



evropský
sociální
fond v ČR



OPERAČNÍ PROGRAM
LIDSKÉ ZDROJE
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME
VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz

Vzdělávací kurzy pro rodinné příslušníky

Fokus Mladá Boleslav, sdružení pro péči o duševně nemocné

Autorský tým:

Bezpalcová Denisa
Čadílková Helena
Gapková Jiřina
Heineková Tereza
Hodboř Jaroslav
Chlapcová Eliška
Jenčíková Kateřina
Jiránek Michal
Kolátorová Iveta

Kostková Diana
Krejčí Pavlína
Křičková Veronika
Kubínová Radka
Kurincová Veronika
Loudová Michaela
Lučín Marek
Matoušková Vendula
Skalická Nikola

Stuchlík Jan
Šimonová Michala
Šormová Martina
Šturma Petr
Švancarová Lenka
Valíčková Jana
Zichová Jana
Zvolenská Dominika

Vytvořeno v rámci projektu Komplexní vzdělávání rodinných příslušníků duševně nemocných
(CZ.1.04/3.1.03/D5.00052)

Obsah

1.	Seznam tematických okruhů	5
2.	Výukové texty	6
2.1.	Základní informace o duševních poruchách	7
2.1.1.	Psychózy	7
2.1.2.	Rozdělení psychóz	7
2.1.3.	Příčiny vzniku schizofrenie	8
2.1.4.	Průběh schizofrenie	8
2.1.5.	Pozitivní a negativní symptomy	9
2.1.6.	Kognitivní a ostatní příznaky	11
2.1.7.	Rozdělení schizofrenie	11
2.1.8.	Poruchy související se schizofrenií	12
2.1.9.	Léčba schizofrenie	13
2.2.	Léčba psychofarmaky, efekty a nežádoucí účinky, jiné způsoby léčby	15
2.2.1.	Co to tedy psychofarmaka vlastně jsou?	15
2.2.2.	Antipsychotika (dříve neuroleptika)	15
2.2.3.	Antidepresiva	21
2.2.4.	Hypnotika	23
2.2.5.	Anxiolytika	25
2.2.6.	Stabilizátory nálady (thymoprofylaktika, thymostatika)	25
2.2.7.	Nefarmakologické možnosti léčby u psychicky nemocných	26
2.2.8.	Závěr	27
2.3.	Psychoterapie	28
2.3.1.	Kdo je psychoterapeut?	28
2.3.2.	Kdy může psychoterapie pomoci?	28
2.3.3.	Hlavní psychoterapeutické směry	29
2.3.4.	Druhy psychoterapie	30
2.3.5.	Etika v psychoterapii	34
2.4.	Prevence zhoršení či recidivy onemocnění, předcházení krizím	35
2.4.1.	Prevence relapsu	35
2.4.2.	Předcházení krizím - protikrizové plánování	36
2.4.3.	Drogy a alkohol	37
2.4.4.	Rady pro rodinné příslušníky nemocného	38
2.5.	Rehabilitace, zotavení	40
2.5.1.	Historie – vývoj psychiatrické rehabilitace	40
2.5.2.	Komunitní péče u nás	41
2.5.3.	Základní směry psychosociální rehabilitace	41
2.5.4.	Jednotlivé oblasti psychosociální rehabilitace	43
2.5.5.	Zotavení (úzdava, recovery)	46
2.6.	Rodina v péči o duševně nemocného, komunikace s duševně nemocným	49
2.6.1.	Úvod	50
2.6.2.	Příběh Alice a Heleny	50
2.6.3.	Vztah k duševně nemocnému členu rodiny	51
2.6.4.	Povaha duševního onemocnění	51
2.6.5.	Struktura rodiny	52
2.6.6.	Rodinné fáze	52
2.6.7.	Rodinné hodnoty	52
2.6.8.	Historie onemocnění v rodině a reakce rodiny na něj	53
2.6.9.	Komunikace v rodině	53
2.6.10.	Míra vyjadřování emocí v rodině	54
2.6.11.	Potřeby členů rodiny	55
2.6.12.	Rodinná hnutí a svépomocné aktivity	55

2.7.	Služby pro duševně nemocné, jejich indikace a kontraindikace, způsoby práce, očekávané výsledky, omezení	57
2.7.1.	Psychiatrická nemocnice (léčebna):	58
2.7.2.	Ambulantní péče	61
2.7.3.	Terapeutická komunita	62
2.7.4.	Krizové centrum	63
2.7.5.	Denní stacionář.....	64
2.7.6.	Komunitní centrum	64
2.7.7.	Terénní práce (případové vedení, case management).....	64
2.7.8.	Podpora v bydlení.....	64
2.7.9.	Podpora v práci.....	65
2.7.10.	Poradenství.....	66
2.7.11.	Svépomocné aktivity	67
2.8.	Systém služeb Fokusu MB	68
2.8.1.	Cíle služeb.....	68
2.8.2.	Cíle sdružení	68
2.8.3.	Cílová skupina.....	68
2.8.4.	Organizační schéma.....	69
2.8.5.	Case management.....	70
2.8.6.	Centrum sociální rehabilitace.....	70
2.8.7.	Chráněné bydlení	73
2.8.8.	Podpora samostatného bydlení	74
2.8.9.	Sociálně terapeutická dílna	74
2.8.10.	Agentura podporovaného zaměstnávání	76
2.9.	Sociální aspekty duševního onemocnění	77
2.9.1.	Invalidní důchody	77
2.9.2.	Zaměstnávání osob se zdravotním postižením	78
2.9.3.	Podpora v nezaměstnanosti	78
2.9.4.	Dávky státní sociální podpory	79
2.9.5.	Dávky hmotné nouze.....	80
2.9.6.	Příspěvek na péči.....	81
2.9.7.	Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené.....	82
2.10.	Právní aspekty duševního onemocnění.....	84
2.10.1.	Oblast zdravotně právní	84
2.10.2.	Oblast sociálně právní	87
2.10.3.	Oblast občansko a trestně právní.....	89
3.	Výukové moduly	97
3.1.	Modul 10 x 2 hodiny	97
3.1.1.	Základní informace o duševních poruchách.....	97
3.1.2.	Léčba psychofarmaky, efekty a nežádoucí účinky, jiné způsoby léčby	98
3.1.3.	Psychoterapie	99
3.1.4.	Prevence zhoršení či recidivy onemocnění, předcházení krizím.....	100
3.1.5.	Rehabilitace, zotavení (úzdava, recovery)	101
3.1.6.	Rodina v péči o duševně nemocného, komunikace s duševně nemocným	102
3.1.7.	Služby pro duševně nemocné, jejich indikace a kontraindikace, způsoby práce, očekávané výsledky, omezení	103
3.1.8.	Systém služeb Fokusu MB	104
3.1.9.	Sociální aspekty duševního onemocnění (invalidizace, příspěvek na péči, sociální dávky)	105
3.1.10.	Právní aspekty duševního onemocnění (opatrovnictví, léčba bez souhlasu nemocného, ochranná léčba).....	106
3.2.	Modul 2 prodloužené víkendy.....	107

3.3.	Modul týden	113
4.	Literatura	118
4.1.	Základní informace o duševních poruchách.....	118
4.2.	Léčba psychofarmaky, efekty a nežádoucí účinky, jiné způsoby léčby	118
4.3.	Psychoterapie	118
4.4.	Prevence zhoršení či recidivy onemocnění, předcházení krizím	119
4.5.	Rehabilitace, zotavení	119
4.6.	Rodina v péči o duševně nemocného, komunikace s duševně nemocným	119
4.7.	Služby pro duševně nemocné, jejich indikace a kontraindikace, způsoby práce, očekávané výsledky, omezení	120
4.8.	Systém služeb Fokusu MB	120
4.9.	Sociální aspekty duševního onemocnění	120
4.10.	Právní aspekty duševního onemocnění.....	120

1. Seznam tematických okruhů

1. Základní informace o duševních poruchách
2. Léčba psychofarmaky, efekty a nežádoucí účinky, jiné způsoby léčby
3. Psychoterapie
4. Prevence zhoršení či recidivy onemocnění, předcházení krizím
5. Rehabilitace, zotavení (úzdava, recovery)
6. Rodina v péči o duševně nemocného, komunikace s duševně nemocným
7. Služby pro duševně nemocné, jejich indikace a kontraindikace, způsoby práce, očekávané výsledky, omezení
8. Systém služeb Fokusu MB
9. Sociální aspekty duševního onemocnění (invalidizace, příspěvek na péči, sociální dávky)
10. Právní aspekty duševního onemocnění (opatrovnictví, léčba bez souhlasu nemocného, ochranná léčba)

2. Výukové texty

2.1. Základní informace o duševních poruchách

Tato kapitola se věnuje především schizofrenii a dalším psychotickým poruchám.

2.1.1. Psychózy

Psychóza je závažné duševní onemocnění, které je léčitelné, ale které svým průběhem zasahuje hluboko do osobnosti člověka a také do jeho vztahu s okolím.

Psychóza je slovo řeckého původu od slova „psyché“, které označuje „duši“. Psychóza tedy znamená nemoc duše.

Psychóza zásadně mění způsob, jakým člověk prožívá sám sebe, ostatní lidi a svět kolem sebe, v němž žije. Skutečný svět ustupuje do pozadí a na jeho místo se dostává svět přeludů a fantazií. Člověk, trpící psychózou se v tomto novém světě uzavírá, odtrhává se od druhých lidí a jejich realita se mu stává cizí.

Lidé v jeho nejbližším okolí, zejména rodinní příslušníci tuto změnu registrují a prožívají jí. Z jejich pohledu se jejich blízký chová podivně, nelze se s ním domluvit, jeho projevy v nich často vzbuzují pocit ohrožení, viny a zmatku a podle toho se k němu také dále chovají.

Psychóza zasahuje do všech oblastí života, zásadně ovlivňuje osobní, rodinnou, pracovní i sociální oblast.

Obvykle se střídají období akutních zhoršení a remisí, kdy se toto prožívání skutečnosti zmírňuje nebo zcela mizí.

2.1.2. Rozdělení psychóz

Psychózy můžeme rozdělit do tří základních skupin.

2.1.2.1. Organické psychózy

tyto psychózy jsou způsobené zjistitelným poškozením mozkové tkáně např. při nádoru mozku, infekci, degenerativních změnách ve stáří)

2.1.2.2. Toxické psychózy

jsou způsobené nadužíváním některých psychoaktivních látek, například alkoholu, amfetaminů, halucinogenů nebo THC.

2.1.2.3. Funkční psychózy

na počátku je neprovází žádné zjistitelné a typické poškození, nebo toxické ovlivnění činnosti mozkové tkáně.

Do skupiny funkčních psychóz patří:

Schizofrenie

Akutní a přechodné polymorfní psychotické poruchy

2.1.3. Příčiny vzniku schizofrenie

Příčiny vzniku schizofrenie nejsou zcela známy, vědci se však shodují, že toto **onemocnění vzniká abnormální funkcí mozku**, tedy narušením určitých pochodů v některých částech mozku, kde je nadbytek chemické látky, která se nazývá dopamin. Tato látka slouží k přenosu informací mezi jednotlivými buňkami v mozku. Nadbytek dopaminu v mozku způsobuje, že je přenášeno současně příliš velké množství informací, které mozek není schopen zpracovat a rozlišit důležité zprávy od nepodstatných. Tento proces pak může vést ke zkreslenému vnímání reality, následně k jinému myšlení a dále až k úzkosti, strachu a zmatenosti.

Na základě vědeckých poznatků se však předpokládá, že vznik onemocnění je ovlivněn více faktory. Průběh onemocnění je dán vzájemnými působením těchto faktorů a dalšími vlivy prostředí, ve kterém nemocný žije nebo událostmi, které během života prožívá.

Každý z těchto faktorů zvyšuje riziko onemocnění v jiném období života a u každého člověka může být spouštěčem onemocnění jiný faktor.

Jedním z faktorů je dědičnost. Tento faktor vědci zkoumali na základě srovnávání výskytu v rodinách. V populaci onemocní 1-2%. V případě, že schizofrenii trpí oba rodiče, je pravděpodobnost postižení dítěte podstatně vyšší (až 45 %), než v případě jednoho rodiče se schizofrenií (10 %). Dítě se však nenarodí se samotným onemocněním, ale zdědí tak předpoklad, který nepříznivým psychickým vývojem může schizofrenie spustit.

Dalším faktorem před narozením dítěte jsou **komplikace spojené s těhotenstvím** (virová infekce, nedostatečná výživa matky v prvním trimestru, nízká porodní váha) a při samotném porodu (nedostatek kyslíku při porodu).

K rozvoji onemocnění dochází v pozdějším období života člověka vlivem **sociálních a biologických faktorů**, které se projevují formou stresů. K nejvyššímu riziku onemocnění dochází mezi 15. a 30. rokem života. Muži a ženy onemocní přibližně stejně často, u mužů však bývá začátek onemocnění dříve (15 – 25 let) než u žen (20 – 30 let). Výskyt je na celém světě velmi podobný. Dědičný předpoklad způsobuje změnu chování a prožívání. Tento předpoklad tak narušuje adaptaci a přizpůsobivost k těžkým životním situacím, které přinášejí zátěž (např. úmrtí někoho blízkého, zklamání v lásce, společenský neúspěch, změna sociokulturního prostředí) a také k situacím, které vyžadují závažné rozhodnutí. Biologickým faktorem, který usnadňuje propuknutí onemocnění je drogová závislost nebo zneužívání drog. Člověk ztrácí odolnost proti zátěžím a stresům, což má za následek počátek schizofrenie, který se projevuje určitými rysy – přecitlivělost, plachost, neklid, depresivní nálada, sklon k vztahovačnosti, nespolečenská, potíže s navazováním kontaktů. Poté jsou její příznaky akutní nebo se projevují postupně.

2.1.4. Průběh schizofrenie

Průběh onemocnění má tři fáze:

2.1.4.1. Prodromální fáze

Než začne onemocnění, můžeme pozorovat, že chování (může se objevit toulavost nebo uzavírání se do sebe) i nálada (smutek, deprese, úzkost, neklid, strach, agrese) se mění. Mohou se objevit i poruchy kognitivních funkcí (zhoršení paměti či soustředění) Chování může připomínat adolescentní krizi a v této neurčité podobě může přetrvávat i dlouhou dobu (1-5 let).

Nemocný se začne chovat zvláště, opouští sociální vztahy, je unavený a lhostejný a začne zanedbávat svůj vzhled a hygienu.

Podobně se může projevovat i začátek dalších atak onemocnění a mnozí nemocní se naučí poznávat tyto rané příznaky jako varování, že se může blížit relaps do akutní fáze onemocnění.

2.1.4.2. Akutní fáze (psychotická fáze)

V tomto okamžiku se onemocnění nedá přehlížet. Do popředí vstupují symptomy jako bludy, halucinace a zmatené myšlení a nemocný se může dostat do krize. Nemocný člověk v této fázi většinou nemá náhled, že se jedná o onemocnění a nachází pro své prožitky jiné vysvětlení. Akutní fáze trvá obvykle několik týdnů až několik měsíců.

2.1.4.3. Remise či reziduální fáze

Vlivem léčby, ale často i dalších faktorů (rodinná a sociální situace) se stav stabilizuje a symptomy vymizí (remise). Některé symptomy, jako je nedostatek energie, sociální izolace apod., mohou přetrvávat různě dlouho, u někoho nemusí ustoupit vůbec (reziduální fáze).

Tato fáze může trvat roky a často bývá přerušována relapsy (znovuobjeveními se akutní fáze).

Přibližně 1/3 nemocných má pouze jednu akutní fázi za život a nemoc dále nepokračuje. 1/3 má několik relapsů, mezi nimiž jsou několikaleté remise, ve kterých je člověk prakticky bez příznaků. U poslední 1/3 se relapsy opakují často a mezi nimi zůstává reziduální symptomatologie, která může s přibývajícými relapsy narůstat.

2.1.5. Pozitivní a negativní symptomy

Schizofrenie nemá jednotný klinický obraz, její symptomy mohou být relativně různorodé. Jednotlivé příznaky je možné diferencovat podle toho, zda jsou projevem nadměrného, resp. Vyjádření standartních funkcí (pozitivní příznaky), nebo jejich úbytku (negativní příznaky), kognitivní příznaky.

Symptomy schizofrenie jsou u každého člověka jiné, u někoho se jich může projevit více a u někoho méně, můžou se také vzájemně kombinovat. Symptomy schizofrenie se dělí do dvou skupin – pozitivní a negativní symptomy. Obě skupiny symptomů mají za příčinu obtíže v běžném životě člověka, jehož vnímání skutečnosti může být odlišné od vnímání druhých lidí.

2.1.5.1. Pozitivní symptomy

Pozitivními symptomy se rozumí, **že je něčeho navíc oproti normálu**. Jedná se o extrémní normálních psychických funkcí. Je vcelku snadné je rozeznat, ale je třeba si uvědomit, že u některých z nich se

nemusí jednat o schizofrenii, ale můžou být důsledkem zneužívání alkoholu nebo drog. Tyto příznaky obvykle dobře reagují na léčbu farmaky.

Pozitivní symptomy zahrnují:

Klamné vjemy - halucinace

Nejčastěji se jedná o slyšení **hlasů**, které nikdo jiný neslyší. Hlasy bývají často velmi obtížné, říkají člověku, co má dělat, vyhrožují nebo nadávají. Méně často mívají příjemné obsahy. I s obsahově nepříjemnými halucinacemi se část nemocných naučí žít, nevšímají si jich nebo je umí zastavit, když jim komplikují soustředění či komunikaci s dalšími lidmi.

Mezi další klamné vjemy, které jsou méně časté, patří halucinace zrakové, hmatové, chuťové nebo čichové.

Falešné představy - bludy

Falešné představy představují **mylné názory, o kterých je člověk přesvědčen bez pravdivých důkazů**. Častým projevem je pocit pronásledování, podvádění nebo přesvědčení o nějakém spiknutí. Člověk je tzv. paranoidní. Nemocný může být také přesvědčen, že má zvláštní dar nebo schopnosti, že je slavnou osobností nebo že jeho skutky jsou ovládány vnější silou, někdo nebo něco čte nebo ovládá jeho myšlenky.

Poruchy myšlení

Myšlení může být zmatené, dochází v něm k logickým chybám. Pro člověka s poruchou myšlení je obtížné, rozhodovat se, co je v dané situaci vhodné a co nikoli.

Podivné chování

Podivné chování zahrnuje zvláštní až nevhodná gesta, grimasy, postoje nebo až porušování normálního společenského chování (např. vysvlékání na veřejnosti).

2.1.5.2. Negativní symptomy

Negativní symptomy odkazují na to, **že se něčeho nedostává**. Můžou představovat ztrátu nebo omezení normálního fungování. Hodnocení těchto symptomů je obtížnější, protože můžou být způsobeny depresí, která se vyskytuje spolu se schizofrenií nebo málo podnětným prostředím. Negativní symptomy zahrnují:

Citová plochost (oploštělost)

Lidé se schizofrenií často **nejsou schopni vyjadřovat své emoce**, jeví se jako citově ploší tím, že mnohdy nereagují na situace, které se kolem nich odehrávají. Neodpovídající emoce a jednání patří ke k základním projevům.

Snížená motivace

Schizofrenie může způsobovat **nezájem člověka zapojovat se do jakékoliv činnosti**. Člověk ztrácí motivaci pro práci nebo zájmové aktivity. V nejhorším případě může dojít až k úplnému nicnedělání a neschopnosti postarat se sám o sebe, apatii (netečnosti) a abulii (ztrátě vůle cokoli podniknout)

Sociální odloučení

Sociální stažení znamená, že člověk se schizofrenií má tendenci **izolovat se od společnosti lidí a uzavírat se do sebe**. Špatně navazuje a udržuje vztahy, mnohdy se kontaktu s lidmi záměrně vyhýbá.

Snížená plynulost myšlení

Snížení plynulosti a obsahu myšlení se projevuje u některých lidí se schizofrenií. Může se také stát, že **sami promluví pouze vzácně a na otázky odpovídají krátce**. Někteří lidé mluví srozumitelně, ale přesto nesdělují žádný obsah. Často se jedná o propojování jejich myšlenek nebo přeskokování mezi myšlenkami. V mírnější podobě může být poškozena jen schopnost soustředit se.

Někdy se místo rozdělení na příznaky pozitivní používá rozdělení na kognitivní a ostatní.

2.1.6. Kognitivní a ostatní příznaky

2.1.6.1. Kognitivní příznaky

Jsou často považovány za jádrové příznaky schizofrenie

Snížená schopnost soustředit se, pomatovat si, cokoli plánovat a řešit problémy provází každou epizodu schizofrenie

2.1.6.2. Další symptomy

Poruchy spánku a snů, emotivity, paměti, pozornosti, orientace, osobnosti, pudů

2.1.7. Rozdělení schizofrenie

V psychiatrii se dosud používá rozdělení schizofrenie do sedmi typů:

2.1.7.1. Paranoidní schizofrenie F20.0

Paranoidní schizofrenie se vyskytuje **nejčastěji ze všech typů** a to zejména ve vyšším věku života. Základní charakteristikou jsou pozitivní symptomy (klamně vjemy, falešné představy). Schizofrenie se nazývá paranoidní z důvodu přítomnosti paranoidních vjemů. Daný člověk trpí přesvědčením, že má telepatické schopnosti, že mu jsou do hlavy vkládány myšlenky někoho jiného, nebo naopak, že mu jsou myšlenky kradeny. Může objevit agresivitu, protože daný člověk má stále pocit ohrožení a pronásledování. Léčba tohoto typu je vcelku úspěšná.

2.1.7.2. Hebefrenní schizofrenie

Hebefrenní schizofrenie se objevuje **hlavně v mladém věku**, kolem 20. roku života. Charakteristické je nezodpovědné chování, tendence k neplnění svých povinností, povrchní jednání. Daný člověk se chová mnohdy nepřiměřeně, často používá vulgární slova, pošklebuje se, usmívá se v situacích, kdy to

není vhodné. Často hovoří o filozofických tématech, která jsou pro okolí nepochopitelná. Léčba bývá provázena komplikacemi.

