Jak tedy pomoci člověku s přesunem z psychiatrické nemocnice do vlastního přirozeného prostředí? Dát mu naději a „nezlomit nad ním hůl“. A u Jana té naděje v něj bylo zapotřebí hodně ve smyslu hospodaření s penězi, zbavení se návyku, že když v nemocnici všechno někdo vyřeší, tak v chráněném bydlení je nutné přiložit ruku k dílu a pomoci ve společném úsilí.

Často se stává, že tým CDZ naráží na neochotu a „zlomenou hůl“ u některých spolupracujících (mezioborových) partnerů. V tomto případě to byla veřejná opatrovnice. Klíčový pracovník si ale všiml proměny i u této osoby, která zprvu absolutně nedůvěřivě a pak s překvapením pozorovala, jaké pokroky Jan dělá. Každá osobní zkušenost se „zlomenou hůlí“ pak znamená, že další spolupráce s partnery je snazší a s větší dávkou naděje v klienta/ pacienta.



4. Závěr

Během posledních tří let byly v České republice zřízeny na tři desítky Center duševního zdraví, které se aktivně starají o stovky osob se závažným duševním onemocněním a tvoří tak základní pilíř Reformy psychiatrické péče. Ke stávajícím Centřům duševního zdraví budou pak v dalších letech centra přibývat.

Péče o vážně duševně nemocné je náročná. Vyžaduje mezioborovou spolupráci zdravotníků a sociálních pracovníků a zapojení přirozených možností pomoci v jejich bydlišti. Cílem je zotavení nemocného a prostředkem k němu je sociální rehabilitační služba. Jak už bylo zmíněno vhodným nástrojem je organizace péče, case management a multidisciplinární spolupráce. Všechny tyto prvky obsahují zahraniční modely komunitní psychiatrické péče. Předpokladem kvalitních služeb je pak dobrá spolupráce se zdravotnickými zařízeními a komunitními službami v daném regionu.

Reforma psychiatrické péče představuje velkou výzvu pro všechny zúčastněné, profesionály z řad zdravotníků, sociálních pracovníků, ale i příjemců péče, nemocných, jejich rodin, pečovatелů, úřadů a společnosti jako celku. Společným jmenovatelem je snaha zajistit lidem s duševním onemocněním jejich práva na dostupnou péči, zapojování se do rozhodování v životních situacích, právo na život v komunitě atd. Nové metody, které nyní ve službách zavádíme, mohou mnohdy představovat větší nárok na všechny zúčastněné, ať už v přemýšlení, plánování, nutnosti větší aktivity a kreativity, jindy zase ve schopnosti vzdát se profesionálního přesvědčení, vlastní neochvějné pravdy. Vnáší lidskost do profesionálních vztahů a posiluje roli jednotlivce v jeho vlastním životě. Výsledkem je snaha o zvýšení životní úrovně nemocných, ale i jejich nejbližšího okolí a také větší radost z práce všech profesionálů. Nakonec nesmíme zapomínat, že duševní porucha může postihnout kohokoliv z nás.

„Proto se neptej, komu zvoní hrana...“



5. Zdroje

- ⚙ Kopelowicz A, Liberman RP. Integration of care: integrating treatment with rehabilitation for persons with major mental illnesses. Psychiatr. Serv., 2003
- ⚙ Britská psychologická společnost. Understanding Psychosis and Schizophrenia, 2014
- ⚙ Berne, Eric. Jak si lidé hrají. Portál, 2011
- ⚙ [online] [Citace: 8. září 2021.]Dostupný z <http://Metodika_moderních_metod_sociální_práce.pdf (rozvojadiktologickýchsluzeb.cz) >
- ⚙ [online] [Citace: 8. září 2021.]Dostupný z <[http://Možné_využití_modelu_„Trojúhelníku_vzájemné_závislosti“_v_Gestalt_terapii_-_Psychoterapie_Praha_\(psychoterapie-praha.net\)](http://Možné_využití_modelu_„Trojúhelníku_vzájemné_závislosti“_v_Gestalt_terapii_-_Psychoterapie_Praha_(psychoterapie-praha.net)) >
- ⚙ Základní principy poskytování péče v CDZ. Verze 1.2, 2017b. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2016/12/170425_-Principy-p%C3%A9%C4%8De-v-CDZ_revize.pdf, Dostupné také z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2019/08/P%C5%99%C3%ADloha_%C4%8D._6_Metodiky_-_Z%C3%A1kladn%C3%AD_principy_p%C3%A9%C4%8De_poskytovan%C3%A9_v_CDZ.pdf
- ⚙ [online] [Citace: 19. září 2021.]Dostupný z <[http://V_dramatickém_trojúhelníku |Psychologie.cz](http://V_dramatickém_trojúhelníku_|Psychologie.cz)>
- ⚙ Malý průvodce CDZ Dostupné také z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/15623/38543/Maly_pruvodce_CDZ.pdf
- ⚙ Ministerstvo zdravotnictví ČR, <https://www.mzcr.cz>



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Na textu se podíleli:

MUDr. Jan Pfeiffer, Bc. Gracián Svačina, Mgr. Kateřina Povolná, DiS.,
MUDr. Miroslav Pastucha, Bc. Ladislav Brynych