2.1.7.3. Katatonní schizofrenie

Tento typ schizofrenie je v dnešní době už téměř **vzácností**. Hlavní projevem je **porucha pohybových schopností**. Daný člověk buď setrvá v jedné poloze velmi dlouho a je absolutně v nehybném stavu nebo je až nadměrně aktivní a dělá nepředvídatelné nebo opakované pohyby.

2.1.7.4. Nediferencovaná schizofrenie

Jedná se o typ schizofrenie, který není dostatečně vymezený. Zahrnuje **smíšené příznaky několika typů**, nelze ji však zařadit do žádného z nich.

2.1.7.5. Postschizofrenní deprese

Objevuje se **do 12. měsíců od odeznění schizofrenní ataky**. Projevuje se depresivními a úzkostnými stavy. V tomto období je velké riziko sebevraždy.

2.1.7.6. Reziduální schizofrenie

Reziduální schizofrenie je **chronickou fází onemocnění**, při níž dlouhodobě přetrvávají příznaky, a občas může dojít k akutnímu vzplanutí onemocnění. Typická je **přítomnost negativních symptomů** (snížená motivace, sociální odloučení, celkové zpomalení myšlení a řeči). Léčba není příliš úspěšná.

2.1.7.7. Simplexní schizofrenie

Tento typ schizofrenie **není příliš častý**, může se projevovat **už kolem 15. roku života**. Hlavními projevy jsou negativní symptomy, které se objevují bez předchozích příznaků. Daný člověk se uzavírá do vlastního světa, zvyšuje se citová plochost, nezájem o dění kolem jeho osoby.

2.1.8. Poruchy související se schizofrenií

2.1.8.1. Schizotypní porucha

Schizotypní porucha se vyskytuje asi u 3 % lidí. V některých fázích se můžou objevit projevy falešných představ či klamných vjemů, ale porucha **má blízko spíše k poruše osobnosti**. Schizotypní člověk vykazuje zvláštní chování, kterému jeho okolí nerozumí, od společnosti se spíše izoluje. Někdy trpí přesvědčením, že je jinou osobou a že věci, které ho obklopují, neexistují.

2.1.8.2. Schizoafektivní poruchy

Onemocnění s poměrně častým výskytem, při kterém se projevují **jak symptomy schizofrenie, tak i deprese nebo mánie**. V případě deprese se objevuje zejména úzkost, nízké sebehodnocení, ztráta zájmu. U mánie má člověk až povznesenou náladu, vysoké sebehodnocení, někdy projevy agresivity.

2.1.8.3. Trvalé duševní poruchy s bludy

Základní charakteristikou jsou **bludy**, tedy falešné představy o skutečnosti. V případě, že se člověk nachází **mimo tyto představy, může zcela normálně probíhat jeho běžný život**. Skoro nikdy

nedochází k sociálnímu selhávání, které je u schizofrenie obvyklé. Typicky se tato porucha objevuje až ve vyšším věku či ve stáří. Bludy často zahrnují pocity pronásledování, podvádění, obtěžování, okrádání.

2.1.8.4. Akutní a přechodné psychotické poruchy

Jedná se o poruchy s **dočasným trváním**. Onemocnění je způsobeno nadměrným stresem a projevy jsou podobné jako u paranoidní schizofrenie.

2.1.8.5. Indukovaná porucha s bludy

U této poruchy se jedná vždy o **dva jedince, kteří jsou v nějakém velmi blízkém vztahu** (sourozenci, manželé či partneři, někdy vztah rodič – dítě). Jeden je výrazně dominantní a druhý je na něm závislý. Pokud je dominantní člověk nemocný a trpí bludnými představami, může druhého přesvědčit, že jsou skutečné. Když je taková dvojice rozdělena, u závislého jedince zmizí symptomatologie velmi rychle a bez jakékoliv léčby.

2.1.9. Léčba schizofrenie

Léčba schizofrenie v akutní fázi je založena zejména na podávání léků, které zmírňují příznaky. Zatím však nebyla nalezena léčba, která by vedla k úplnému uzdravení. Účinná léčba je komplexní. V procesu léčby je důležité, aby všem byl zcela jasný plán léčby a aby rozuměli jednotlivým krokům léčby.

2.1.9.1. Farmakoterapie

Podrobněji bude o farmakoterapii pojednávat samostatná část.

2.1.9.2. Osvěta, edukace

Osvěta má v procesu léčby důležitou roli. Zajišťuje lidem se schizofrenií a jejich rodinám potřebné množství informací, které jim pomáhají lépe se s onemocněním vyrovnat, reálně vidět možnosti a porozumět jednotlivým krokům léčby. Zahrnuje také rady, jak se vypořádat se stresem, jak řešit problémové situace a jak má rodina přistupovat ke svému blízkému. Vše má napomáhat k tomu, aby se zlepšil celkový psychický stav daného člověka a aby se zamezilo návratu příznaků schizofrenie.

2.1.9.3. Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace má lidi se schizofrenií motivovat a učit je, aby byli schopni začlenit se zpět do společnosti, znovu se zapojit do pracovního procesu, případně dokončit své vzdělání. Rehabilitační programy mají za cíl naučit sociálním dovednostem, které usnadní nemocným normálně fungovat v životě mezi dalšími lidmi a ve vztazích s nimi.

2.1.9.4. Psychoterapie

Psychoterapie je nejvíce přínosná mimo akutní ataky onemocnění a může zásadně napomoci procesu zotavení. Psychoterapie je založena na rozhovorech nemocného a psychoterapeuta (nejčastěji psychiatra nebo psychologa). Člověk má možnost mluvit o tom, co momentálně prožívá, co řeší za

problémy, čím prochází. A s pomocí terapeuta může lépe porozumět svým problémům a věcem, které se odehrávají v něm nebo okolo něj. Psychoterapii je také věnována samostatná část.

2.2. Léčba psychofarmaky, efekty a nežádoucí účinky, jiné způsoby léčby

Velice důležitou součástí komplexní péče o člověka s duševní nemocí je efektivní léčba psychofarmaky. Jedním z předpokladů efektivní léčby duševní nemoci je ten fakt, že je zde dobře zvolen ambulantní psychiatr, se kterým se nemocný dokáže domluvit na tom, jak jeho léčba bude probíhat. Není stále zvykem, že v této oblasti může vůbec nějaká diskuze probíhat. Stále zde přetrvává povědomí o tom, že psychiatr jen napíše recept a více se již se svým pacientem moc nebaví. Tento přístup je ale málo efektivní a je dobré, aby nemocný byl schopen komunikovat se svým psychiatrem o všech obtížích, včetně těch, které mu přináší samotná léčba. Pokud pochybujete o svém psychiatrovi, nemáte dostatek informací o lécích, které užíváte včetně negativních účinků těchto léků, je naprosto vhodné psychiatra změnit. Nemocný by měl dostat dostatek prostoru k tomu, aby se mohl ke své léčbě vyjádřit. Pokud nemá nemocný svého zástupce v komunikaci s psychiatrem a má obavu, že některé otázky pro psychiatra zapomene, je vhodné si otázky na které se chce zeptat sepsat na papír a přinést do ordinace. Řešením také může být, že se nemocný domluví s někým, komu důvěřuje, aby ho v komunikaci s lékařem zastoupil nebo mu pomáhal, když to nezvládne sám.

Dobře nastavená medikace je důležitou složkou pro kvalitní život nemocného trpící duševním onemocněním. Bohužel je zde nutné podotknout, že v léčbě psychóz nejde nic hned a že je nutné počkat, dokud psychofarmaka nezačnou účinkovat, což může mnohdy trvat i týdny, a je dobré mít tedy ještě k dispozici podpůrné mechanismy, které pomůžou nemocnému těžké období překonat.

Někdy se může stát, že i malá změna v medikaci u nemocného může vyvolat dekompenzaci stavu a je proto bezpečnější v takovýchto případech nemocného krátkodobě hospitalizovat v psychiatrické léčebně, kde se může zhoršení stavu rychleji řešit. V Mladé Boleslavi je možné se pro tyto případy objednat na oddělení K20, kde stabilizační pobyty umožňují, a my s nimi máme dobré zkušenosti. V Karlovarském kraji je možná hospitalizace v na psychiatrickém oddělení v Ostrově nad Ohří, kde fungují dvě oddělení - akutní(pro akutní stavy) a terapeutické (na objednání).

Nemocní poměrně často psychofarmaka odmítají. Někdy kvůli nepříjemným nežádoucím účinkům, často také proto, že se necítí být nemocní a pro svůj stav mají jiné vysvětlení. Často se stává, že nemocný vysazuje léky (nebo je užívá jinak, než mu bylo doporučeno), aniž se o tom někomu zmíní. Je proto velmi důležité, aby profesionálové i rodinní příslušníci měli s nemocným dobrý vztah založený na respektu, jak k nemocnému, tak i k jeho nemoci. Mimo situací nedobrovolné hospitalizace (užívané tehdy, když je nemocný bezprostředně nebezpečný sobě nebo jiným lidem) není možné nutit nemocného, aby bral léky, když s tím nesouhlasí. Můžeme však vysvětlovat a přesvědčovat nemocného o významu a důležitosti léků.

2.2.1. Co to tedy psychofarmaka vlastně jsou?

Psychofarmaka jsou léky ovlivňující duševní stav jedince – patří sem antipsychotika, anxiolytika, antidepresiva, stabilizátory nálady, psychostimulantia, hypnotika. Některá psychofarmaka tedy ovlivňují bdělost, jiná náladu nebo příznaky psychotického onemocnění – pozitivní (bludy a halucinace) či negativní (ztráta zájmu a vůle, apatie, emoční stažení).

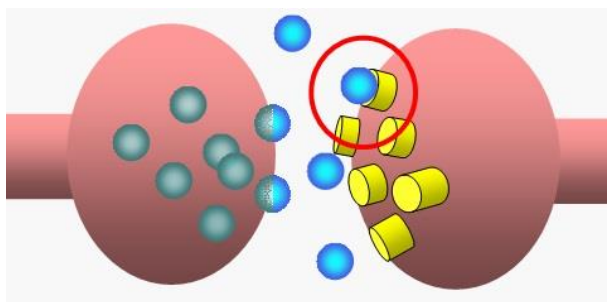
2.2.2. Antipsychotika (dříve neuroleptika)

Antipsychotika odstraňují či zmírňují příznaky psychózy, jako jsou bludy, halucinace. Zlepšují soustředění a pomáhají pacientům zvládat lépe každodenní zátěž. Mají preventivní účinek, zabraňují návratu onemocnění (relapsu).

2.2.2.1. Jak antipsychotika fungují?

Všechna antipsychotika regulují dopamin. Dopamin je nervový přenašeč, posel informace mezi nervovými buňkami (neurony). A proč nás zajímá zrovna dopamin? Protože odchylka v regulaci dopaminu může za bludy nebo halucinace a člověk pak uvažuje o světě zcela v rozporu s realitou. Antipsychotika zabraňují chaoticky-fungujícímu dopaminu, aby připisoval významy věcem, které významné nejsou. Díky těmto lékům se výdej dopaminu normalizuje a jedinec postupně získává zpět kontakt s realitou. Jak to antipsychotika dovedou? Obsadí přijímač (receptor) pro dopamin, čímž usměrní výměnu informací mezi neurony tak, aby dopamin připisoval význam jen těm věcem a událostem, které jsou skutečně důležité (Obrázek 1).

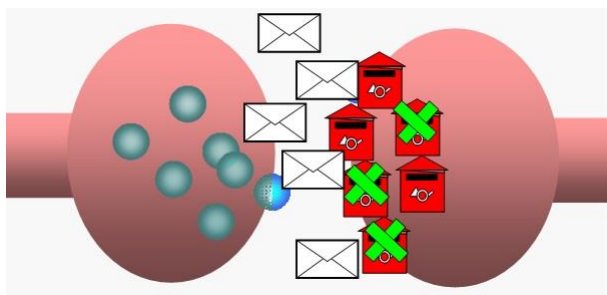
První nervová buňka vysílá dopamin (modrá kulička), druhá nervová buňka má připravený receptor



Tedy cílem je obnova správné komunikace mezi neurony.

Pokud chce předat informaci jeden neuron druhému, vyplaví se ze zakončení prvního neuronu posel dopamin, přejde přes štěrbinu a naváže se na přijímač (receptor) na povrchu druhého neuronu. Tím se v druhém neuronu spustí řetězec dalších dějů a informace jde dál. Pro názornost si představme každý receptor jako dopisní schránku a dopamin jako dopis, „posla s informací“. Chce-li jeden neuron předat informaci druhému, musí mu ji vhodit do schránky. Když je ale dopaminu mnoho, a jeho činnost je chaotická, jako je tomu u psychózy, je zapotřebí schránky chránit před přetížením. Proto použijeme antipsychotika, která některé schránky zalepí a ty jsou ochráněny před záplavou dopisů (dopaminu).

Dopamin jako dopis, který nese informaci do přijímače – poštovní schránky. Antipsychotikum jako zelené lepítko chrání schránky před přetížením.



2.2.2.2. Čím se antipsychotika navzájem liší a co mají společného?

Všechna antipsychotika mají jednu společnou charakteristiku, regulují dopamin. V ostatních charakteristikách se liší. Odlišnost je v tom, že každé antipsychotikum ovlivňuje kromě dopaminu i další nervové přenašeče. Již jsme uvedli, že pro pochopení účinku antipsychotik u psychóz je třeba porozumět roli dopaminu v limbickém systému. Ale dopamin není jediný nervový přenašeč v lidském mozku. Aby mohl správně plnit všechny své funkce, musí dopamin spolupracovat s dalšími nervovými přenašeči. Nejvýznamnějším spolupracovníkem je serotonin, o kterém je známo, že reguluje náladu, spánek, či chuť k jídlu a také se může podílet na vzniku halucinací. Svůj význam při spolupráci s dopaminem má i acetylcholin, adrenalin, noradrenalin, histamin a další. Antipsychotika se liší v tom, nakolik ovlivňují právě tyto ostatní nervové přenašeče. A podle toho pak účinkují v lidském organismu. Všechna antipsychotika mají hlavní žádoucí účinek: odstraňují psychózu a brání jejímu návratu (relapsu). Ale také mohou u některých lidí vyvolat řadu nežádoucích účinků, jako například ztuhlost, třes, pocit vnitřního napětí, zvýšené pnutí v prsou, poruchu menstruačního cyklu, poruchy sexuálních funkcí, rozostřené vidění, zácpu, útlum, zvýšenou chuť k jídlu. Různá antipsychotika mají různé nežádoucí účinky. Jenže bez antipsychotik se z psychózy člověk uzdravuje jen těžko. Případné nežádoucí účinky jsou tak trochu daní za psychické zdraví. Navíc, každý člověk snáší různá antipsychotika různě. Zkrátka u každého funguje něco trochu jiného, proto je antipsychotik tolik a proto někdy trvá delší dobu, než se najde to pravé.

2.2.2.3. Jaká je dávka antipsychotika a jak dlouho se má užívat?

Pro každý lék je určená doporučená denní dávka a maximální denní dávka. Léky se nasazují postupně, hledá se optimální množství, které pomůže proti psychóze a nevyvolává výrazné nežádoucí účinky. Taková dávka by se prvních 6 měsíců po nasazení neměla měnit. Během týdnů mizí bludy a halucinace, ale účinek léků na náladu, prožívání, chuť do života a schopnost konstruktivně řešit problémy se projeví až za měsíce. Z toho plynou i doporučení o délce užívání. První pravidlo je, že antipsychotika se užívají tak dlouho, dokud trvají příznaky. Druhé pravidlo vychází ze znalosti preventivního účinku antipsychotik – vzpomeňte si na dopamin v limbickém systému, který má u psychóz tendenci čas od času kolísat v aktivitě – a proto je třeba určitý počet receptorů (schránek) preventivně zalepit. Proto je po první atace psychózy vhodné užívat tyto přibližně rok, optimálně alespoň dva roky. Po dalších epizodách psychózy alespoň 2 roky. Jsou i nemocní, u kterých ukončení farmakoterapie vyvolá rychle zhoršení stavu a kteří by tedy měli užívat antipsychotika neomezeně dlouho.

2.2.2.4. Rozdělení antipsychotik:

Dělíme je do dvou skupin:

1. generace - tzv. klasická nebo typická antipsychotika

Způsobují silný psychický i motorický útlum, tlumí neklid a agresivitu, ale nemusí být dostatečně účinná při léčbě negativních příznaků.

Klasická antipsychotika	
účinná látka	obchodní názvy

chlorpromazin	Plegomazin
levomepromazin	Tisercin
haloperidol	Haloperidol-Richter
chlorprothixen	Chlorprothixen
flupentixol	Fluanxol
Zuklopenthixol	Cisordinol
Flufenazin	Moditen

Tyto léky mají řadu nežádoucích účinků:

Celkový útlum, sucho v ústech, únava, nepozornost, postižení kognitivních funkcí, sexuální poruchy (sexuální dysfunkce a negativní ovlivnění prožívání sexuality výrazně zhoršuje kvalitu života nemocných a velmi často bývá jedním z důvodů, proč lidé tyto léky odmítají), úbytek bílých krvinek, toxicita při předávkování. K nejčastějším nežádoucím účinkům patří parkinsonismus. Nejzávažnější, ale naštěstí velmi vzácný je maligní neuroleptický syndrom.

Parkinsonismus

Příznaky jsou podobné jako u Parkinsonovy nemoci. Nejnápadnější bývá třes rukou. Někdy dochází ke zpomalení a zmenšení rozsahu pohybů (krátké kroky, chybí souhyby horních končetin). Vzniká také nestabilita. Je zde neschopnost plynule vyrovnávat rovnováhu - nemocný vyrovnává těžiště zrychlujícími se krátkými kroky vpřed nebo vzad. Bývá také neschopnost zůstat v bdělém stavu bez pohybu (přešlapování na místě). Řeč je pomalá, monotónní, ztišená, dochází ke zmenšování písma v průběhu řádků. Při vysazení nebo snížení dávky antipsychotika tyto příznaky většinou rychle ustoupí.

Někdy však vzniká tardivní dyskineze (vůlí neovlivnitelné pohyby rukou, nohou, trupu, grimasování, žvýkání, vyplazování jazyka) či tardivní dystonie (ztuhlost či křeč svalů), které mohou přetrvávat i mnoho měsíců po vysazení léků, které je způsobily.

Maligní neuroleptický syndrom¹

Je velmi vzácný, ale život ohrožující stav. Nejčastěji byl způsoben léky haloperidol a chlorpromazin. Riziko vzniku syndromu je vyšší u pacientů užívajících dlouhodobě velmi vysoké dávky a u pacientů, jejichž dávky léků byly v nedávné době výrazně zvýšeny. Rizikovější jsou pacienti, kteří jsou vyčerpáni, dehydrováni či oslabeni nějakou infekcí. Předpokládá se i jistá geneticky podmíněná vnímavost k antipsychotikům. Přesný mechanismus vzniku syndromu není dosud plně pochopen. Zjednodušeně lze říci, že neuroleptika způsobí nerovnováhu ve vnitřním prostředí organismu a to zejména v tzv. mozkových neuromediátorech.

Syndrom se začne projevovat křečemi svalů a třesem celého těla. Krevní tlak se může nekontrolovatelně zvýšit a může vyvolat srdeční selhání. Úporný svalový třes vyrábí velké množství

¹ Vzhledem k omezování používání typických antipsychotik, která ho vyvolávají, a v neposlední řadě také výraznému snížení doporučených dávek těchto léků se výskyt nadále snížil. Jde tedy spíše o klinickou zajímavost než reálné nebezpečí. Při výkladu rodinným příslušníkům zvažte, zda maligní neuroleptický syndrom vůbec zařadit.

tepla a nemocnému se zvýší tělesná teplota – mnohdy do kritických hodnot nad 40°C. Svaly se začnou ničit, rozpadající se svalové vlákna mohou poškodit ledviny. Prudce se zhoršuje celkový stav, který může snadno přejít do kómatu, které vyústí ve smrt. Většinou je nutná hospitalizace na oddělení intenzivní péče, monitorace základních životních funkcí, agresivní tlumení horečky a hydratace. Dojde-li k závažnému poškození ledvin, může být indikována dočasná dialýza.

2. generace tzv. atypická neuroleptika

Nežádoucí účinky jsou u nich mnohem mírnější a méně časté, působí i při terapii negativních symptomů (autismus, nedostatek pevné vůle, emoční a afektivní oploštěnost). Jsou účinná i u některých pacientů, kde terapie klasickými antipsychotiky nevedla ke zlepšení stavu.

Atypická antipsychotika	
účinná látka	obchodní názvy
risperidon	Risperdal, Risper, Medorisper, Rileptid, Risepro, Rispera, Risperidon Actavis, Risperidon-Ratiopharm, Rispolux, Risset, Rorendo Oro Tab
ziprasidon	Zeldox
olanzapin	Zyprexa, Zyprexa, Velotab
quetiapin	Seroquel, Kventiax, Quetiapin Merck, Quetiapine Orion, Ketilept, Quetiapin-Ratiopharm, Quetiapin Pliva, Quetiapin Sandoz, Quetiapine Lannacher
klozapin	Leponex
sulpirid (dobou uvedení na trh odpovídá typickým antipsychotikům, účinky jde ale o atypikum)	Dogmatil, Prosulpin
ariprazol	Abilify
amisulprid	Solian
zotepin	Zoleptil
sertindol	Serdolect
paliperidon	Invega

Atypická antipsychotika a metabolický syndrom

U psychiatrických nemocných je prokázána zvýšená nemocnost a úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění. Nemocní se schizofrenií, depresí či bipolární poruchou mají omezenou fyzickou aktivitu, rizikové složení stravy a je mezi nimi velké procento kuřáků. Duševní onemocnění jako je schizofrenie, deprese či bipolární porucha jsou spojena s některými metabolickými poruchami charakterizujícími metabolický syndrom. (MetS) Za hlavní komponenty MetS jsou považovány obezita, inzulínová rezistence (tj. sníženou schopnost tkání reagovat na inzulín, důsledkem je diabetes mellitus 2. typu - cukrovka), zvýšený krevní tlak. Tato rizika jsou ještě zvyšována působením některých léků, zejména tzv. atypických antipsychotik.

Hmotnostní nárůst je pozorován téměř po všech antipsychotících. Proto je nezbytné hmotnost sledovat a dodržovat zdravý životní styl – stravování a pohyb. Je možné se také přihlásit do Programu

pro dobré zdraví např. v Psychiatrickém centru v Praze (10 ti hodinový, bezplatný, skupinový edukační program vedený vyškolenou zdravotní sestrou), zaměřený na zdravou životosprávu.

Dyslipidemie (zvýšení hladiny krevních tuků)

Mechanismus tohoto jevu není zcela jasný. Na zvýšení hladiny lipidů se samozřejmě podílejí také vlivy dietní, genetické a vlivy ostatních současně podáváných léků. Tento nežádoucí účinek je častější u klozapinu, olanzapinu a qentiapinu, zatímco ziprasidon, ariprozol a risperidon patrně dyslipidemii nezpůsobují nebo jen velmi vzácně.

Proto je velmi důležité, aby nemocný, který užívá léky proti psychóze, pravidelně navštěvoval svého psychiatra a praktického lékaře. U nemocného by měl být tělesný stav kontrolován 1x za 3 měsíce (hmotnost, viscerální obezita, TK, extrapyramidové příznaky a projevy tardivních dyskinez, sexuální dysfunkce). Laboratorní a EKG vyšetření u pacienta se schizofrenií by mělo být provedeno nejméně jednou ročně. Laboratorní vyšetření by mělo být provedeno také vždy před nasazením antipsychotika.

Tělesné zdraví u lidí trpících duševní poruchou bývá velmi často zanedbáváno. Pokud máte pocit, že se ošetřující lékař nevěnuje této otázce dostatečně pečlivě, upozorněte ho na to, a když se jeho přístup nezmění, zvažte změnu lékaře.

2.2.2.5. Depotní forma podání antipsychotik

Účinek antipsychotik je často redukován tím, že je nemocný neužívá dle rady lékaře. Tento problém lze někdy řešit použitím depotní formy léku.

Depotní preparáty jsou obvykle injekční a udržují účinnou hladinu léku minimálně 7 dní po aplikaci dávky. Je zde možnost užití menší dávky s nižším rizikem nežádoucích účinků.

Depotní antipsychotika - typická	
účinná látka	obchodní názvy
haloperidol decanoát	Haloperidol decanoat-Richter
zuclopentixol	Cisordinol depot
flupentixol	Fluanxol depot
fluphenazin	Moditen depot

Depotní antipsychotika - atypická	
účinná látka	obchodní názvy
risperidon	Risperdal Consta
paliperidon	Xeplion

2.2.2.6. Vývoj pohledu na užívání antipsychotik

První antipsychotika byla objevena v šedesátých letech minulého století. Znamenala obrovský průlom, protože do té doby nebylo možné psychotické projevy ovlivnit jinak, než celkovým útlumem pacienta. Nadšení z jejich účinků vedlo k používání velmi vysokých dávek (dnešní doporučené maximální dávky u typických antipsychotik jsou čtyřikrát nižší, než byly v osmdesátých letech) a

nežádoucí účinky byly považováno za nutné zlo. Až po několika desetiletích se ukázalo, že zdravotní poškození způsobené těmito léky může být stejně závažné jako vlastní psychotické onemocnění.

Mimo jiné i z toho důvodu část odborné veřejnosti od sedmdesátých let užívání těchto léků začala zcela odmítat a razila názor, že psychotické onemocnění je zvládnutelné výhradně psychoterapeutickými prostředky a léky pouze škodí. Výsledky jejich přístupu však nebyly uspokojivé, takže je tento pohled dnes považován za extrémní a neodborný.

Od konce devadesátých let se na trh dostávají atypická antipsychotika, jejichž nežádoucí účinky jsou mnohem mírnější, nicméně rozhodně ne zanedbatelné (metabolický syndrom). Výzkumy, které potvrzují nežádoucí účinky atypických antipsychotik, jsou mnohem méně časté, než ty, které je vyvracejí. Je však třeba vzít v úvahu, že výzkum je v naprosté většině financován a realizován farmaceutickými firmami, které tyto léky vyrábějí.

V posledních letech přibývá odborných textů, které doporučují velmi individuální přístup k použití a dávkování antipsychotik, při kterém je třeba velmi pečlivě zvažovat potřeby nemocného (je pro tohoto nemocného důležitější bezpečí a prevence relapsu nebo je pro něj významnější nebýt ráno ospalý a utlumený a udržet si tak práci, je pro něj zásadní nemít ani ojedinělé psychotické příznaky nebo považuje za důležitější nemít výraznou nadváhu a být schopen fungovat v sexuálním vztahu) a medikaci jim přizpůsobit. Například finský přístup nazývaný „Open dialog“ považuje za zásadní aktivní roli nemocného v procesu údravy, respektování jeho voleb a preferencí, kdykoli je to z hlediska bezpečnosti možné, a mimo jiné doporučuje také používání antipsychotik v co nejnižších dávkách a po co nejkratší dobu.

2.2.3. Antidepresiva

Deprese je závažné duševní onemocnění, které je charakteristické patologickým zhoršením nálady. V současné době se v psychiatrii používá spíše pojem afektivní porucha. Může probíhat ve formě bipolární afektivní poruchy (střídá se deprese a mánie) nebo ve formě poruchy unipolární (pouze deprese). Uvádí se, že jednou za život onemocní depresí až 10 % populace. Příznaky deprese bývají různě závažné. V nejtěžších případech pacient hluboce trpí pro své domnělé chyby nebo nedostatky, není schopen rozhodování a pomýšlí na sebevraždu. Právě vzhledem k možnosti sebevraždy je třeba pohlížet na depresi jako na potenciálně život ohrožující onemocnění.

Hlavní formou léčby deprese je farmakoterapie. Léky účinné v terapii tohoto onemocnění nazýváme antidepresiva. Ostatní skupiny psychofarmak mohou mít u deprese v některých případech také svůj význam, například anxiolytika, je-li deprese spojená s úzkostnými stavy, nebo stabilizátory nálady používané k ochraně proti střídání depresivních a manických fází u bipolárních poruch. Všechny ostatní metody jsou spíše pomocné. Nástup účinku všech antidepresiv je pomalý, v řádu týdnů. Léčba depresivní epizody obvykle trvá 4 – 6 měsíců.

2.2.3.1. Použití antidepresiv

Některá antidepresiva se používají k léčbě bolesti.

Kormě unipolární a bipolární afektivní poruchy se antidepresiva v psychiatrii používají k léčba úzkostných poruch jako je panická porucha a agorafobie, sociální fobie, obsedantně kompulzivní porucha, posttraumatická stresová porucha, generalizovaná úzkostná porucha.

Dále je možnost využití antidepresiv u závažné nespavosti.

Některé látky se využívají i u dětí s hyperkinetickou poruchou (ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder).

2.2.3.2. Nežádoucí účinky antidepresiv

Užívání antidepresiv je spojeno i s nežádoucími účinky jak somatickými, tak i psychickými. Zavedení nových antidepresiv ze skupiny SSRI vedlo k rozšíření antidepresivní farmakoterapie zejména proto, že jejich nežádoucí účinky jsou výrazně slabší a méně časté. Nicméně většina nežádoucích účinků je shodná pro všechna antidepresiva a rozdíly mezi nimi jsou spíše v kvantitě než kvalitě.

Společné nežádoucí účinky antidepresiv lze poněkud nepřesně a zjednodušeně rozdělit do několika skupin syndromů:

centrální- ospalost, poruchy pozornosti

neurologické – bolesti hlavy, třes

psychické – riziko sebevraždy, když dojde ke zlepšení psychomotorického tempa a motivace před odezněním sebevražedných tendencí.

sexuální – pokles libida, anorgasmie a někdy i erektilní dysfunkce.

histaminové a serotoninové – především přírůstek hmotnosti.

2.2.3.3. Dělení antidepresiv

Podle mechanismu účinku rozdělujeme antidepresiva do dvou základních skupin. Inhibitory zpětného vychytávání monoaminů, dříve nazývané thymoleptika, a inhibitory zpětného vychytávání serotoninu.

Inhibitory zpětného vychytávání monoaminů

Tricyklická antidepresiva (TCAD) představují nejstarší, tzv. první generaci thymoleptik. Jsou charakteristické významnými nežádoucími účinky, včetně rizika závažných srdečních arytmií. V psychiatrii jsou dnes považovány za zastaralá, stále však mají své místo v léčbě chronických bolestí. Příklady : Amitriptylin, Anafaranil, Prothiaden, Noveril.

Tetracyklická a heterocyklická antidepresiva byla vyvinuta ve snaze omezit nežádoucí účinky první generace thymoleptik, především anticholinergní. To se však podařilo jen do určité míry.

Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI – *Selective Serotonin Reuptake Inhibitors*)

byly skutečným krokem vpřed v terapii depresí. Jsou to látky s minimem nežádoucích účinků, rychlejším nástupem účinku a lepší účinností, než měla starší antidepresiva. Prototypovou látkou je fluoxetin (Prozac, Deprex), dalšími významnými představiteli jsou citalopram (Seropram, Citalec) a fluvoxamin. Novým rizikem je výskyt tzv. serotoninového syndromu, který se objevuje zejména při předávkování nebo podání dvou látek se serotoniním účinkem současně.

Nejnovější rodina antidepresiv, někdy označovaná jako čtvrtá generace, zahrnuje nesourodou skupinu léčiv, která ovlivňují několik mediátorových systémů. Můžeme sem zařadit například venlafaxin. Účinky jsou velmi podobné lékům ze skupiny SSRI, někdy mohou být účinné tam, kde použití SSRI nepřineslo významný efekt.

2.2.3.4. Kontraindikace antidepresiv

Antidepresiva je nutno vysadit u mánie, velkého psychomotorického neklidu, deliria. Některá antidepresiva nelze použít, pokud má nemocný glaukom (zelený zákal) nebo některé typy kardiovaskulárních potíží.

Závěrem je třeba zmínit, že v některých evropských zemích je většina depresí léčena praktickými lékaři, kteří psychiatrům předávají pouze komplikovanější případy. V ČR bylo donedávna zvykem, že léčbu depresí vedli výhradně psychiatři. Mimo jiné i pro jejich přetíženost došlo před několika lety k uvolnění pravidel a některá antidepresiva (především ze skupiny SSRI) nyní mohou předepisovat i praktičtí lékaři. Psychiatři ve svých textech tuto změnu často komentují velmi negativně a neberou v úvahu skutečnost, že praktičtí lékaři jsou vybaveni stejnými informacemi k použití těchto léků a stejným vzděláním potřebným k tomu, aby těmito informacím.

2.2.4. Hypnotika

Hypnotika jsou látky, které se užívají především v terapii nespavosti. Ovlivňují negativním způsobem bdělost. Součástí terapie nespavosti je nejen poskytnutí hypnotika, ale současně zabránit jeho dlouhodobému nebo dokonce trvalému užívání. U nespavosti provázející jiná onemocnění se často používají látky ovlivňující onemocnění základní. U bolestivých stavů mohou spánek zajistit analgetika, u nespavosti, která doprovází deprese, se využívají antidepresiva. Hypnotika vždy představují symptomatickou léčbu, která nemá trvat déle než 14 dnů, protože hrozí riziko závislosti. V malých dávkách vedou hypnotika ke snížení pocitu strachu a napětí (anxiolytika) a k ospalosti, vyšší dávky vyvolávají spánek a ještě vyšší dávky vedou k hlubokému bezvědomí a poruše dechového centra.

Hypnotika se většinou dělí podle chemické struktury a uvnitř skupiny pak podle délky účinku. Lékem volby jsou dnes benzodiazepiny, které vytlačily dříve užívané barbituráty. Barbituráty měly více nežádoucích a nebezpečnějších účinků než benzodiazepiny. Léková závislost může vzniknout na kteroukoliv látku s tlumivými účinky.

2.2.4.1. Skupiny hypnotik

Barbiturátová hypnotika přestala být používána

Benzodiazepiny patří mezi relativně bezpečné látky. Z nežádoucích účinků jsou nejčastější závratě, bolest hlavy, pocit prázdné hlavy, deprese, zmatenost, změny libida, retence moče, zamlžené vidění, gastrointestinální poruchy, žloutenka a vzácněji poruchy krevního obrazu. Mezi nejznámější látky této skupiny patří nitrazepam (Nitrazepam), flunitrazepam (Rohypnol), midazolam (Dormicum).

Hypnotika třetí generace se strukturálně liší od benzodiazepinů, ale mechanismus účinku je podobný. Do této skupiny patří zolpidem (Stilnox) a zopiclon (Zopiclon).

Mezi závažné, výše neuvedené, účinky patří útlum dechového centra při předávkování, alergie (zvláště kožní vyrážky), hepatitida, městnání žluči a fotosenzibilita.

Ostatní nebarbiturátová hypnotika

Do této skupiny patří všechna hypnotika nezařazená mezi benzodiazepiny a barbituráty. Mnohá z nich byla připravena ve snaze nalézt léky méně toxické. Toto očekávání však uvedené látky nesplnily. Patří zde např. chloralhydrát. Jako léky na spaní jsou dnes využívány velice zřídka.

2.2.4.2. Lékové závislosti

Sedativa a hypnotika patří mezi nejčastěji předepisované psychoaktivní látky v lékařské praxi. Poruchy, spojené s užíváním těchto látek jsou velmi časté. Vzhledem k tomu, že se jedná o legálně vyráběné, distribuované a užívané látky, nejsou vnímány pacienty, lékaři, lékárníky a dalšími zainteresovanými osobami jako rizikové, resp. riziko, spojené s jejich užíváním, je vnímáno jako nízké. Řada sedativ a hypnotik je též zneužívána osobami závislými na jiných drogách. Největší význam mají benzodiazepiny. Základní látkou této skupiny je diazepam, který je u nás, také nejčastěji zneužíván. Za poslední roky narůstá počet závislých na lécích na spaní jako zolpidem, zopiklon (HYPNOGEN, STILNOX, SONATA, EANOX, APO-ZOLPIDEM, ZOLPINOX). Přesné údaje o výskytu závislosti na sedativech a hypnoticích nelze získat, neboť jen část pacientů s touto diagnózou je pro závislost léčena, značná část závislých se neléčí, resp. pokračuje ve zneužívání léků a jedná se u nich prakticky o trvalou aktivní závislost. Jedná se o závislosti velmi úporné a obtížně léčitelné.

Škodlivé nadužívání sedativ nebo hypnotik může vyvolat paradoxně poruchy, pro které bylo jejich užívání zahájeno, tzn. poruchy spánku, neklid, úzkosti, deprese. Při dlouhodobém užívání hrozí riziko poruch kognitivních funkcí až možná ztráta paměti.

Rychlý vznik závislosti na benzodiazepinech (za 4 až 6 týdnů) je pravděpodobnější u osob závislých na alkoholu nebo opioidech.

2.2.4.3. Odvykací stav

Odvykací stav může probíhat dramaticky zejména při náhlém vysazení vysokých dávek sedativ nebo hypnotik. Druhý nebo třetí den po vysazení či výrazné redukci dávek se objevuje třes, tachykardie, nauzea, zvracení, psychomotorický neklid, bolesti hlavy přechodné zrakové nebo taktilní iluze nebo halucinace, malátnost, pocity slabosti, posturální hypotenze. Potíže jsou subjektivně velmi nepříjemné a mohou trvat i několik týdnů.

2.2.4.4. Akutní intoxikace

Akutní intoxikace je někdy hodnocena jako opilost. Přítomná je euforie, odbržděnost (změna v sociálním chování – vulgárnost, slovní a fyzická agresivita), emoční labilita, či naopak útlum a apatie, zhoršení pozornosti a psychomotoriky - kolísavá chůze, poruchy ve stoji, setřelá řeč, nystagmus (rychlé trhavé pohyby očí), porucha vědomí, kožní potíže. Při těžké intoxikaci může dojít k útlumu CNS, hypotenzi, hypotermii a útlumu dýchání. Jedná se o život ohrožující stav, vyžadující intenzivní resuscitační péči.

Jako protijed při intoxikacích benzodiazepiny se používá flumazenil (Anexate).

2.2.5. Anxiolytika

Jsou léky proti úzkosti (anxieta) a depresivním stavům. Anxiolytika mají také účinky tlumivé a protikřečové a snižují svalové napětí. Záleží na daném léku, která ze složek bude více patrná. Chemicky jde o většinou stejné nebo velmi podobné molekuly (benzodiazepiny) jako u hypnotik, jsou však podávána v nižších dávkách. Přesto u nich hrozí vznik závislosti a užívání těchto léků by mělo být omezeno vždy jen na nezbytně nutnou dobu, i když někdy není možno vyhnout se nutnosti užívat je dlouhodobě. Kromě vzniku závislosti je u nich nejzávažnějším problémem život ohrožující intoxikace při předávkování.

2.2.5.1. Použití anxiolytik

generalizovaná úzkostná porucha, panická porucha, úzkostné fobické poruchy, smíšená úzkostně-depresivní porucha, akutní psychické reakce na stres a posttraumatická stresová porucha

Často se přípravky tohoto typu léčí somatické potíže, které souvisí s úzkostnými stavy jedince. Anxiolytika se tedy nasazují i v případech jako je bušení srdce, nadměrné pocení, průjemy a další jevy psychosomatického původu.

2.2.5.2. Rozdělení anxiolytik

Nebenzodiazepinová

Gaujacuran, Atarax, Busperion
Velmi slabý účinek

Benzodiazepinová

dlouhý vylučovací poločas (18 hodin a víc)
diazepam (Diazepam), klonazepam (Rivotril)
středně dlouhý vylučovací poločas (12-18 hodin)
oxazepam (Lexaurin), alprazolam (Neurol)
krátký poločas vylučování (méně než 12 hodin)
triazolam (Halcion), midazolam (Dormicum)

2.2.6. Stabilizátory nálady (thymoprofylaktika, thymostatika)

Léky snižující pravděpodobnost vzniku manických, depresivních, smíšených epizod, případně snižují jejich frekvenci a intenzitu. Užívají se pouze v obdobích mezi epizodami, při rozvinutém depresivním nebo manickém stavu již nemají žádný efekt.

2.2.6.1. Lithium

Lék s poměrně nezávažnými a vzácnými nežádoucími účinky, je však velmi citlivý na pravidelné a přesné užívání. Dávku je nutno stanovit individuálně (závisí na funkci ledvin) měřením hladiny léku v krvi. Terapeutické rozmezí je velmi úzké (0,8-1,2 mikromol/litr), pod touto hladinou je lék prakticky bez účinku, nad způsobuje potíže z předávkování (sucho v ústech, průjemy, žaludeční obtíže).

2.2.6.2. Některá antidepileptika

Karbamazepin, Valproát, Lamotridin

Méně citlivá na přesné dávkování, ale u části pacientů bez žádoucího efektu. Řada nemocných si stěžuje na pocity otupělosti a zhoršeného soustředění.

2.2.7. Nefarmakologické možnosti léčby u psychicky nemocných

2.2.7.1. Elektrokonvulzivní terapie (ECT)

Elektrokonvulzivní terapie (veřejností někdy nazývána elektrošoky) je způsob léčby psychických poruch, při kterém krátký impuls elektrického proudu projde mozkem pacienta. Tento impuls vyvolá umělý epileptický záchvat. Průběh záchvatu, resp. jeho motorických projevů, je zmírněn myorelaxancii - látkami navozující svalové uvolnění.

Poprvé byla ECT aplikována na člověka v roce 1937 italským lékařem Ugem Cerlettiem. Stala se populární léčebnou metodou v období let 1940 - 1960 (neuroleptika a antidepressiva nebyla ještě tolik rozšířená), ale brzy u veřejnosti vyvolávala obavy. Důvodem bylo masivní nadužívání v psychiatrických zařízeních k léčbě např. alkoholismu nebo akutního psychotického neklidu, kde nedávala pozitivní výsledky. Taktéž byla děsivým zážitkem pro pacienty, kteří byli při aplikaci impulzu při vědomí a tedy cítili bolest. Během záchvatu s výraznými křečemi si také často způsobili zranění (zlomeniny, svalové či šlachové ruptury).

V současnosti není ECT tak nepříjemná. Provádí se na rozdíl od minulosti v celkové anestézii (obvykle thiopental) a jsou také podávány léky (obvykle sukcinylcholinjodid), které tlumí svalové křeče a minimalizují tak riziko zranění. Používá se minimální proud, protože léčivý efekt má samotný záchvat, nikoli elektrický proud.

ECT bývá aplikováno v sériích (6-12 aplikací) v odstupu 2-3 dny, ve velmi závažných případech denně.

Hlavním nežádoucím účinkem jsou poruchy paměti a soustředění. Podle některých pramenů jsou přechodné a upraví se do několika týdnů, jiné zdroje jsou podstatně pesimističtější a připouštějí, že poškození paměti může být dlouhodobé nebo dokonce trvalé. Řada pacientů z padesátých let, kteří absolvovali často i několik set aplikací, měla zjevné známky organického poškození mozku.

K rizikům ECT patří také opakovaná anestesia, která představuje nezanedbatelnou metabolickou zátěž a mohou při ní nastat další závažné problémy (například vdechnutí zvratků), které mohou ohrozit zdraví a někdy i život nemocného.

V řadě zemí musí pacient s ECT souhlasit a podepsat informovaný souhlas. V ČR zatím není tato podmínka vymezena zákonem, ale v některých psychiatrických zařízeních je informovaný souhlas pacienta požadován, v jiných nikoli. Je také řada psychiatrických oddělení v ČR, kde ECT nepoužívají vůbec.

Indikace k ECT léčbě

- těžká deprese nebo deprese s bludy
- značné riziko sebevraždy
- kontraindikace medikamentózní léčby
- nedostatečná odpověď na farmakoterapii

Před psychofarmaky se ECT upřednostňuje v těchto případech:

v případě nutného zásadního a urychleného zlepšení zdravotního stavu (hrozba metabolických poruch)
v případě, kdy je riziko ECT nižší než u psychofarmak (těhotenství)
když se ECT v minulosti u pacienta již osvědčila
pacient sám preferuje užití ECT

2.2.7.2. Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS)

Používá se zatím experimentálně u pacientů s rezistentními sluchovými halucinacemi nebo u pacientů s depresivními poruchami. Technologie je založena na stimulaci neuronů mozkové kůry principem magnetické indukce za použití krátkodobých pulsů silného magnetického pole. Snahou je laicky řečeno narušit aktivitu, která vznikla ve sluchovém centru a trvá.

2.2.7.3. Psychoterapie

Cílem psychoterapie je zmírnit nebo odstranit chorobné příznaky, zlepšit zvládání zátěže, zlepšit sebehodnocení, případně napomoci vývoji osobnosti nemocného. Psychoterapie je velmi rozsáhlé téma, kterému je v kurzu věnován samostatný blok.

2.2.7.4. Sociální rehabilitace

Obnovuje sociální dovednosti nemocného (starat se o domácnost, navštěvovat lékaře, vyřizovat úřední záležitosti, navštěvovat kulturní akce, setkávat se s přáteli aj.)

2.2.7.5. Pracovní rehabilitace

Pomáhá nemocným v návratu na trh práce.

2.2.7.6. Psychoedukace

Jde o podávání informací nemocným a rodinným příslušníkům o nemoci a léčbě.

2.2.7.7. Svépomoc či vzájemná pomoc

Svépomocné skupiny (což jsou malé skupiny lidí, kteří si poskytují navzájem podporu a pomoc) výrazně přispívají ke stabilizaci stavu a zotavení.

2.2.8. Závěr

Volba léčebného postupu se liší podle fáze onemocnění a také podle závažnosti onemocnění. V akutních stavech je prioritou rychlá stabilizace stavu – podávání léků, spolupráce s rodinou, komunikace s odborníky (lékař, CM) v některých situacích je řešením hospitalizace. V době, kdy se stav začíná stabilizovat, lze využívat psychoterapeutických metod, sociální rehabilitace a dalších postupů. Důležité je vědět o všech možnostech léčby, využívat v určité době tu správnou, případně kombinovat více možností.

2.3. Psychoterapie

Není reálné ve vymezeném čase podat ucelený přehled o tak rozsáhlém, složitém a různorodém tématu, kterým je psychoterapie. Pokusili jsme se proto zaměřit se hlavně na psychoterapii lidí trpících psychotickou poruchou.

Psychoterapie představuje zvláštní druh psychologické intervence působící na duševní život, chování člověka, jeho meziosobní vztahy i tělesné procesy tím způsobem, že navozuje žádoucí změny a tak podporuje uzdravu či znesnadňuje vznik a rozvoj určité poruchy zdraví (Vymětal, 2004).

Psychoterapie je léčebné působení psychologickými prostředky na nemoc, poruchu nebo anomálii, které má odstranit nebo zmírnit potíže a podle možnosti odstranit jejich příčiny. V jejím průběhu dochází ke změnám v prožívání a chování pacienta (Kratochvíl, 2012).

Praško a kol. (2007) uvádí, že psychoterapie pomáhá obnovit přirozený pocit kontroly nad svým vnímáním, myšlenkami a představami, tělesnými reakcemi, emocemi a chováním.

2.3.1. Kdo je psychoterapeut?

Psychoterapeut je odborník, který poskytuje psychoterapii v oblasti zdravotnictví anebo mimo ně.

Stanovisko Evropské asociace psychoterapeutů zní takto: psychoterapeutem se stává a psychoterapii může vykonávat ten, kdo absolvoval kompletní výcvik v psychoterapii, který sestává z teoretického vzdělávání, sebezkušenostní části a praxe pod supervizí. Celkový počet hodin vzdělávání v psychoterapii nesmí být menší než 3200 hodin rozložených nejméně do 7 let. První 3 roky (přesněji nejméně tři roky) odpovídají teoretické přípravě na vysoké škole, kde se získá většina z počtu hodin teoretické části. Jedná se vysokoškolské vzdělání v některé pomáhající profesi (medicína, psychologie, sociální práce apod.). Další 4 roky trvá vlastní systematický výcvik v psychoterapii. Sebezkušenostní část výcviku musí být minimálně 250tihodinová. V rámci zmíněných 7 let výcviku získává frekventant minimálně dva roky zkušenosti v praxi pod kontinuální supervizí (Informační server české psychoterapie, 2012).

Pro práci ve zdravotnictví (kde je psychoterapie hrazena pojišťovnou) je v současné době kromě psychoterapeutického vzdělání podmínkou následující vzdělání:

medicína + atestace z psychiatrie (výjimečně z jiného oboru) + funkční specializace (certifikovaný kurz) z psychoterapie,
psychologie + atestace z klinické psychologie + funkční specializace (certifikovaný kurz) z psychoterapie (PVŠPS, 2014).

2.3.2. Kdy může psychoterapie pomoci?

Použitelná je prakticky u všech diagnostických okruhů, nicméně e třeba uvědomovat si že některé stavy či problémy představují významné omezení použitelnosti:

Nízká motivace
Nízký intelekt omezující schopnost porozumět
Akutní psychotická symptomatologie výrazně omezující kontakt s realitou

U psychóz je psychoterapie lépe použitelná po odeznění akutní ataky, ve fázi rehabilitace, zotavování.

Nejvýznamnější efekt lze očekávat u klientů poprvé hospitalizovaných, tj. při první atace jejich nemoci (Strossová, 1984).

2.3.3. Hlavní psychoterapeutické směry

2.3.3.1. Psychoanalýza

Orientuje se na proces překonání ztrát, které klient zažil, a vyrovnání se s nimi.

Cílem je „normalizace“ života klienta mimo terapii, zlepšení vztahů, jeho fungování – „psychóza“ se odehrává více v terapeutických sezeních. Postupně dochází k diferenciaci a individuaci klienta, který je více schopen snášet oddělenost a ambivalenci vůči terapeutovi (Pěč a Probstová, 2009).

V některých pramenech bývá uváděno, že psychoanalýza není pro pacienty s psychózou vhodná. Taková generalizace je jistě přinejmenším nepřesná. Pro část psychotických pacientů může být psychoanalýza přínosem. Faktem ovšem zůstává to, že tento typ léčby nebývá vždy dobře dostupný, protože psychoanalyticky orientovaných terapeutů pracujících s psychotickými pacienty je poměrně málo. Problémem může být i ekonomická stránka, protože psychoanalýza je dlouhodobá a většinou není hrazena zdravotními pojišťovnami v plném rozsahu.

2.3.3.2. Kognitivně behaviorální terapie (KBT)

Praško a kol. uvádí, že KBT obvykle relativně krátká, od počátku časově omezená. Je strukturovaná a převážně direktivní, v tom smyslu, že je zaměřena na zvládnutí konkrétních problémů a dosažení dohodnutých cílů. Vztah mezi terapeutem a pacientem je vztahem vzájemné spolupráce. Základem je otevřená aktivní spolupráce. Terapeut poskytuje klientovi veškeré informace, vysvětlí mu smysl každého terapeutického postupu. Terapeut je otevřený, empatický a akceptující. Používá pouze pojmy, kterým pacient rozumí, nesnaží se pacienta manipulovat. Od klienta očekává, že bude k řešení svých problémů přistupovat aktivně, bude otevřeně sdělovat a zaznamenávat své myšlenky, emoce a zážitky a bude ochoten zkoušet nové způsoby myšlení a chování. KBT vychází z ucelené teorie vzniku a udržování psychických poruch. Opírá se o poznatky teorie učení a kognitivní psychologie. Zaměřuje se na řešení přítomných problémů. I když poznání podmínek, za nichž problém vznikl, a proces jeho rozvoje je součástí vyšetření a analýzy problému, nejvíce času se v terapii věnuje řešení současných problémů a překonání vnějších a vnitřních faktorů, které problémy udržují. Při formulaci cílů se stejně jako u formulace problémů snaží, aby byly konkrétní, funkční, praktické a aby bylo možné určit, zda jich bylo, nebo nebylo dosaženo. KBT se zaměřuje na konkrétní změny v životě. Pro zhodnocení těchto změn a účinnost terapie využívá jednak různé hodnotící škály, jednak klient nacvičuje mezi sezeními nové způsoby chování a zvládání problémů (tzv. domácích úkolů). KBT je edukativní a jejím konečným cílem je samostatnost klienta. Klient pravidelným procvičováním získává určité dovednosti, učí se zvládat vnitřní stavy i vnější situace a úspěšným zvládáním obávaných situací zvyšuje pocit vlastní zdatnosti a své sebevědomí. Postupně dokáže své problémy úspěšně zvládat a přestává terapeuta potřebovat.

2.3.3.3. Rogersovská terapie a preterapie

Vychází z principů terapie zaměřené na člověka (Person-Centered Approach - PCA). Umožňuje navázání a udržení kontaktu s obtížně komunikujícími lidmi. Patří mezi ně i dlouhodobě hospitalizovaní chroničtí pacienti. Kontaktní práce respektuje klientovo psychotické prožívání, nepotlačuje ani neodmítá klientovy halucinace a bludy. Je tudíž skutečným přístupem zaměřeným na klienta. Základním rysem je "směřování ke konkrétnímu" - tedy k tomu, co právě vnímáme, vidíme (konkrétní věc, pocit atd). Preterapie použitá před samotnou terapií pomůže odhalit pre-expresivní (předřečové) vyjadřování a může znovu nastolit spojení mezi prožíváním a vnímáním. Zde může terapeut pomoci s kotvením v realitě a klientovi přinést větší pocit kompetence (Janotková, 2014).

2.3.3.4. Podpůrné terapie

muzikoterapie (hudba)
psychodrama (divadlo)
psychogymnastika (pantomima)
hipoterapie (koně)
canisterapie (psi)
arteterapie (výtvarné aktivity)
ergoterapie (práce)
aromaterapie (vůně).

2.3.4. Druhy psychoterapie

individuální
skupinová
rodinná a partnerská

2.3.4.1. Individuální psychoterapie

Terapeut vytváří prostředí a připravuje podmínky pro vznik žádoucí změny u klienta, v těchto podmínkách pak působí účinné faktory a jejich působením dochází ke změně.

Základní dělení:

kausální (odstraňujeme příčiny poruchy)
podpůrná (účinné poskytnutí podpory)

Cíle:

přivést nemocného k náhledu na únikový charakter jeho potíží
překonání pocitu méněcennosti
přijetí konstruktivnějších životních postojů a plánů.

Principy:

centrem zájmu je jedinec
mezi terapeutem a klientem vzniká poměrně intenzivní vztah
asymetrický vztah na začátku terapie se později zmenšuje, od počátku musí být ale zřejmé, že vztah mezi oběma směřuje k tomu, aby byl rovnocenný
terapeut pracuje se slovem, obrazem či akcí

Metody:

Metody se různí dle psychoterapeutických směrů.

uspořádání situace: formální okolnosti (poloha klienta, frekvence a délka setkání, omezení vztahu a kontaktu)
rozhovor: rozhodující prostředek mezilidské komunikace (verbální a nonverbální)
imaginace: spontánní představy (především sny)
učení: řízené a záměrné (nácvik určitého chování či dovednosti)
relaxace: uvolnění psychického a tělesného napětí (autogenní trénink, svalová relaxace)
biofeedback: využití biologické zpětné vazby (přístroj měřící fyziologické změny umožňuje získat možnou kontrolu nad jinak obtížně přístupnými psychologickými ději)
sugestivní postupy: snaha obejít vědomou kontrolu na straně klienta (hypnóza)

na tělo zaměřené postupy: nevyužívají řeči (práce s dechem, práce se svalovým napětím)
expresivní postupy: většinou jsou doplňkové (arteterapie, muzikoterapie, psychodrama apod.)

2.3.4.2. Skupinová psychoterapie

Skupinová terapie využívá k léčebným účelům skupinovou dynamiku, tj. vztahy a interakce mezi členy a terapeutem, tak mezi členy navzájem.

Kritéria pro zařazení do skupinové psychoterapie:

problémy nacházejí se v interpersonální oblasti
osamělost, stydlivost, sociální uzavřenost, neschopnost intimních vztahů nebo lásky, přehnaná
soutěživost, agresivita, výbušnost, hádavost nebo podezřívavost
problémy s autoritou, narcismem včetně neschopnosti sdílení či empatie a s neustálou
potřebou být obdivován
jedinci s pocitem, že je nikdo nemá rád, se strachem ze sebeprosazení, submisivitou nebo
závislostí
klienti, kteří neprospívají v individuální terapii, protože mají omezenou schopnost mluvit o
některých životních událostech

Vhodné složení skupiny:

klienti z okruhu afektivních poruch obohacují skupinu schizofrenních svým lepším kontaktem a
teplejší emotivitou, skupina zase pomáhá manickým ke korekci jejich chování, povzbuzuje
depresivní apod.
různorodost skupiny po stránce pohlaví je u psychotiků velmi prospěšná, trénink v přiměřené
komunikaci s osobami opačného pohlaví (pro schizofreniky velmi důležitý), stejně tak
přítomnost dvou generací
problematická může být přítomnost klientů s problémy z okruhu neuróz a poruch osobnosti,
kteří mohou mít tendenci zneužívat psychotické členy skupiny, které často převyšují svými
komunikačními schopnostmi, sociální obratností a také sebehodnocením

Formy skupiny:

otevřená - umožňuje přijímat nové členy
uzavřená - je stále ve stejném složení po dohodnutou dobu terapie

Pro psychotiky je výhodnější otevřená forma, protože klienti, kteří v ní jsou již delší dobu, velmi dobře
působí na nově příchozí, mohou být pro ně skutečně terapeutickým činitelem, jsou jim vzorem a
ukazatelem perspektivy (Strossová, 1984).

ambulantní (docházení do ambulancí, stacionářů, komunit a psychoterapeutických středisek)
klinická (péče v nemocnicích, na klinikách)

Klinické skupiny pro psychotické pacienty mají u nás tradici od roku 1962 (Strossová, 1984), na
druhou stranu však nejsou součástí obvyklé nabídky psychiatrických nemocnic a na většině oddělení
přijímacích akutní pacienty nebývá psychoterapie dostupná.

Skupiny podle obsahu:

interakční – zabývá se děním ve skupině (vztahy mezi členy skupiny)
tematická – věnována určitému tématu (např. samota, partnerství)
biografická - zabývá se životními osudy (sdílení životních zkušeností)
Je výhodné tyto orientace ve skupině střídat.

Doba trvání skupiny:

krátkodobá – u uzavřené skupiny (délka trvání je předem dohodnuta)

dlouhodobá – u otevřené skupiny (délka trvání podléhá potřebám klientů)

Frekvence a trvání sezení:

ambulantní skupiny: 1-2X týdně

denní kliniky: 3-5x týdně

terapeutické komunity: denně

Sezení trvá obvykle mezi 45 - 90 min.

Velikost skupiny:

Nejlépe se pracuje se skupinou 8 - 12 členů, mohou být však i početnější.

Terapeutické faktory působící ve skupině:

Členství ve skupině

Emoční podpora

Pomáhání jiným

Seběprojevení

Odreagování

Otevřenost

Odpovědnost

Zpětná vazba

Získání náhledu

Nácvik nového chování

Nácvik komunikačních dovedností

Získání nových informací a sociálních dovedností

Dodávání naděje

Napodobující chování

Skupinová soudržnost

Učení předcházet případným relapsům

Terapeutický proces aneb "nahlédnutí pod pokličku":

Při úvodním představování ve skupině sdělují jednotliví členové ze svého života a onemocnění jen to, co sami uznají za vhodné.

Každý člen může být každému terapeutickým činitelem, ale u psychotiků je zde zároveň i jisté nebezpečí negativního ovlivnění. Nestává se však, že se členové navzájem podporují ve svých paranoidních bludech. Daleko častěji jedinec, který je sám ke své nemoci nekritický, logicky správně hodnotí bludné nazírání druhého. Zde je nutné skupinu usměrňovat, aby nedošlo k banálnímu "vyvracení bludů".

Ne vždy je také vhodné hlouběji rozebírat traumatické zážitky a psychotické prožitky členů.

Ve všech případech je však především důležité poskytnout jedinci oporu v realitě a pomoci mu najít perspektivu do budoucnosti. Je nutné vyzvednout zbytky jeho zdravé osobnosti a všemožně je dále rozvíjet, povzbuzovat jeho zájmy a tendence vedoucí k realitě a vést ho k takovým reálným cílům, které pro něho mohou být emočně přitažlivé a kterých je schopen dosáhnout. Zároveň je třeba posilovat jeho sebevědomí a umožnit mu získat sociální uznání.

S rodinnými příslušníky (zejména s rodiči a manželskými partnery) pracujeme jednak individuálně, jednak společně s "jejich členy". Někdy je vhodné zvát je skupiny a využívat jejich přímé účasti v psychodramatu, čímž se některé problémy vyřeší daleko rychleji, než kdybychom o nich s příbuznými pouze diskutovali. Tam, kde rodina dobře spolupracuje, je prognóza vždy nadějnější (Strossová, 1984)).

Pravidla skupinové psychoterapie:

- Upřímnost a otevřenost.
- Nemluvte obecně, mluvte o své zkušenosti.
- Mluvte za sebe, používejte slůvko „Já“.
- Mluvte k druhým přímo, „ty“, „vy“.
- Vylezte ze své ulity.
- Nemlčte jako ryba.
- Poslechněte si druhé, ale rozhodujte se sami.
- Ze skupiny nic nevynášejte, co se stane na skupině, patří jen na skupinu.
- Právo říci STOP.

Individuální versus skupinová terapie:

V individuální terapii je vztahování omezeno jen na prožívání jedné vazby (klient - terapeut). Práce je sice intenzivní, ale není zde tolik možností oslovitelnosti různými tématy. Některá témata se ani nemusí nebo i nemohou objevit, naopak je zde větší intimita, snazší navázání důvěrného vztahu, lepší možnost zachycení podrobností, možnost mravenčí práce.

Skupina má zase kvalitu lidského společenství, působí zde mnohem více faktorů. Jedinec má šanci jevit se víc tak, jak se projevuje v životě, neboť na něj působí více vlivů. Často je úzdrava rychlejší, protože se některé věci poddají samy v rámci procesu.

2.3.4.3. Rodinná a partnerská terapie

Speciální léčebný přístup, který se pokouší navodit prospěšné změny v narušené rodinné skupině psychologickými metodami. Terapeut nemusí pracovat vždy a po celou dobu terapie s celou rodinnou jednotkou. V praxi může být výhodné, když terapeut některé problémy diskutuje s rodiči a jindy přizve i členy širší rodiny. V rodinné terapii jde o změnu celého rodinného systému.

Někdy může být mnohem více než na problém orientovaná forma či pravidla komunikace. Neklade důraz na obsah komunikace, na to, co lidé sdělují, ale jak to sdělují. Cílem terapie je změnit hluboko zakořeněná rodinná pravidla komunikace a utváření vztahů. (Balcar, 2014)

Dobrá komunikace má 4 jasné prvky: JÁ sděluji TOTO, TOBĚ a v této SITUACI.

Cíl rodinné terapie:

- pochopit mechanismy opakujících se problémů
- aktivovat vlastní ozdravné síly rodiny
- řešit problém při zachování či posílení rodinné soudržnosti

Průběh rodinné terapie:

- zahájení
- řešení konfliktů
- navozování změn v životě rodiny
- ukončení léčby

Co rodinná terapie nemůže:

zachránit emočně již rozpadlou rodinu, vztah
hledat a najít vinu nebo viníka za problém, ani o to neusiluje
nahradit víru nebo náboženství, přestože oboje respektuje
stát se expertem na vaši rodinu, to jste pouze vy, terapeut je odborníkem pouze na techniku
terapeutického přístupu, přičemž používá svou vlastní tvořivost

Odlišnosti rodinné terapie:

bývá krátkodobá – měsíce až 1 rok, déle by trvat neměla, terapeut by se stal regulačním
mechanismem
terapeut bývá aktivní – často pracuje jako moderátor, vybízí jednotlivé účastníky k otevírání
témat, zajišťuje jim prostor k vyjádření atd.

2.3.5. Etika v psychoterapii

Etika je nedílnou součástí psychoterapie a svými principy chrání oba aktéry terapeutického vztahu.
Obecně představuje zásady a morální aspekty, kterými bychom se měli řídit, pomáhá rozlišovat, co je
správné a žádoucí.

Psychoterapeut je vázán mlčenlivostí.

Je potřeba klienta fakticky informovat o průběhu a očekávaných výsledcích terapie.

Osobnost psychoterapeuta vyžaduje vedle jeho neustále se rozvíjejících dovedností a
kompetencí také charakterové vlastnosti, jakými jsou autenticita (opravdovost) a empatie.

Psychoterapeut využívá supervize

2.4. Prevence zhoršení či recidivy onemocnění, předcházení krizím

2.4.1. Prevence relapsu

zhoršení či recidiva onemocnění = relaps

prevence relapsu = předcházení návratu příznaků psychózy

Psychotická onemocnění jsou onemocnění s vysokým výskytem relapsů. Do jednoho roku od první epizody dojde k opětovnému vzplanutí u 30% nemocných, do dvou let u 40-60% a do pěti let až u 80% pacientů. Relapsy s sebou nesou velkou zátěž pro klienta i pro jeho rodinu. Vedou ke zhoršení celkového stavu klienta, včetně dopadů v sociální oblasti.

Připomenutí jednotlivých fází onemocnění: ataka, remise, časné varovné příznaky, relaps. (viz přednáška Základní informace o duševních poruchách)

Následující tvrzení je nutno brát jako statistické výsledky a neplatí tedy vždy a pro každého.

Relaps je nové vzplanutí onemocnění, návrat ataky psychózy, kterému lze zabránit rozpoznáním časných varovných příznaků. Základem účinné prevence relapsu je vzájemná spolupráce lékaře, pacienta, jeho blízkých a případně komunitních služeb.

Čím méně klient v minulosti prodělal psychotických epizod a čím delší doba uplynula od poslední z nich, tím dříve dojde ke zlepšení nemoci. Čím kratší doba odezněla od poslední epizody psychózy a čím více psychotických epizod pacient v minulosti prodělal, tím je riziko relapsu vyšší – je to dáno zvýšenou zranitelností. Zranitelnost je přecitlivělost nebo oslabení. Každý člověk má hranici zranitelnosti jinak vysokou. Zranitelnost je možné snížit (zejména léky). Při relapsu přetrvává zvýšená zranitelnost. Čím dříve se počínající relaps podchytí, tím kratší dobu trvá a často se nemusí vůbec rozvinout.

Odolnost proti relapsu psychózy mohou zvyšovat psychosociální opatření, mezi která patří psychoterapie (skupinová, individuální), sociální rehabilitace, psychoedukace.

Riziko relapsu lze také snižovat omezením negativních vlivů okolí. Mezi tyto faktory lze zařadit např. stres, konfliktní mezilidské vztahy, stěhování, odchod či změna školy nebo zaměstnání, samota, nenaplněný volný čas, chaotický životní styl, užívání alkoholu a drog.

Relaps je nutné nebrat jako konec všech snah nebo selhání. Je třeba najít míru ve sledování psychického stavu nemocného – příliš úzkostlivé sledování také není dobré.

Relaps lze docela dobře předvídat a s předstihem. Relaps se ohlašuje časnými varovnými příznaky. Ty jsou rozpoznatelné podle změn v chování, emocích a fyziologických funkcích.

Nejčastější časné varovné příznaky:

- bezdůvodný pocit nepohody, napětí či nervozity
- nadměrné vzrušení, předrážděnost a popudlivost (je těžké „vyjít“)
- nesoustředěnost

nechutenství x přejídání
zhoršená spolupráce v léčbě (mizí např. potřeba užívat léky – člověk si myslí, že není nemocný)
nespavost x velká spavost
uzavírání se do sebe, ztráta zájmu o společenské kontakty
pocit vnitřního neklidu
smutek a deprese, úzkost
výrazné změny chování
zhoršení paměti, nadměrná roztržitost
pocit neschopnosti
neobvyklé zaujetí jen jednou nebo dvěma věcmi
nadměrné zaujetí abstraktními náboženskými tématy nebo filozofií, esoterikou

ÚKOL: Zeptat se rodinných příslušníků, co mají vypozerované za varovné příznaky na svých blízkých. Pokusit se vytvořit si vlastní seznam časných varovných příznaků se svým nemocným blízkým.

2.4.1.1. Co pomůže v prevenci relapsu a předcházení krizí

Co může dělat klient

pravidelné užívání léků
dodržování zdravé životosprávy (jíst pravidelně a dostatečně pestrá strava; není dobré držet zvláštní diety a chtít rychle zhubnout)
dodržování zásad psychohygieny (např. i chodit spát včas, spát určitý počet hodin, příroda, relaxace)
dodržovat pravidelný denní režim
vyhýbání se stresovým situacím
plánování činnosti (seznam denních aktivit – jistoty)
sportovní aktivity
vyhýbat se alkoholu a drogám

Jak může pomoci rodina

ochrana před stresem (nevyvolávat hádky)
neklást na nemocného vysoké nároky (vyvážit „nezatěžovat vůbec“ a „přetěžovat“)
nekritizovat, a když, tak konstruktivně
komunikovat jednoduše - používat krátké věty, nepoužívat několik otázek najednou
oceňovat nemocného za zdařené věci
naslouchat soustředěně

2.4.2. Předcházení krizím - protikrizové plánování

2.4.2.1. Co dělat, když k relapsu dojde?

informovat ošetřujícího lékaře a konzultovat s ním aktuální stav nemocného a jeho medikaci
pokusit se zmírnit stresory prostředí
minimalizovat jakoukoli změnu režimu všedního dne
zrušit neprodleně všechny rizikové činnosti (stěhování, nástup do zaměstnání, řešení zásadních vztahových problémů)
informovat case managera, který může poradit; případně zařídit hospitalizaci
zavolat pohotovost a nechat klienta hospitalizovat

S relapsem psychózy se většinou potýká nejdříve rodina. K tomu, aby byl dopad případného relapsu co nejmenší, je dobré mít již předem připravený krizový plán. Takový plán by měl být vyhotoven v písemné formě a umístěn na přístupném místě, aby bylo možné jej kdykoli využít pro všechny členy rodiny.

2.4.2.2. Body, které by v krizovém plánu neměly chybět:

jak je možné upravit medikaci při zhoršení stavu nemocného (zde je samozřejmě nutná dohoda s ošetřujícím lékařem)
jasně stanovené postupy a úkony, které se podniknou při počínajícím relapsu
stanovte si své vlastní hranice, a jak budete postupovat, pokud tyto hranice budou překročeny
seznam tel. čísel a adres na ambulantního psychiatra, psychiatrickou nemocnici (příjmové oddělení) ve vašem okolí, case managera, krizovou linku či krizové centrum

Součástí krizového plánu by měla být po předchozí zkušenosti jasně definovaná hranice, po kterou je ještě možné situaci řešit ambulantně a při jejímž překročení je již nutná hospitalizace nemocného. Často dochází k tomu, že rodina je v situaci, kdy potíže při relapsu dojdou tak daleko, že již není možný dobrý kontakt s nemocným a rodina musí zorganizovat odvoz do psychiatrické nemocnice. Tento převoz se častokrát může odehrávat proti vůli nemocného. Právě v tomto okamžiku mají příbuzní nejčastěji velké výčitky svědomí a dostávají se do konfliktu mezi tím, že chtějí pomoci svému blízkému a zároveň dělají něco proti jeho vůli a bojí se pozdějších výčitek a zloby ze strany nemocného. Proto je dobré mít vzájemnou dohodu, která je sepsaná v krizovém plánu, čímž se může výrazně předejít následnému sebeobviňování a vzájemným výčtkám.

Většina relapsů, které jsou včas rozpoznány, nemusí nutně vést k hospitalizaci v psychiatrické nemocnici. Na druhou stranu je nezbytné, aby se rodina vyvarovala příliš úzkostlivého sledování stavu nemocného z neustálé obavy z relapsu. Zvýšené sledování může být nemocnému velmi nepříjemné a může zvyšovat napětí v rodině, což může s sebou přinášet atmosféru nedůvěry či nepřátelství a to naopak zase může zvyšovat riziko relapsu. Z tohoto důvodu je potřebná mimořádná citlivost všech zúčastněných stran. Výhodné je o tomto problému v rodině otevřeně hovořit, poradit se s ošetřujícím psychiatrem či case managerem.

Postoj rodiny k nemocnému členovi je velice důležitý. Dva základní nezdravé postoje jsou ty, kdy se nemocného snažíme přehnaně ochraňovat, opečovávat a ničím nezatěžovat a druhý, kdy nemocného přetěžujeme a nebereme v potaz jeho onemocnění. Je důležité najít rovnováhu mezi oběma přístupy.

ÚKOL: Představit krizový plán, který s klienty vytváříme.

2.4.3. Drogy a alkohol

2.4.3.1. Důvody užívání drog u lidí s psychózou

Nejčastějším důvodem je potřeba cítit se lépe a být spokojenější. Také to může být snaha o dosažení mimořádných nebo plných zážitků – např. v případě, kdy člověk cítí vnitřní prázdnotu, osamění a nedostatek vřelých lidských kontaktů. Ke drogám člověk sahá i po proběhlé psychotické epizodě, kdy prožívá smutek a osamění. Závislost na drogách a alkoholu může snadno vzniknout snahou zařadit se ke svým vrstevníkům (návštěva hospod, tanečních klubů).

2.4.3.2. Proč je při onemocnění rizikové užívat alkohol a drogy

Alkohol a drogy jsou látky, které lidé užívají proto, aby změnili své prožívání. Psychóza svým působením mění také prožívání a je provázána poruchou hodnocení reálných prožitků. Užití drogy (i jednorázové) může příznaky psychózy dále zhoršovat. Alkohol i drogy mohou ale psychotické stavy i přímo vyvolat – jejich užití může vést k dramatickému zhoršení nemoci nebo k rozvoji závislosti na nich. Některé drogy byly pro své působení používány jako tzv. model psychotického onemocnění – jejich požití samo o sobě tedy způsobuje vznik psychotických příznaků, jako jsou halucinace, bludy, poruchy nálady atp.

2.4.3.3. Nebezpečí užití drog vzhledem k psychotickému onemocnění:

může zhoršovat probíhající psychotické obtíže a zkreslovat jejich příznaky
může vytvářet zcela nečekané reakce v kombinaci s léky, které jsou podávány k léčbě psychózy (např. zvýšení útlumu, ztrátu vědomí)
může znovu aktivovat psychotické obtíže, které již nejsou přítomny, tj. ty, které byly odléčeny
vznik závislosti (změna osobnosti, ztráta zaměstnání, ztráta přátel, narušení rodinných vztahů, ...)

2.4.3.4. Psychofarmaka a možnost vzniku závislosti:

Psychiatrické léky se liší od drog v řadě vlastností – používají se primárně pro léčbu (odstranění prožitků a potíží, které se u zdravých lidí v psychice neobjevují). Jedná se např. o bludy, halucinace, depresi, mánii atp. Na rozdíl od drog neovlivňuje naprostá většina psychofarmak mysl, která je v pořádku. Právě proto, že nezlepšují normální náladu, nemají lidé tendenci je zneužívat a nedochází tak k rozvoji závislosti. Zvláště toto platí u antipsychotik, kdy léky lidí spíše sami předčasně vysazují.

Závislost může vzniknout jen u léků ze skupiny benzodiazepinů, které bývají zneužívány lidmi závislými na drogách. Tyto léky se běžně používají při léčbě psychóz pouze jako léky doplňkové - např. k tlumení úzkosti. Je dobré se vždy domluvit se svým AP, aby se léky neužívaly dlouhodobě ve vysokých dávkách a aby se po určité době vyměnily za jiné nebo zcela snížilo jejich užívání.

Doporučení:

Z výše uvedeného vyplývá, že se vyplatí neužívat drogy a alkohol.

2.4.4. Rady pro rodinné příslušníky nemocného

Není ve vašich silách vyléčit duševní onemocnění. Nenesete za průběh nemoci a léčbu zodpovědnost. Tyto role přenechávejte lékařům. Neberte si na svá bedra více, než unesete, ale spolupracujte s profesionály. Nezapomínejte na svoji základní roli – partnera, rodiče, sourozence. Nesměšujte tyto úlohy a nevystupujte jako terapeut.

I přes veškerou vaši snahu se symptomy mohou zhoršovat nebo zlepšovat. Buďte na to připraveni. Onemocnění může být periodické, s obdobími zlepšení a propadů, a to zcela nezávisle na vaší snaze či nadějích.

Pokud cítíte neúměrně mnoho zklamání a vyčerpání, dáváte ze sebe příliš. Stáhněte se na chvíli, uvědomte si, že i vy sami máte své potřeby, koníčky apod. Ošetřete v té chvíli hlavně sami sebe!

Není dobré, když se jako členové rodiny beze zbytku obětujete. Sami máte své potřeby a touhy. Pokud se nedokážete postarat o sebe, stěží můžete poskytnout pomoc ostatním. Oddělte člověka od jeho nemoci. Milujte člověka, i když jeho nemoc nenávidíte.

Nikdo z rodiny nemá na vzniku onemocnění vinu!

Díky duševní nemoci v rodině mohou být ovlivněny vztahy mezi ostatními členy. Je zákonité, že k přijetí nemoci dojde až po období popření nemoci, zármutku a hněvu. Někteří členové rodiny mohou setrvávat dlouhodobě v jednom z těchto stadií. Respektujte tento fakt a vyhledejte tedy někoho jiného, komu se můžete svěřit. Přijetí nemoci všemi zúčastněnými může pomoci, není ale naprosto nezbytné.

Přijměte skutečnost, že pacient mnoho věcí, které dříve zvládal, nyní prostě nezvládne.

Nalézejte rovnováhu mezi „nezatěžovat vůbec“ a „zatěžovat příliš“. To, že jsou možnosti pacienta omezeny, ještě neznamená, že od něho nebudeme nic očekávat. Motivujte, ale nezvyšujte stresovou zátěž. Návštěvy, výlety a podobné aktivity jsou v pořádku, ale pouze tehdy, pokud váš blízký o ně má zájem a je schopen přijatelně fungovat. Vždy se o všem demokraticky dohodněte. Míru zátěže lze zjistit mnohdy až pokusem a omylem.

Komunikujte v rodině jasně a srozumitelně. Buďte upřímní.

Není dobré být vůči nemocnému přemrštěně citově angažovaný, je třeba poskytnout mu psychologický a fyzický prostor. Držte na uzdě kritické postoje či naopak přílišné nadšení ve vztahu k nemocnému.

Respektujte neobvyklé, ale neohrožující chování. Přijměte v mnoha ohledech strategii „klidné nezúčastněnosti“, snažte se nevěnovat pozornost detailům v chování nemocného.

Snažte se rozpoznávat chvíle, kdy má nemocný touhu po větší nezávislosti, nebo kdy naopak potřebuje více pomoci.

Žádejte lékaře o sdělení diagnózy a její vysvětlení. Máte právo být informováni. Snažte se dozvědět co nejvíce o nemoci, studujte. Vyhledejte možnosti zúčastnit se nabízených komunitních programů (chráněné dílny, stacionář, chráněná práce)

Buďte aktivní!

2.5. Rehabilitace, zotavení

Pojem rehabilitace vychází z latinského výrazu „habilitas“ jakožto schopnost a předpony „re“ označující navrácení schopnosti. To, že rehabilitaci označujeme jako psychiatrickou, znamená, že se týká duševních poruch a navazuje na ostatní psychiatrickou léčbu, včetně léčby biologické a psychoterapeutické. Dnes často užívaným termínem téhož významu je pojem „psychosociální rehabilitace“, vytvořený v 90. letech minulého století odborníky vylučujícími biologickou a zdůrazňujícími sociální léčbu.

William Anthony již v 80. letech 19. století napsal, že: „ **psychiatrická rehabilitace má pomoci lidem s psychiatrickým postižením k tomu, aby mohli zvýšit svojí schopnost fungovat tak, aby byli úspěšní a spokojení v prostředí, které si sami vybrali k životu, s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory.** Tato definice znamená, že záměrem rehabilitace je zvýšení vlastního fungování za současného snižování míry profesionální pomoci.

Teoretické koncepty rehabilitace vycházejí z toho, že současná léčba dokáže zmírnit nebo odstranit symptomy závažných psychiatrických poruch. Nedokáže však zmírnit funkční deficity, které z poruch vyplývají. Řada lidí tak může žít mimo nemocniční zařízení, ale kvalita jejich života je omezena jejich funkčním omezením.

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

2.5.1. Historie – vývoj psychiatrické rehabilitace

Úplné kořeny psychiatrické rehabilitace můžeme zaznamenat už ve starověku, kdy byla duševně nemocným poskytována hudba, léčba prací a příjemná atmosféra.

Rozvoj psychiatrické rehabilitace spadá nejvíce do doby po první a následně po druhé světové válce, kdy bylo potřeba zaměstnat řadu lidí s tělesným, ale i duševním postižením. Šlo o programy zaměřené vyloženě na pracovní rehabilitaci.

Jako průkopníka psychiatrické rehabilitace Holanďané uvádějí doktora Querida, který provozoval v Amsterdamu mobilní psychiatrický tým již ve 30. letech minulého století.

V 50. letech vznikala první centra psychosociální rehabilitace. Lidmi s psychiatrickou zkušeností byla zakládána svépomocná klubová centra (tzv. clubhouse). Tyto kluby najímaly profesionály z řad sociálních pracovníků a poprvé se objevil název psychosociální rehabilitace.

Na počátku 60. let docházelo v západní Evropě a USA mimo jiné i z ekonomických důvodů k zavírání psychiatrických nemocnic – tzv. deinstitutionalizaci. Ukázalo se, že převážná většina propuštěných se nebyla schopna o sebe v běžném životě postarat. Proto vznikají první komunitní centra.

Rozvoj rehabilitace začal být systematictější, vznikala centra denních aktivit, která se zaměřovala na nácvik dovedností. Používal se jak termín psychosociální rehabilitace, který původně vylučoval používání léků, tak i termín psychiatrické rehabilitace, který měl blíže k biologické léčbě.

V 90. letech bylo evidentní, že je nutné oba tyto proudy sloučit a oba tyto termíny se začaly používat se stejným významem souběžně.

2.5.2. Komunitní péče u nás

Komunitní péči chápeme jako systém služeb poskytující komplexní odbornou pomoc a podporu (včetně psychiatrické rehabilitace) ve vhodné formě, ve vhodný čas a přesně tak, aby klient mohl žít ve svém přirozeném prostředí, byl soběstačný a mohl rozvíjet své schopnosti a kvalitu života. Tato podpora je směřována jak na klienta, tak na jeho okolí.

Právě rozvoj těchto komplexních služeb u nás nešel dle světových trendů. Do roku 1989 u nás byla rehabilitace ryze institucionální. V našich zdravotnických zařízeních, většinou značně izolovaných, byl prosazován pouze medicínský model léčby duševních chorob.

Až po roce 1989 vznikly první neziskové organizace poskytující psychiatrickou rehabilitaci, krizová centra, programy pro doléčování a rehabilitaci vážně duševně nemocných. Rozvinuly se také svépomocné aktivity duševně nemocných nebo rodinných příslušníků a vznikla klubová centra. Za více než 20 let rozvoje těchto služeb zatím nelze hovořit o komplexní komunitní psychiatrii.

Dle současných údajů v odborné literatuře je v České republice více než 100 000 lidí s psychotickým onemocněním. Z nich ale služeb rehabilitace využívají jen 3%. Délka hospitalizace s tímto typem onemocnění u nás patří k celosvětově nejdelším, průměrně jde o 114 dnů. Přitom právě dlouhodobé hospitalizace způsobují izolaci nemocných, vedou ke stigmatizaci a naprosto neodpovídají současným světovým trendům. V současnosti ve světě platí, že čím vyspělejší stát, tím menší počet lůžek v léčebnách a tím větší přesun finančních prostředků do komunitní péče.

2.5.3. Základní směry psychosociální rehabilitace

2.5.3.1. Bostonský model

Hlavním představitelem je profesor W. A. Anthony z Bostonu. Směr se zaměřuje na rozvoj klienta a zlepšení jeho osobního fungování na základě jeho přání a potřeb, v prostředí, které si sám zvolí tak, aby byl schopen fungovat. Klient je studentem, žákem a učí se nové nebo zapomenuté dovednosti. Anthony vymezil, že léčba se zaměřuje na poškození a odstraňuje symptomy nemoci. Zatímco rehabilitace v jeho pojetí působí na postižení a zaměřuje se na rozvoj dovedností klienta.

2.5.3.2. Libermanův model péče

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

2.5.3.3. Britský model péče

Hlavními představiteli G. Shepherd a D. Bennet, jejich směr se zaměřuje na prostředí a každodenní fungování v něm. Klient by se měl zaměřit na své zbývající schopnosti a fungovat v co nejvíce běžném, příjemném a funkčním prostředí. Klient je konzumentem služeb, uvědomělým uživatelem.

2.5.3.4. Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci – STORM

Popsali Jean Pierre Wilken a Dirk den Holander. Tento přístup je nazýván komplexní, protože postihuje všechny důležité oblasti fungování jedince i jeho okolí. Jeho cílem je kvalita života a naplňování sociálních rolí. Je založen na zásadě, že psychiatrická rehabilitace je dostupná všem lidem s psychickým onemocněním tak, aby jim pomáhala zlepšit kvalitu života a soběstačnost ve svobodně zvoleném prostředí, na základě jejich vlastních potřeb a přání. Popisuje systematickou podporu klienta a jeho prostředí teď i do budoucna v 6 ti rehabilitačních fázích.

Rehabilitace je dynamický kontinuální proces, pro který je více než rychlost důležitá pozvolnost postupu. Charakteristickým rysem rehabilitace je její zdoluhavost. Rozvoj osobnosti klienta probíhá ve čtyřech základních doménách – bydlení, práce, učení a volný čas. Proces rehabilitace působí v triádě vztahu klient – pracovník (profesionál) – příbuzný. Cílem a základním principem rehabilitace je kvalita života. Důležité je, co považuje za kvalitu sám klient.

Jednotlivé rehabilitační fáze:

1. **fáze navázání vztahu:** první kontakt a seznámení se s klientem má velký vliv na celý další vztah. Dochází postupně k vzájemnému poznávání a položení základů důvěry, která je nezbytná pro další spolupráci.
2. **fáze šetření (mapování) potřeb:** šetření, sbírání, třídění a analýza informací. Zjišťujeme, jak klient žije, jaké jsou jeho potřeby, jakou formu potřeby bude klient potřebovat. Posuzujeme také, jaké překážky mohou nastat.
3. **fáze stanovení cílů:** nastavení konkrétních krátkodobých cílů, u kterých, je podstatná dosažitelnost a jednoduchost zvládnutí. Také nastavení obecných dlouhodobých cílů ve všech oblastech života, které respektují přání klienta, ale nemusí být reálně dosažitelné v dohledné době.
4. **fáze plánování:** vytvoření individuálního rehabilitačního plánu, který obsahuje jednotlivé dílčí kroky, časový horizont i rozdělení úkolů a odpovědnosti za provedení jednotlivých kroků.
5. **fáze realizace plánu:** neboli fáze výkonná – intervenční. Dochází k výkonu jednotlivých aktivit a k pravidelné revizi, jejímž cílem je zaznamenat případné překážky. Na základě zjištěných překážek dochází k modifikaci cílů anebo ke zcela novému přehodnocení.
6. **fáze hodnocení a zpětné vazby:** závěrečná fáze procesu hodnotí, zda bylo nebo nebylo cíle dosaženo, v jaké kvalitě byl cíl dosažen, co hrálo roli v jeho nesplnění. Hodnocení a zpětná vazba je důležitá pro stanovení nových cílů.

2.5.4. Jednotlivé oblasti psychosociální rehabilitace

2.5.4.1. Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitace je zaměřena na návrat, udržení a také zdokonalení pracovních dovedností. Klienti bývají často po návratu z léčby méně výkonní a ztrácí své původní pracovní návyky a nemají všechny potřebné kompetence zvládnout zátěž v běžném zaměstnání. Často se také setkávají s negativními reakcemi ze strany kolegů, odstupem i nedůvěrou. Naopak bývají zvýšeně zranitelní a nedovedou se se stresující situací vyrovnat. Značná část nemocných tak není schopna plného a trvalého pracovního zatížení. Také mnoho nemocných mladšího věku potkává nemoc ještě v době studia a nemají tak ukončenou kvalifikaci či potřebnou praxi a to jejich uplatnění na trhu práce ještě snižuje. Přesto platí, že jakákoliv pracovní činnost i přes uvedené potíže, vrací nemocným sebedůvěru, samostatnost a vede k získání a upevňování sociálních a pracovních dovedností.

Ergodiagnostika: Je součástí tzv. předpracování rehabilitace. Zhodnocuje pracovní potenciál klienta. Provádí ho školený tým (lékař, ergoterapeut, fyzioterapeut, psycholog, sociální pracovník, ...) pomocí standardizovaných postupů. Společně s klientem se navrhuje vhodné pracovní zařazení, které by klient zvládal a které by zároveň naplňovalo jeho potřeby a sociální role. Následně se provádí nácvik zvolené pracovní činnosti pomocí modelových činností s asistencí ergoterapeuta nebo v rámci chráněné dílny, clubhousu, apod.

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

Přechodné zaměstnávání: jde o krátkodobou pracovní rehabilitaci v přirozených podmínkách. Klient pracuje na zkrácený úvazek po omezenou dobu, obvykle půlroční, na běžném pracovním místě. Toto místo obvykle nevyžaduje odbornou kvalifikaci (nejčastěji pomocné administrativní práce a úklid). Klientům je poskytována průběžná podpora, je finančně odměňován a po ukončení programu by měl být schopen nastoupit do běžného či podporovaného zaměstnání.

Podporované zaměstnání: probíhá jako placená práce v běžných podmínkách za souběžné podpory asistenta, který podporuje jak klienta, tak jeho zaměstnavatele. Cílem je poskytnout práci na běžném trhu, na pozici, kterou si vybere sám klient a za takové míry podpory, kterou klient v daný moment sám potřebuje.

Podpůrné edukativní programy při pracovní rehabilitaci (job klub): jde o ucelené, časově omezené edukační programy pro lidi, kteří potřebují pomoc při hledání zaměstnání. Učí klienty v teorii i praxi, jak a kde hledat zaměstnání, seznamují s právy a povinnostmi uchazeče o zaměstnání a následně zaměstnance. Dává také praktické rady, jak obstát v konkrétních situacích souvisejících s hledáním zaměstnání (jak má vypadat životopis, inzerát, přijímací pohovor, první den v nové práci).

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

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

2.5.4.2. Rehabilitace v oblasti vzdělávání

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

Podporované vzdělávání: programy určené lidem s duševním onemocněním, kteří by rádi začali studovat, chtějí se ke studiu vrátit nebo již studují, ale potřebují k tomu určitou podporu. Kromě samotných studentů nabízí tyto programy podporu, spolupráci a workshopy rodinám nemocných, ale také pedagogům a široké veřejnosti.

Psychoedukace: hraje v léčbě psychotických onemocnění zásadní roli. Důležité je včasné předání informací nemocným i jejich blízkým o významu medikace, možnosti rozpoznat hrozící relaps. Důležité jsou informace týkající se škodlivosti chronického stresu a nezdravých životních návyků. Právě včasný a správný dostatek informací zlepšuje ve výsledku prognózu onemocnění. Ukázalo se, že zásadní vliv na léčbu nemocného má právě zapojení rodinných příslušníků do psychoedukace, neboť se odhaduje, že až 80% nemocných žije v přímém nebo pravidelném kontaktu s příbuznými. Nemoc klade na pečující osoby značné nároky, pokud se příbuzní cítí bezmocní, vyhořelí, ignorovaní, vytváří bezděky chronické stresující prostředí, v němž je vyšší riziko relapsu.

Trénink kognitivních funkcí: zaměřuje se na paměť, pozornost, schopnost pružně reagovat a řešit problémy. Právě tyto funkce nemoc oslabuje a trénink lze provádět podle náročnosti od hraní jednoduchých společenských her až po složitější počítačové programy.

Nácvik sociálních dovedností a komunikace: týká se sociálních dovedností, mezilidských vztahů a komunikace. Lidé s duševním onemocněním trpí nedostatkem sebedůvěry, nedůvěrou k okolí. Nácvik se zaměřuje na asertivní komunikaci, konverzaci, získání dovednosti o něco požádat, něco odmítnout. Trénují se různé situace, jak se zachovat, co říci.

Edukační programy pro dobré zdraví: skupinové edukační programy formou odpoledních kurzů nebo jako součást rehabilitačních programů denních stacionářů. Zaměřují se na obezitu a redukci hmotnosti, zlepšení životního stylu, protože mnoho nemocných následkem vedlejších účinků léčby trpí nadváhou. Součástí programů je i prevence některých somatických onemocnění, měření krevního tlaku, pulsu. Poskytují se zde též návody, jak se zbavit zlovyků jako kouření, nebo jak využít vaření jako rehabilitační metodu.

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT): psychoterapeutická metoda učící klienta konkrétním technikám, jak se bránit daným psychotickým symptomům. Učí dotyčného předvídat a včas odhalit události a situace spouštějící příznaky a pomáhá hledat cesty, jak se jim úspěšně vyhýbat a též jak redukovat narůstající vnitřní stres pomocí relaxačních technik. V případech tzv. hlasů i jak posílit klienta v jeho schopnosti dostat je pod kontrolu a naučit ho, jak s nimi může vyjednávat, či použitím tzv. STOP techniky je v dané situaci zcela zastavit.

2.5.4.3. Rehabilitace v oblasti bydlení

Mít svůj domov patří k nejzákladnějším lidským potřebám a přináší každému člověku pocity jistoty, stability, zázemí, bezpečí a soukromí. A právě absence těchto pocitů často brání úzdravě lidí s duševním onemocněním. Cílem rehabilitace v oblasti bydlení je umožnit těmto lidem i přes jejich omezení samostatně a nezávisle bydlet. Mezi nejčastější oblasti, kam se podpora v bydlení zaměřuje, patří udržování a vedení domácnosti, nákupy, hospodaření s penězi, trávení volného času, odpovědnost za roli nájemníka a souseda, vyhledávání a užívání veřejných služeb, prevence relapsu onemocnění.

Chráněné bydlení: jde o bydlení v bytech v běžné zástavě s různou škálou sociální podpory. Počínaje kolektivním bydlením, kde asistent poskytuje i 24 hodinový dohled, až po samostatné bydlení s minimálním či občasným dohledem. Cílem je navrátit po čase klienta do vlastního samostatného bydlení. Zařízení tohoto typu se zaměřují především na sociální učení a nácvik sociálních dovedností.

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

Podporované bydlení: klient bydlí ve vlastním bytě, žije v běžné populaci a je mu na základě jeho individuálních potřeb poskytována individuální podpora v podobě nácviků v samostatném fungování jeho domácnosti.

2.5.4.4. Rehabilitace v oblasti sociálních kontaktů a volného času

Jedním ze zásadních následků duševního onemocnění je zhroucení sociálních rolí, kdy nakonec zůstává dotyčnému jen role pacienta. Lidé ztrácí své původní zázemí a sociální dovednosti a dostávají se do začarovaného kruhu, kde mají jen velmi omezenou sociální síť, a zároveň problém s komunikací a navázáním i udržením nových kontaktů.

Tento typ rehabilitace nemusí zákonitě poskytovat nemocnému jen pomáhající služby, ale lze hledat přirozenou podporu v rodině, u přátel, spolupacientů a v širším edukovaném okolí.

V náplni volného času brání lidem s duševním onemocněním spousta překážek. Často žijí velmi izolovaně, mají potíže s komunikací a nízkou sebedůvěrou. Jsou neobratní, nápadní v chování vlivem symptomů nemoci nebo vedlejších účinků léků. Podstatná je i finanční situace, dosažitelnost služeb veřejnou dopravou, strach z neznáma a nových situací či ze stigmatizace.

Mezi nejčastější specializované služby u nás patří centra denních aktivit (v rámci komunitní péče) a svépomocné aktivity klientů tzv. svépomocné skupiny (u nás např. sdružení rodičů Sympathea,

poradenská centra VIDA, o. s. Kolumbus, pobočky České společnosti pro duševní zdraví). Nabízí praktickou podporu, informace, rady, jazykové kurzy, kurzy vaření, oslavy, výlety, letní pobyty, zájezdy.

Rodina: duševní nemoc zasahuje nejen do života nemocného, ale zcela zásadně i do života jeho rodiny a všech blízkých. Přitom právě rodina je hlavním a často i jediným zdrojem podpory nemocného. Často je nutné o nemocného pečovat.

Součástí komplexní psychosociální rehabilitace je proto práce s klientovou rodinou a jeho sociální sítí. Je prokázáno, že podpora rodiny má velmi pozitivní vliv na průběh onemocnění. Rehabilitačním cílem je řešit potřeby celé rodiny, radit – jak zvládat projevy nemoci. Informovat jak se chovat v krizových situacích, udržovat dobrou komunikaci a snižovat stres v rodině při dlouhodobé zátěži. U rodinných příslušníků se často objevují pocity strachu, bezmoci, studu, úzkosti, zlosti. Dochází z jejich strany často k neustálému dohledu nad nemocným a naopak k opomíjení potřeb ostatních členů rodiny (např. sourozenců).

Existují proto psychoedukační programy pro jednotlivé rodiny nebo rovněž rodinné skupiny, které podporují členy rodiny psychicky nemocných klientů.

2.5.5. Zotavení (úzdava, recovery)

Tento pojem se začal v péči o duševně nemocné objevovat od konce 90. let 20. století. Jde o důležitý zlom, kdy byla pacientům přiznána nezastupitelná role v jejich uzdravení. Úzdavu nemůže za pacienta udělat nikdo jiný, je to cesta, kterou si musí projít sám a profesionálové mu v ní mohou pouze pomoci. Je také jedním z cílů rehabilitace- tzn. pomoci a podpořit klienta v procesu zotavování.

Úzdava/zotavení je popisována jako hluboce osobní proces změny přístupu, hodnot, pocitů, cílů, schopností a rolí člověka. Jde o proces, jehož výsledkem je, že dotyčný žije spokojený, nadějný a přínosný život navzdory omezením způsobeným nemocí.

Úzdava/zotavení zahrnuje vývoj nového smyslu a účelu života člověka, kdy se přesouvá důraz ze symptomů nemoci na kvalitu života a na to, jak je pacient se svou nemocí vyrovnaný a schopný s ní žít.

Klienti definují svoje zotavování často jako překonání pocitů hlubokého zoufalství a bezmocnosti. Je to učení se získat kontrolu nad symptomy nemoci a stresory, znovu získat kontrolu nad vlastním životem, znovu získat pocit že znovu mohu něco znamenat pro druhé a že jsem uznávaný jako osobnost.

Pro proces zotavování je nepostradatelná naděje, perspektiva, podpora a pozitivní očekávání rodiny a přátel.

Úzdava je proces dlouhodobý a náročný na čas, neboť kromě nemoci se musí lidé s duševní nemocí NAVÍC zotavit:

- ze stigmatu, které duševní nemoc přináší
- z vnitřních efektů nastavení léčby
- z negativního vedlejšího efektu nezaměstnanosti

z rozbitých plánů a snů do budoucnosti

2.5.5.1. Fáze procesu zotavování

1. **Stabilizace:** zahájení údravy se zaměřením na ovládnutí symptomů. Vážné duševní nemoci jsou v počátku doprovázeny ztrátou kontroly a dezintegrací. Život dotyčného se rozpadá, všechny sociální role se hroutí a zůstává jen role pacienta. Veškerá pozornost zaměřena na boj s nemocí a přijetím léčby, kdy převládá role pacienta, dotyčný je zmatený, plně v péči lékařů. Přijetí léčby je často obtížné, vyžaduje určitou míru podrobení se, které posiluje v nemocném pocitu ztráty kontroly. Postupem léčby dochází ke stabilizaci.
2. **Reorientace:** nese zkoumání důsledků nemoci pro blízkou budoucnost. Může obsahovat období popření nemoci, zoufalství, hněvu a žalu, hledání nového smyslu života. Postupně se vrací sebekontrola a dotyčný se učí, jak se s nemocí vypořádat. Klient se učí novým požadavkům na život.
3. **Reintegrace:** výsledné zlepšení kvality života, zvýšení sebeúcty, nalezení smyslu a účelu života, zlepšení životního standardu. Obnova komunikace s vnějším světem, obnova vztahů s okolím. Obnova sociálních rolí a dovedností.

Důležité je si však uvědomit, že proces zotavování je jen zřídka kdy lineární a období progresu střídají období relapsu a stagnace. Často trvá i několik let, než naši klienti učiní další krok v procesu svého zotavení.

STABILIZACE	RE ORIENTACE	RE INTEGRACE
zaostřeno na: ovládnutí symptomů a snížení utrpení	zaostřeno na: zkoumání důsledků nemoci pro blízkou budoucnost	zaostřeno na: obnova smysluplných vztahů a sociálních rolí
podpora péče o duševní zdraví: <ul style="list-style-type: none">▪ farmakoterapie▪ lékový management▪ nabídka bezpečí▪ osobní péče	podpora péče o duševní zdraví: <ul style="list-style-type: none">▪ poradenství▪ psychoedukace▪ učení zvládat symptomy▪ hovory o důsledcích nemoci▪ pomoc při plánování budoucnosti	podpora péče o duševní zdraví: <ul style="list-style-type: none">▪ pomoc vrátit se k všednímu životu▪ nácvik dovedností▪ zvýšení sebevědomí▪ pracovní reintegrace▪ podpora rodině

Obr. 1.6 Fáze procesu zotavování se a podpora profesionálů péče o duševní zdraví

Dlouhodobé studie, sledující osoby s psychiatrickými problémy déle než 20let ukazují, že více než polovina osob dosáhla částečného nebo úplného zotavení. Obvykle však proces zotavování nezačne, dokud neproběhne několik bouřlivých let vážné duševní nemoci, včetně vícenásobných hospitalizací.

V posledních deseti letech je konceptu recovery věnována velmi zásadní pozornost, jak profesionály, tak uživateli služeb. Vznikají metody či návody, které poskytují nemocnému strukturu, pomoc a podporu na jeho individuální cestě k zotavení. Patrně nejrozšířenější a nejpropracovanější je metoda **WRAP (Wellness and Rehabilitation Action Plan)**. U nás byl nedávno publikován překlad knihy

Pathways to Recovery, která je určena hlavně pro práci ve svépomocné skupině a je vlastně jakýmsi pracovním sešitem, pomůckou při vytváření vlastního plánu zotavení.

Závěrem slova Patricie Deegan (psycholožka a zároveň uživatelka služeb s diagnózou schizofrenie) :

„ Je pro mne velice důležité říci: ano mám nedostatečnost, ale to ze mne ještě nedělá člověka postiženého. Naučila jsem se, že lze žít hodnotný a zdravý život navzdory svému omezení. Lidé si často myslí, že tyto dvě věci nejdou dohromady, ale mýlí se. I se svou psychiatrickou nedostatečností vedu plný a zdravý život. Zdařilo se mi to proto, že stále pracuji na svém zotavení. A věřím, že se zotavím.... Jedna z věcí, které jsem se musela naučit, byla, že zotavení se není to samé, jako být vyléčena. Dnes, poté, co žiji se svou nemocí 21 let, stále nepřešla. Nepředpokládám, že bych byla jednou provždy vyléčena, ale zotavuji se. Zotavování se je proces, ne konec, anebo cíl. Zotavování se je postoj, cesta jak prožít své dny a chopit se výzev, na které narazím při své cestě... Moje zotavování znamená, že vím o svých omezeních a vím o všech věcech, které nezvládám. Ale místo toho, aby mě to přivádělo k zoufalství a bylo to důvodem, abych to vzdala, jsem se naučila, že právě díky tomu, že vidím, co nezvládám, vidím také možnosti všeho, co zvládám. “

„ Zotavení je cosi, co mají vykonat sami lidé s nedostatečností pro sebe, zatímco rehabilitace je něco, čím mohou podpořit proces zotavování profesionálové. “

2.6. Rodina v péči o duševně nemocného, komunikace s duševně nemocným



PRŮZKUM PÉČE O PEČOVATELE (C4C)

Mezinárodní průzkum probíhající ve 25 zemích provádí **Evropská federace organizací rodinných příslušníků duševně nemocných (EUFAMI)** ve spolupráci se Střediskem pro výzkum péče a poradenství na univerzitě v Leuvenu, LUCAS



První výsledky byly získány od **400 respondentů** a poskytují důkaz o kontinuální zátěži péče o ty, kteří žijí se schizofrenií, a vyzdvihují přínos pečovatelské a ohromující dopad, jaký to má na jejich vlastní život



72% z pečovatelských o ty, kteří žijí se schizofrenií, jsou hlavními (34%) nebo jedinými (38%) pečovateli, **obrovská emocionální zátěž**



78% pečovatelských o ty, kteří žijí se schizofrenií, **byly u osob z průzkumu ženy a průměrný věk byl 61 let**

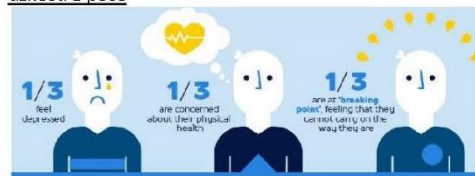
Téměř 1 z 5 pečovatelských o ty, kteří žijí se schizofrenií, se stará o více než jednu osobu s psychickými problémy



Rodinní pečovatelské o ty, kteří žijí se schizofrenií, hlásí, že péče o milovanou osobu činí v průměru **23 hodin týdně**, což odpovídá vedlejšímu zaměstnání



Téměř 4 z 10 pečovatelských o ty, kteří žijí se schizofrenií, bojují s pocitem, že nejsou schopni vyrovnat se s trvalou úzkostí z péče



1/3 pečovatelských o ty, kteří žijí se schizofrenií, má obavy z břemene, které péče klade na jejich finance



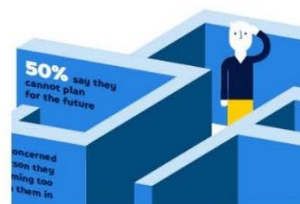
38% má pocit, že nejsou bráni vážně

Téměř polovina (**46%**) pečovatelských o ty, kteří žijí se schizofrenií, vyjadřuje určitou **nespokojenost s podporou od lékařského / zdravotnického personálu**
44% není spokojeno se svou schopností ovlivnit **důležitá rozhodnutí v plánování léčby a péče**

90% pečovatelských o ty, kteří žijí se schizofrenií, říká, že chtějí větší podporu



1 ze 7 pečovatelských o lidi, kteří žijí se schizofrenií, **není schopen si odpočinout od péče**



50% pečovatelských říká, že si nemohou plánovat budoucnost

54% se obává o osobu, o kterou pečují, že se na nich stane v budoucnu příliš závislá

2.6.1. Úvod

Pokud se u jednoho z členů rodiny projeví psychiatrická porucha typu psychózy nebo vážné deprese, pocítí ostatní příbuzní citelně její důsledky. Jak se tyto důsledky projeví, však závisí na mnoha faktorech.

Záleží na rodinném vztahu k nemocnému

Záleží na povaze poruchy

Konkrétní diagnóze

O to zda jde o krizi či chronické onemocnění

Jaká je prognóza onemocnění

Faktory, které ovlivňují průběh onemocnění v kontextu rodiny

Struktura rodiny

Rodinná fáze, ve které se rodina nachází

Rodinné pojetí zdraví a nemoci

Historii onemocnění v rodině

Komunikace

Lze konstatovat, že rodina je hlavním zdrojem podpory nemocných a často jediným a nejdůležitějším. (viz. průzkum EUFAMI)

2.6.2. Příběh Alice a Heleny

Byly doby, kdy si Helena přála, aby byla nemocná radši ona. Potom by snad mohla ležet celý den před televizí. Možná by potom nemusela chvátat z práce rovnou domů, aby se starala o svoji sestru Alici. Snad by jí pak rodiče věnovali více pozornosti.

Helena ví, že by takhle neměla myslet. Alice nemůže za to, že má schizofrenii. Helena si vyčítá, že sestře závidí všechnu tu pozornost, které se ji dostává. Jde jenom o to, že před tím, než Alice onemocněla, byly věci mnohem jednodušší. Helena chodila každý den po práci plavat. Víkendy trávila s přáteli a velmi často nechala všechno tak, jak je, a odešla na pár dní z domu. Nejlepší ze všeho bylo, když spolu s Alicí odcestovaly do Londýna na nákupy na Oxford Street.

Když však Alice onemocněla, už se ji nechtělo nakupovat. V podstatě se ji nechtělo dělat už vůbec nic.

Zůstala taková nudná a divná. Helena na ni křičela: „Není divu, že nemáš žádné přátele.“ ale i to si Helena vyčítá.

Ted' již Helena samozřejmě ví o schizofrenii mnohem víc. Ví, že Alice se ze všech sil snaží, aby ji bylo lépe a že potřebuje co nejvíce podpory.

Helena se tedy snažila již tolik nekritizovat svoji sestru, učí se sestru jemně a pozitivně povzbuzovat, když ji pomáhá s jednoduchými každodenními úkoly, např. s oblékáním a se sprchováním. Zdá se, že se Alice začíná více starat o svůj zevnějšek.

Helena také pomáhá Alici při styku s lékaři a sestrami, které se o ni starají. Doprovází ji na vyšetření a dbá na to, aby se braly v úvahu všechny potřebné údaje, např. rodinná anamnéza. Zapisuje si, kdy si má Alice vzít lék, jaké nežádoucí účinky léků je třeba sledovat. Pořádně se naučila, jaké jsou příznaky

relapsu a ví, co kdy dělat. Alice se opět staví na vlastní nohy a Helena je hrdá na to, že hraje tak významnou úlohu při uzdravování své sestry.

V mysli ji stále znějí slova, která ji řekla komunitní sestra při nedávné návštěvě: „Dbej na to, abys i ty žila podle sebe.“

Zdá se, že je to dobrá rada. Dnes večer si Alice uvaří sama a Helena si po práci půjde zaplavat s přáteli.

2.6.3. Vztah k duševně nemocnému členu rodiny

Z příběhu Alice a Heleny:

Z příběhu můžeme vyčíst, že jsou ve vztahu sestra k sestře. Obě jsou dospělé a pravděpodobně ještě žijí ve společné domácnosti s rodiči.

Úkol: V jakém vztahu k nemocnému členu vaší rodiny jste a co to pro Vás znamená?

Na vztah mezi členy rodiny je možné nahlížet pohledem, že každá rodina je jedinečný systém, který je tvořen interakcí mezi jejími jednotlivými členy.

Jaké systémy v rodině fungují:

Systém výměny peněz
Systém konzumace potravin
Systém předávání bakterií a virů
Systém nevědomých očekávání
Systém obranných mechanismů

Rodina je prostředím, kde si lidé nutně k sobě musejí vytvářet vztahy a nutně musejí komunikovat. Všechno, co říkají a dělají, dostává komunikační význam. I absence akce je akcí.

2.6.4. Povaha duševního onemocnění

Z příběhu Alice a Heleny:

Z příběhu se dozvídáme, že Alice se léčí se schizofrenní poruchou v historii Aliciny nemoci je výrazná negativní symptomatologie „Zůstala taková nudná a divná.“

Úkol: Zkuste si pro sebe projít s jakým onemocněním se léčí Váš příbuzný, jaký průběh u něho nemoc má, v jakém životním období se nemoc objevila, jaké příznaky se u něho objevují.

Charakteristické rysy onemocnění kladou na rodinu různé požadavky a vyžadují různý přístup. Rodiny na tyto charakteristické rysy reagují různě s ohledem na vlastní povahu rodiny a vlastní cyklus, ve kterém se nemoc nachází.

Charakteristické rysy v cyklu onemocnění:

Začátek onemocnění byl akutní nebo se projevoval postupně
Fáze nemoci se projevují spíše jako krize nebo dlouhodobější proces

Onemocnění je progresivní (zhoršuje se), je stabilizováno, nebo probíhá v epizodách
Jaká je prognóza onemocnění

2.6.5. Struktura rodiny

Z příběhu Alice a Heleny:

Z příběhu víme, že do rodiny Alice patří její sestra Helena a jejich rodiče.

Úkol: Zkuste si nakreslit vaši rodinu včetně blízkosti vztahů, které mezi členy Vaší rodiny jsou.

Do rodiny jsou počítáni všichni členové rodiny, kteří žijí společně ve společné domácnosti, ale i ti, se kterými jsou v rodině pevné vazby, ale nesdílejí s rodinou společnou domácnost. Rodinu tvoří i širší příbuzenstvo, kterým jsou prarodiče, strýcové a tety a atd. Do rodiny můžeme počítat i velmi blízké přátele, kteří jsou s rodinou silně spjatí. V případě onemocnění jednoho z členů rodiny zahrnuje rodinná struktura rodiny též profesionály.

Mezi hlavní faktory, které ovlivňují soudržnost rodiny, její schopnost zvládat onemocnění, jsou: míra flexibility, míra soudržnosti a hranice.

2.6.6. Rodinné fáze

Literatura hovoří o šesti rodinných fázích, kterými rodiny procházejí, každá fáze s sebou nese různou intenzitu a kvalitu vztahů mezi členy rodiny.

Odchod z domova, svobodní mladí dospělí

Mladé páry

Rodiny s malými dětmi

Rodiny s dospívajícími dětmi

Rodiny s dětmi, které odcházejí – fáze středního věku

Rodiny v pozdějším životě

Z příběhu Alice a Heleny:

Z příběhu není zcela jasné, v jaké fázi rodiny se v příběhu nachází Alice a Helene, ale můžeme se domnívat, že stále žijí ve společné domácnosti s rodiči. Nemoc Alice tak zastihla Helenu ve fázi, kdy by přirozeně rodinu začala opouštět a začala by budovat svou budoucí rodinu. Protože psychotické onemocnění nejčastěji propuká v rané dospělosti, je toto nejčastější fáze, do které nemoc zasahuje. Toto bývá i následně jedním z velmi častých důvodů proč nemocný v rodině zůstává, a dále ovlivňuje i vztahový rámec mezi jednotlivými členy rodiny.

Úkol: Zkuste si ta sebe uvědomit, ve které fázi rodiny se onemocnění vašeho příbuzného objevilo a v jaké fázi rodiny se nacházíte v současné době.

2.6.7. Rodinné hodnoty

Každá rodina má své hodnoty, které ji pomáhají definovat sebe sama a vymezit se vůči okolnímu světu. Jde o názorové a hodnotové postoje např. k otázkám víry, politické příslušnosti atd. Tyto samozřejmě ovlivňují i postoj rodiny vůči nemocnému, či nemoci samotné.

Příklad: Pokud rodina vnímá léčbu psychofarmaky jako známku onemocnění, předpokládá následně, že známkou úzdravy je redukce užívání psychofarmak. Tento postoj může následně komplikovat užívání léků nebo dodržování léčby nemocným.

Další příklady rodinného myšlení vztahujícímu se ke zdraví a nemoci:

Jaký je důvod onemocnění? Proč teď? Proč my?

Postoj k tomu zda je možné vůlí ovlivnit průběh onemocnění.

Optimismus nebo pesimismus v průběhu onemocnění.

Způsob komunikace o onemocnění, případně zda o něm je možné vůbec komunikovat.

Širší společenské souvislosti ve vztahu k onemocnění z hlediska náboženského, etnického atd.

Úkol: Zkuste se zamyslet nad hodnotami, které ovlivňují postoje ve vaší rodině k onemocnění.

2.6.8. Historie onemocnění v rodině a reakce rodiny na něj

Každá rodina má jinou společnou zkušenost, do této zkušenosti patří věci, které společně prožili, ale i ty které se dědí z předchozích generací. Mohou být rodiny, které mají zkušenost s úmrtím v rodině, ale nemají např. zkušenost s chronickým onemocněním uvnitř rodiny. Jsou rodiny, kde se chronické duševní onemocnění již vyskytlo. To vše ovlivňuje postoje rodiny k nemoci, léčbě či pomáhajícím profesionálům.

Příklad: Negativní zkušenost rodiny v rané fázi o onemocnění dále ovlivní její postoj k léčbě. Rodina se díky ní může uzavírat před pomáhajícími profesionály a dále nepodporovat nemocného člena k aktivní léčbě.

Reakce rodiny na onemocnění:

Popření nemoci (zejména v začátcích nemoci)

Hněv a odmítání nemocného člena rodiny

Pocity viny (které může vést k obětování svého času a energie, péče)

Pocity ztráty (které může vést k nízké sebedůvěře, strachu ze změn)

Depresivní pocity ze zátěže, izolace

Strach z toho kdo se bude o pacienta starat, až rodina nebude

Stigma

2.6.9. Komunikace v rodině

Těžké duševní onemocnění samozřejmě ovlivňuje i komunikační styl nemocného i celé rodiny. Styl komunikace nám může pomoci odhalit slabá místa, která je možné následně měnit.

Příklad:

Rodina, ve které žijí Radek a jeho matka. Radkovi je 40 let a léčí se s paranoidní schizofrenií. S matkou žijí ve společné domácnosti od doby, kdy Radek v 19 letech onemocněl. Matce je 62 let a je jedinou pečující osobou, kterou Radek má. Matka při návštěvách sociálních pracovníků, při kterých jsou přítomni oba, často říká:

„Radek je na tom tak, že nemůžeme jít ani ven a zařídit co je třeba.“

Co z této věty můžeme vyčíst:

V rodině se rozvolnily hranice mezi jejími členy a onemocněním. Je dobré oddělovat nemocného od jeho nemoci. Oddělovat od sebe jednotlivé členy rodiny.

Radek i ve svém věku je v roli dítěte – o které se musí matka bezpodmínečně postarat.

Matka vyjadřuje těžkost, kterou ji tato situace přináší, ani ona nemůže někam jít, když je Radkova nemoc zhoršená.

Tato věta by mohla znít:

Radku vím, že v tomto období se tvoje nemoc zhoršila a je pro tebe těžké někam jít. Jsem ráda, když se ti to podaří, i když vím, že tě to stojí hodně sil. Víím tak, že jsi schopný si zařídit své věci sám a já se o to nemusím starat.

Pár rad pro lepší komunikaci v rodině s duševně nemocným členem:

V komunikaci oddělujte sami sebe a ostatní členy rodiny.

Nemluvte o nemocném členu rodiny, mluvte k němu.

Oddělujte nemocného od jeho nemoci.

Zkoušejte se vyvarovat nadměrné kritice nemocného.

Ptejte se, co pro nemocného můžete udělat, čím mu můžete pomoci, nedělejte to sami z dobré vůle pomoci, aniž si o to sám neřekne.

Buďte pozorní k tomu, co se daří, podporujte to, co se daří, nahlas to oceňujte.

Bludy není možné vyvrátit, není ale dobré ani s nimi souhlasit, můžete však vyjádřit emoční podporu nemocnému.

2.6.10. Míra vyjadřování emocí v rodině

Vyjadřované emoce (v anglickém jazyce expressed emotions) je konceptem, který je vztahován k chronickým onemocněním a to nejen duševním. Nejčastěji se jedná o:

Přílišnou péči – přemíru ochrany a péče

X

Kritické komentáře – nepřátelskost

Přílišná péče je tvořena úzkostí a pocity viny. Vina vyplývá z pocitu zodpovědnosti za nemocného člena rodiny. (Př.: „Sám si čaj neudělá, tak mu vždy po krátkém váhání udělám sama.....“ „Neumí si sama poradit, tak jí řeknu, co má dělat....“)

Kritické komentáře a nepřátelskost (Př...: „Musím ho do všeho strkat, Štve mě.“ „Mám vztek, když ho vidím zase ležet“)

Jaké mohou být důsledky nadměrně vyjadřovaných emocí:

V rodinách s přemírou vyjadřovaných emocí, dochází častěji k relapsu nemoci nemocného a to i přes dobře nastavenou a užívanou medikaci.

Tyto rodiny častěji kontaktují odborníky a žádají o pomoc pro své příbuzné, pro svou rodinu.

V těchto rodinách častěji dochází k opakovaným hádkám, které mohou vyústit do fyzického nebo psychického násilí.

Z příběhu Alice a Heleny: Konceptu vyjadřovaných emocí si můžeme v příběhu všimnout např. ve větě: „Není divu, že nemáš žádné přátele.“, která vyjadřuje větší míru kritičnosti a nepřátelství Heleny vůči Alici.

Úkol: zamyslete se ve skupinkách nad tím, zda se ve vaší rodině objevují expressed emotions, jaké je jejich vyjádření a zkuste si vzpomenout na větu, připomínku která je ve vaší rodině vůči nemocnému členu rodiny často používaná.

Nevíňte se, pokud jste si uvědomili, že jsou u vás v rodině emoce vyjadřovány některým výše uvedeným způsobem, jde o způsob, jak se s nemocí vašeho rodinného příslušníka vyrovnáváte. Poznání, že tomu tak je, vám dává možnost toto změnit, mít to pod kontrolou.

2.6.11. Potřeby členů rodiny

Informace o chorobě, přístupu k ní a její dosud známé příčiny

Zaměření se na silné stránky

Sdílení nemoci

Komunikace v rámci rodiny

Hranice v rodinném kruhu

Řešení problémů

Obnovení společenských vazeb

Jednání se zdravotníky

Z příběhu Alice a Heleny:

Z příběhu víme, že Helena mohla změnit svůj pohled na Alici a její nemoc díky informacím, které o nemoci získala a stala se i jedním z hlavních zdrojů ze kterého profesionální zdravotnické služby mohou získat relevantní informace o aktuálním průběhu Aliciny nemoci. Helena se dokázala oprostít díky těmto informacím od negativního postoje k Alici a dokáže dnes vidět i Aliciny silné stránky, které pomáhá rozvíjet. Helena našla své hranice, které ji znovu umožnili navázat na své záliby a neztratit své přátele. Helena se naučila být rovnocenným partnerem pro zdravotníky, kteří jsou zapojeni do léčby její sestry.

2.6.12. Rodinná hnutí a svépomocné aktivity

Pro rodiny lidí s duševním onemocněním, duševně nemocné samé i pro podpůrný zdravotní či sociální systém služeb, jsou ve světě velkým partnerem hnutí rodinných příslušníků i svépomocná patientská hnutí. Jejich význam je důležitý pro samotné rodiny, osoby s duševním onemocněním, kteří zde mají prostor sdílet své vlastní zkušenosti, ale mají i velký politický význam a jejich slovo bývá velmi silně slyšet i ve chvílích kdy se rozhoduje o podobě psychiatrické péče.

EUFAMI – <http://www.eufami.org/>

Amicus Brno, zavisek@volny.cz

CENTRUM DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ – Svépomocná skupina rodičů, Hradec králové

Česká společnost pro duševní zdraví, Mladá Boleslav - <http://ceska.spolecnost.sweb.cz/>

Kolumbus - <http://www.os-kolumbus.org/>

Občanské sdružení FELICITAS Pardubice

OSPODN ČR (Občanské sdružení pomoci duševně nemocným ČR) – <http://www.spdn-cr.org>

Paprsek - <http://www.paprsek-zpc.eu/>

POCHODEŇ – občanské sdružení pro pomoc zdravotně postiženým, Liberec

POLIDON Strakonice, polidon@quick.cz

RODIČOVSKÝ KLUB Fokus MY KLUB LIBEREC, fokus-myklub-@volny.cz

ROVNOVÁHA Ostrava, rovnovaha.ostrava@seznam.cz

SOCIOTERAPEUTICKÝ KLUB DOMINO, České Budějovice

Sympathea - <http://www.sympathea.cz/>

ŠELA, Kolín <http://sela.webnode.cz/> (stránky existují, ale nejsou aktualizované od roku 2011)

Vida - <http://www.vidacr.cz/>

Příběh Heleny a Alice je převzat z publikace: Objevte cestu, jak jít dál, kterou vydalo nakladatelství TIGIS.

2.7. Služby pro duševně nemocné, jejich indikace a kontraindikace, způsoby práce, očekávané výsledky, omezení

Psychiatrická nemocnice

Psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic (včetně psychiatrických klinik)

Praktický lékař

Ambulantní psychiatr

Klinický psycholog

Terapeutická komunita

Krizové služby a domácí léčení

- Telefonická pomoc- Linka důvěry

- Krizové kontaktní centrum

- Krizové centrum s možností krátké hospitalizace

- Mobilní krizová služba

Denní stacionář

- Psychoterapie individuální, skupinová, rodinná

Komunitní centrum

- Komplexní programy (terapeutické milieu, psychoterapie, edukace, rehabilitace, socioterapie, integrace)

Terénní práce

- Case management

Podpora v bydlení

- Chráněné bydlení

- Podporované bydlení

- Dům na půl cesty

Podpora v práci

- Sociálně terapeutické dílny

- Přechodné zaměstnávání

- Podporované zaměstnávání

- Sociální firmy a sociální družstva

Informační a poradenská činnost

- Poradny a profesionální informační centra

- VIDA centra – informační centrum pro oblast duševního zdraví a nemoci (uživatelské)

Volný čas, klubová činnost

- Centrum denních aktivit

- Socioterapeutický klub

- Svépomocné kluby

Svépomoc

- Organizace uživatelů péče

- Organizace příbuzných a pečovatelů

Advokacie

- Obhajování práv duševně nemocných

Pečovatelská služba

- Pomoc, podpora a péče o osoby se sníženou soběstačností při každodenních činnostech

2.7.1. Psychiatrická nemocnice (léčebna):

Psychiatrická nemocnice je lékařské zařízení, které se zaměřuje převážně na léčbu závažných duševních onemocnění. První psychiatrická léčebna v Evropě vznikla v roce 1784 ve Vídni.

Psychiatrické nemocnice se mohou lišit v metodice a postupu při léčbě. Některé nemocnice se mohou specializovat pouze na léčbu v krátkodobém horizontu, nebo jen ambulantní léčbu u méně vážných duševních poruch. Jiné se mohou specializovat na dočasnou nebo trvalou péči o pacienty, kteří v důsledku psychické poruchy vyžadují neustálý dohled, ošetřování nebo specializované a kontrolované prostředí. Pacienti jsou často přijati na základě dobrovolnosti, ale klient může být do nemocnice umístěn i na základě soudního rozhodnutí v případě, kdy může představovat značné nebezpečí pro sebe nebo své okolí.

Seznam psychiatrických nemocnic v ČR:

- Praha: Bohnice
- střední Čechy – Kosmonosy s dislokováním pracovištěm v Sadské
- západní Čechy – Dobřany
- jižní Čechy – Lnáře
- severní Čechy – Horní Beřkovice, Petrohrad
- východní Čechy – Havlíčkův Brod
- jižní Morava – Brno-Černovice, Jihlava
- střední Morava Šternberk, Kroměříž
- severní Morava a Slezsko – Opava

dětské psychiatrické nemocnice:

- Opařany
- Louny
- Velká Bíteš

protialkoholní nemocnice:

- Bílá Voda
- Červený Dvůr

Hospitalizace v PN by měla sloužit především ke zvládnutí závažných psychických potíží, krizových situací, kdy by pobyt klienta v domácím prostředí mohl ohrozit jeho nebo okolí. Bohužel se tomu tak v mnoha případech neděje a v PN zůstávají lidé zbytečně hospitalizováni delší dobu než je nezbytně nutné. Prodlužovaná hospitalizace může vést ke vzniku hospitalizmu, který ztěžuje, v mnoha případech i znemožňuje, návrat klienta do domácího prostředí. Pozitivní změnu by snad mohla přinést reforma psychiatrické péče.

Na některých odděleních se klienti mohou účastnit rehabilitačních aktivit, které by měly přispívat k připravenosti klienta opustit PN a úspěšně se zapojit do života v přirozeném prostředí.

Kromě velkých PN najdeme v ČR také cca 35 psychiatrických oddělení při všeobecných nemocnicích. Výhodou je, že oddělení bývají menší, přístup ke klientům je tedy individuálnější. Klienti na těchto odděleních setrvávají pouze po dobu nezbytně nutnou, je zde tudíž menší riziko vzniku hospitalizmu.

2.7.1.1. Psychiatrická nemocnice Kosmonosy

Zdravotnické zařízení se šesti sty lůžky. Poskytuje jak hospitalizační, tak ambulantní psychiatrickou péči s využitím různých terapeutických postupů. V areálu Kosmonosy se nacházejí pavilony A, B, K a S pro hospitalizační léčbu. Pavilon D s odbornými ambulancemi.

V pavilonu S se nachází laboratoř, prostory pro pracovní terapii, jejíž součástí je i arteterapie.

Na pozemcích léčebny je provozována hiporehabilitace. K psychiatrické léčebně Kosmonosy náleží také dislokované pracoviště Sadská se dvěma odděleními. Ambulantní složka se nachází v objektu v Žižkově ulici v Mladé Boleslavi.

Oddělení, kde jsou nejčastěji hospitalizováni naši klienti:

A16: ochranná léčba muži:

Zabývá se soudně nařízenou ochrannou psychiatrickou léčbou v celém spektru duševních poruch kromě sexuálních poruch. Léčba je především psychoterapeutická, režimová, pracovní a komunitní.

B1: příjmové oddělení ženy:

Je uzavřené oddělení určené ženám ve věku 18 až 65 let z dané spádové oblasti. Poskytovaná diagnostická a terapeutická péče zahrnuje spektrum duševních nemocí od psychotických onemocnění, přes depresivní, úzkostné a neurotické poruchy, až po poruchy osobnosti. Oddělení není specializované na léčbu organických poruch, poruch příjmu potravy a mentálních retardací. Na oddělení jsou hospitalizovány i nemocné s nedobrovolným vstupem, pokud se jedná o závažný stav ohrožení sebe nebo okolí.

Spektrum terapeutických metod zahrnuje psychiatrickou (farmakoterapie, v indikovaných případech elektrokonvulzivní terapie) a psychologickou péči (psychologické vyšetření, psychoterapeutické vedení), dále ergoterapii, arteterapii, relaxaci či hipoterapii. Oddělení je rozdělené do dvou částí: filtrová a režimová.

Resocializační a psychoterapeutické oddělení K20

Oddělení je zaměřeno na léčbu osob s neurotickými, psychotickými a dalšími psychickými poruchami (30 lůžek). Přijímání jsou muži i ženy (od 15 let). Na oddělení jsou pacienti překládáni z příjmových oddělení léčebny nebo přicházejí na doporučení svého ambulantního lékaře. Horní věková hranice není pro pobyt rozhodující. Pacient musí být schopný účastnit se resocializačních a terapeutických aktivit.

Oddělení má charakter polootevřeného oddělení s komunitním režimem a nabízí komplexní psychiatricko-psychologickou léčbu a diagnostiku. Základem léčebného procesu je především práce pacienta ve skupinové psychoterapii. Mezi další nabízené aktivity patří: ergoterapie, arteterapie, edukace, hipoterapie, nácviky každodenních dovedností, trénink kognitivních funkcí, konzultace se sociální pracovníci za účelem orientace v existenciálních otázkách, setkávání s rodinami pacientů, sportovní a kulturní aktivity, vycházky a výlety. Oddělení nepřijímá pacienty k nedobrovolné léčbě, ve špatném tělesném stavu a neabstinující od návykových látek. Léčba má pomoci pacientům ke

zmírnění duševních obtíží, porozumění sama sobě, svému onemocnění a usnadnit zapojení do každodenního života a umožnit zvládání nároků, které jsou na duševně nemocné kladeny.

Detox K20

Detox je koedukované zařízení pro pacienty od 15 let. Termín přijetí pacienta stanoví primář/lékař detoxu dle aktuální kapacity lůžek.

Detoxifikace je poskytována celoročně. Péče o pacienty na detoxu je nepřetržitá. Minimální doba detoxifikace bývá přibližně týden, průměrná délka pobytu je 14 dní. Délka detoxifikace záleží na typu užívané návykové látky či více látek, na délce užívání, a postupech vysazení látky, vylučování této látky a také na komplikacích souvisejících s psychickým (delirantní stavy, psychotické stavy, dekompenzace sekundárních diagnóz apod.) či fyzickým stavem pacienta.

K detoxifikaci jsou přijímáni pouze pacienti se sjednanou následnou léčbou (pobyty v léčebnách, komunitách, denních stacionářích, návaznou ambulantní péčí psychiatrickou, psychologickou, psychoterapeutickou, ambulantním poradenstvím) nebo před výkonem trestu či se sjednanými pobyty z nařízení kurátora. Po skončení detoxifikace pacient pokračuje přímo z Detoxu K20 do předem zajištěné následné léčby, kterou si zajistil sám nebo s pomocí doporučujícího zařízení.

K21 Příjmové oddělení mužů

K21 je uzavřené oddělení pro příjem dospělých mužů ve věku do 65 let. Přednostně jsou přijímáni pacienti ze spádového regionu nemocnice, kteří vyžadují lůžkovou péči. Nedospělé pacienty ve věku 15 - 18 let lze přijmout po předchozí telefonické domluvě.

Oddělení poskytuje diagnostickou a komplexní psychiatricko-psychologickou léčebnou péči u širokého spektra duševních poruch. Na oddělení nejsou přijímáni pacienti ve stavu akutní intoxikace alkoholem, psychotropními látkami nebo léky, somaticky komplikované odvykáací stavy s deliriem, nestabilní somatická onemocnění nebo stavy, které vyžadují specializovanou somatickou péči.

Nemocní mohou být přijati jak v dobrovolném, tak i v nedobrovolném režimu (naplní-li zákonné podmínky a souhlasí-li místně příslušný soud).

Doba hospitalizace je posuzována individuálně a řídí se závažností stavu, pro který byl pacient přijat. Může trvat dny, u psychóz jde většinou o dobu léčby kolem 6 týdnů i více v závislosti na dosažené úrovni stabilizace zdravotního stavu tak, aby odpovídala možnostem pokračovat v léčbě ambulantní formou.

K užívaným metodám léčby patří psychofarmakoterapie, elektrokonvulzivní terapie, individuální a podpůrná psychoterapie, využití relaxace, arteterapie, hiporehabilitace, pracovní terapie (keramická dílna, pletení košíků, výroba svíček, šití, tkaní apod.), trénink sociálních dovedností.

S10 Léčebně resocializační oddělení

Péče na tomto oddělení se zaměřuje na doléčování psychotických pacientů a péči o nemocné s chronickou schizofrenií, zvláště její paranoidní a reziduální formou. Menší část objemu léčebné péče

je věnována schizoafektivním poruchám, závislým na alkoholu a medikamentech i mentálním retardacím.

S8 - Resocializační oddělení - koedukované

Smíšené oddělení s kapacitou 50 lůžek, obsazovaných pacienty s chronickým průběhem duševních poruch, případně pacienty s osobnostními poruchami s adaptačními problémy v běžných životních podmínkách. Nemocné obvykle přijímá z jiných oddělení léčebny.

Léčebný proces je založen na principu komunity, tj. kolektivní spoluúčasti na veškerém dění s pravidelným každodenním společným sezením s rekapitulací událostí předchozího dne a s řešením stávajících potřeb a požadavků pacientů. Vedle komunit probíhají další skupinové aktivity: psychoterapie, relaxační terapie, pracovní terapie v různých formách, hiporehabilitace.

Dislokované pracoviště Sadská

Oddělení Sadská se nachází v Polabí, blízko Nymburka a Poděbrad. Zařízení dnes pojme 87 pacientů, ženy i muže, a tvoří je 2 budovy v blízkosti lesa a jezera. K areálu patří i velká zahrada, budova pro pracovní terapii a obslužný provoz. Pokoje jsou většinou po třech, výjimečně více lůžkách.

Oddělení je otevřeného typu a až na výjimky přijímá obvykle jen dospělé nemocné k dobrovolnému pobytu. Pacienti jsou většinou objednávaní na doporučení psychiatra. Je-li volné místo, mohou být klienti výjimečně přijati v rámci první pomoci, pokud splňují indikace pro otevřené oddělení. Oddělení není určeno k léčbě návykových nemocí (závislosti), není možno přijmout stavy spojené s agresivitou a chybějícím náhledem pacienta. Délka pobytu není pevně stanovena, řídí se stavem pacienta a obvykle se pohybuje mezi 4 - 8 týdny.

2.7.2. Ambulantní péče

2.7.2.1. Praktický lékař

Mnoho klientů návštěvu praktického lékaře zanedbává. To je ovšem chyba, je nutné dbát na pravidelnou prevenci! Jedním z důvodů, proč prevenci zanedbávat, jsou vedlejší účinky psychiatrických léků, které mohou zasahovat do somatického stavu.

2.7.2.2. Ambulantní psychiatr

Ambulantní psychiatr je nejčastějším místem prvního kontaktu pacienta s psychiatrií. Úkolem psychiatra je prevence, diagnostika, léčba i rehabilitace, resocializace a posuzování duševních poruch. Ambulance také zajišťují péči o pacienty v ochranné léčbě. Pacient může být v péči ambulance dlouhodobě.

Specializovaná ambulantní zařízení můžeme rozdělit na:

- ambulance veřejné psychiatrické péče
- ordinace AT
- substituční centra
- psychiatrické ambulance pro děti a dorost
- ambulance psychiatrické sexuologie

ambulance pro léčbu poruch příjmu potravy
ambulance klinického psychologa

Nejčastější činností ambulantního psychiatra je:

stanovení klinické diagnózy
předepisování psychofarmak
péče o přidružené somatické problémy, spolupráce s OL
vyšetření aktuálního psychického stavu jako indikace k nedobrovolné hospitalizaci

2.7.2.3. Klinický psycholog

Klienta většinou odešle k psychologovi praktický lékař, neurolog nebo psychiatr. Prvotní částí vyšetření je klinický rozhovor, kdy psycholog podrobně sleduje rozvoj a příčiny psychického onemocnění či psychické nepohody, blízké vztahy jedince, způsob života, návyky, omezení, která nemoc přináší, hledá možné zdroje stresu. V případě potřeby pak použije speciálně zaměřené testy. Na základě vyšetření pak doporučí další postup. Někdy stačí jednorázová pomoc, rada či návod, nácvik relaxace, jindy se po domluvě s klientem společně pouští do dlouhodobější psychoterapie. Vždy však respektuje individualitu klienta. Také může pacienta odeslat k dalšímu odborníkovi. Na psychologa se klienti mohou obracet s různými problémy. Může se jednat o poruchy, jako jsou psychózy, často podceňované deprese, úzkostné stavy, pocity nepohody, poruchy spánku, poruchy příjmu potravy, opakované vztahové problémy, potíže po traumatickém zážitku, úmrtí blízkého člověka.

2.7.3. Terapeutická komunita

Terapeutická komunita je společenství, které umožňuje učit se samostatnosti, komunikaci a pracovním návykům v chráněném prostředí.

Pobytem v komunitě se postupně obnovují zdánlivě samozřejmé osobní a pracovní návyky (vstát ráno z postele, zvládnout osobní hygienu, zapojit se do chodu domácnosti, atd.), což jsou nezbytné předpoklady pro obnovu dalších důležitých sociálních dovedností. Klient se znovu učí fungovat v pracovních i osobních vztazích a připravuje se tak k pozvolnému začlenění do tzv. normální společnosti. Základem nabízené péče je dlouhodobý terapeutický a resocializační program, který se skládá ze skupinové a individuální terapie, pracovní terapie, tréninku odpovědnosti, pedagogické práce, sociálního servisu, zátěžových a volnočasových programů (sport, kultura, aj). Důležitou součástí programu je spolupráce s rodinami klientů. Model terapeutické komunity, je nejúčinnějším a nejnáročnějším přístupem v léčbě závislostí a jako takový je již dlouhodobě užíván v ČR (např. Sejřek, Mýto) i v zahraničí. Klient do služby vstupuje dobrovolně, může tedy i dobrovolně odejít. Ke každému klientovi je přistupováno individuálně s ohledem na jeho potřeby.

Léčebný program v TK obsahuje cca 6 až 10 měsíců terapeutické, vzdělávací, sociální a jiné intenzivní práce. Na léčebný program navazuje velice praktický program pracovní rehabilitace. Jedná se o pracovní dílny, v nichž se klienti připravují na běžné zaměstnání. Klienti jsou v dílně TK zařazení do běžného pracovního poměru (s pracovní smlouvou, mzdou). V dílně se klient učí manuálním dovednostem, pracovním postupům a běžným pracovními návykům (dochvilnost, úkolová práce, efektivní využití celé pracovní doby), stejně jako se učí domluvit se a vycházet s nadřízeným, zaměstnavatelem. Nástup do TK je možný po absolvování Detoxu.

Terapeuti společně s klientem pracují např. na těchto úkolech:

- získání náhledu na nemoc
- porozumění spouštěčům
- porozumění relapsovému kruhu
- přijetí nemoci
- nácvik praktických a sociálních dovedností
- rozvoj a upevnění vztahové sítě
- rozvoj komunikačních dovedností
- práce s emocemi, sdílení
- podpora a rozvoj chování, které je společností přijímáno
- trénink kognitivních funkcí
- psychoedukace

Každý klient se řídí vlastním individuálním plánem, který zároveň respektuje denní režim komunity.

- Základní pravidla pro pobyt
- Čistota od drog, alkoholu a jiných závislostí
- Žádné fyzické ani psychické násilí
- Povinnost účastnit se programu
- Respektování rozhodnutí a podmínek komunity
- Zákaz navazování partnerského nebo sexuálního vztahu s jinými klienty komunity

2.7.4. Krizové centrum

Krizová pomoc se v západních zemích začala systematicky rozvíjet po druhé světové válce.

2.7.4.1. Telefonická pomoc - Linka důvěry

Linka důvěry je typická svou dostupností, oboustrannou anonymitou, bezbariérovostí, rychlostí.

Tři typy telefonické krizové pomoci:

- Kontaktní linky: poskytují první kontakt s daným pracovištěm
- Specializované linky: zaměřeny na určitou problematiku (děti, senioři, domácí násilí apod.)
- Linky důvěry otevřené komukoli.

2.7.4.2. Krizová centra

Menší zařízení, která by v ideálním případě měla poskytovat:

- telefonickou krizovou intervenci
- krizovou intervenci tváří v tvář
- krizová lůžka, kde klient může v bezpečném prostředí strávit několik dní, za dostatečné se považuje pět dní.

Všechny tyto služby by měly být nízkoprahové, situované na dobře přístupném místě. Samozřejmostí je nepřetržitý provoz. Ideálně jsou i mobilní a poskytované multidisciplinárním týmem (psychiatr, psycholog, sestra, sociální pracovník).

Např.: Centrum krizové intervence Bohnice, RIAPS, Anabell

2.7.4.3. Mobilní krizové služby

Krizovou pomoc poskytují v terénu. Výhodou je, že pomoc je dostupnější pro více klientů. Vzhledem k místu krizové intervence, lze zapojit i rodinu klienta. Tyto služby zajišťují prvokontakt s nezachycenými klienty, nespolupracujícími klienty. Zajišťují intenzivní kontakt po propuštění z PN, čímž přispívají k prevenci relapsu. Poskytují pomoc klientům, kteří potřebují intenzivní ambulantní nebo domácí péči.

Adresář krizových psychosociálních služeb najdete na adrese: www.remedium.cz

2.7.5. Denní stacionář

Denní stacionář vytváří nestigmatizující a podpůrné prostředí usnadňující zotavení uživatelů po následcích duševního onemocnění. V jednotlivých skupinách si uživatelé vzájemně předávají informace, sdílejí své zkušenosti a na základě prožitého se mohou vzájemně podporovat a rozvíjet. Sociální pracovníce ve spolupráci s psychologem a psychiatrem vytváří pro každou skupinu individuální program sociální rehabilitace. Klienti mají možnost do něj zasahovat, přinášet nové podněty, řešit společně různé problémy, navrhovat aktivity i mimo zázemí denního stacionáře.

2.7.6. Komunitní centrum

Komunitní centrum je zařízení sloužící ke konání nejrůznějších aktivit (například kulturních, vzdělávacích nebo tělovýchovných) pro určitou komunitu anebo k poskytování sociálních služeb zejména sociálně vyloučeným osobám.

2.7.7. Terénní práce (případové vedení, case management)

Pracovníci CM jsou většinou ti, se kterými se klienti setkávají jako s prvními. CM klientovi představuje služby a následně s klientem zůstává v kontaktu po celou dobu, kdy klient využívá služby. CM s klientem vytváří dlouhodobý plán, kde se společně dohodnou na oblastech, ve kterých klient potřebuje a chce pomoc. Plán může být zaměřen na jakékoliv problémy, které klientovi komplikují život (jednání s úřady, získávání nových dovedností, problémy v rodině, finanční management, lékový management). Klient je sám aktivně vtažen do řešení své situace a do procesu plánování služeb, o nichž sám rozhoduje, a je zodpovědný za jejich realizaci. Tím se posilují a znovu navrací jeho kompetence a aktivizují se jeho vlastní zdroje.

2.7.8. Podpora v bydlení

2.7.8.1. Chráněné bydlení

Chráněné bydlení poskytuje služby dlouhodobě duševně nemocným, kteří ztratili dovednosti potřebné k samostatnému bydlení.

Služby jsou zaměřeny na klienty, kteří byli dlouhodobě hospitalizováni v PN (tzn. déle jak jeden rok) a během hospitalizace v PN ztratili dovednosti, které jsou potřebné pro samostatné bydlení. Služba je současně zaměřena na klienty, kteří žijí u svých příbuzných (nejčastěji rodičů) a nemají možnost plně

uplatnit, popř. se naučit, dovednosti nutné k bydlení. Cílem podpory je umožnit klientům žít co nejsamostatněji v běžných podmínkách. Naučit klienty udržovat domácnost, organizovat si volný čas, hospodařit s penězi a udržet dobré vztahy společného soužití se sousedy. Služba je určena pro klienty, kteří chtějí bydlet nezávisle na rodině nebo nemocnici a zpočátku potřebují větší podporu CM.

2.7.8.2. Podporované bydlení

Hlavním významem podporovaného bydlení je rozšíření kompetencí, praktických dovedností, schopností, znalostí uživatelů a jejich příprava na přechod do přirozeného sociálního prostředí. Cílem je snižování závislosti uživatelů na poskytované sociální službě a jejich podpora aby v co nejvyšší míře využívali vnějších služeb, které běžně využívá veřejnost. Současně v nich také probudit vědomí odpovědnosti, rozvíjet v maximální míře samostatnost a minimalizovat nadměrnou péči, která tomu brání. Hlavní důraz je kladen na aktivitu uživatelů a pokud možno komplexní rozvoj jejich osobnosti. Podpora samostatného bydlení je terénní služba a je jednou ze služeb sociální péče, která napomáhá zabránit sociálnímu vyloučení. Vychází se přitom z myšlenky, že potřeby člověka lze nejlépe naplnit v jeho přirozeném prostředí. Nabízí alternativní možnosti uplatnění ve společnosti podle jejich individuálních schopností. Snaží se posunout rámec možností duševně nemocných lidí o něco dál, než jsou schopny psychiatrické nemocnice.

2.7.8.3. Dům na půl cesty

Domy na půl cesty poskytují pobytové služby zpravidla pro osoby do 26 let věku, které po dosažení zletilosti opouštějí školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, popřípadě pro osoby z jiných zařízení pro péči o děti a mládež, a pro osoby, které jsou propuštěny z výkonu trestu odnětí svobody nebo ochranné léčby. Poskytují ubytování, zprostředkovávají kontakt se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí.

2.7.9. Podpora v práci

2.7.9.1. Přechodné zaměstnávání

Přechodné zaměstnávání je registrovaná sociální služba dle zákona č. 108/2006 Sb. a nabízí lidem s duševním onemocněním sociální rehabilitaci v oblasti práce formou krátkodobých pracovních míst. Klienti pracují v běžném pracovním prostředí, za běžnou mzdu, na snížený pracovní úvazek. V průběhu jejich práce se jim dostává podpory ze strany pracovníků služby. Délka pracovního poměru je 3-9 měsíců.

Cílem je:

- posílení sebevědomí, motivace v pracovní oblasti
- zvýšení, obnovení nebo udržení pracovních, sociálních a kognitivních dovedností
- rozpoznání vlastních dovedností, které mohou mít vliv na zaměstnání klienta

2.7.9.2. Podporované zaměstnávání

Podporované zaměstnávání je časově omezená služba určená lidem, kteří hledají placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí. Smyslem PZ je vyrovnávání příležitostí pro pracovní uplatnění lidí, kteří v důsledku zdravotního postižení nebo jiných znevýhodňujících faktorů mají ztížený přístup na otevřený trh práce a v důsledku toho mohou být nebo jsou omezeni ve svém společenském uplatnění. V rámci podporovaného zaměstnávání je poskytována podpora rovněž zaměstnavatelům uživatelů služby. Klientům je poskytována individuální, dlouhodobá a průběžně poskytovaná podpora. A to jak před, tak i po nástupu do práce. Hlavním cílem PZ je umožnit lidem z cílové skupiny získat a zachovat si vhodné zaměstnání na otevřeném trhu práce. Současně je cílem zvýšit míru samostatnosti uživatelů služeb. Služba je časově omezená, vždy záleží na individuální podpoře. Podporu lze využívat i opakovaně.

2.7.9.3. Sociálně terapeutické dílny

Sociálně terapeutické dílny jsou ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umísťitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie.

2.7.9.4. Sociální firmy a sociální družstva

Sociální družstvo vyvíjí obecně prospěšné činnosti směřující na podporu sociální soudržnosti. Účelem je pracovní a sociální integrace znevýhodněných osob do společnosti. Přednostně využívají místních zdrojů a to zejména v oblasti vytváření pracovních příležitostí, sociálních služeb a zdravotní péče, vzdělávání, bydlení. Snaží se sloučit výhody neziskového a podnikatelského prostředí.

2.7.9.5. Chráněná pracovní místa

Chráněná pracovní místa může vytvářet zaměstnavatel. Individuálně upravené podmínky v chráněném umožní práci osobě se zdravotním postižením. Na vytváření a provoz takových míst může zaměstnavatel získat podporu z veřejných zdrojů (Úřad práce).

2.7.10. Poradenství

Sociální poradenství zahrnuje:

- a) základní sociální poradenství
- b) odborné sociální poradenství

ad a) Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace, které přispívají k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Tuto činnost jsou vždy povinni zajistit poskytovatelé sociálních služeb.

ad b) Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých sociálních skupin. Poradenství může být poskytováno v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí a ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností.

2.7.10.1. Centrum denních aktivit

Centrum denních aktivit vytváří pro své klienty příjemné a bezpečné prostředí, kde mohou aktivně trávit svůj volný čas. Typická je pro centrum nízkoprahovost. Centrum zároveň podporuje samostatnou aktivitu a cílem pracovníků je zajistit, aby klienti centra sami aktivně participovali na jeho chodu. Centrum se ve svých programech snaží podporovat i sport a zdravý životní styl svých klientů.

2.7.11. Svépomocné aktivity

Svépomocné skupiny si vytvářejí sami klienti, případně jejich příbuzní. Klient zde pomoc nejen přijímá, ale také sám poskytuje. Klienti jsou spojeni společnou zkušeností, nemusejí si navzájem vysvětlovat, o co jde. Odpadá stigmatizace. Svépomocné hnutí zvyšují sebevědomí jednotlivých členů.

Principy práce svépomocných skupin:

- podporovat psychologicky význam, dát dohromady lidi se stejnými problémy (změna osobní krize na sociální zkušenost), poznat, že není sám
- mít ideologii, která slouží jako protijed vůči vnějším skupinám
- dát příležitost pro zpověď a vzájemnou kritiku
- poskytnout modely rolí: když to dokáží jiní, dokážu to taky
- naučit strategii zvládání denních problémů, vzájemné povzbuzování, morální podpora
- vytvořit síť sociálních vztahů

Uživatelská hnutí mohou působit v různých oblastech: práva lidí s duševním onemocněním, poradenství, poskytují služby a vzdělávání svým členům, odborníkům i veřejnosti. V Nizozemí a ve Velké Británii můžeme nalézt různé formy patientských rad. Tyto rady působí v psychiatrických zařízeních.

2.8. Systém služeb Fokusu MB

Fokus Mladá Boleslav, sdružení pro péči o duševně nemocné zahájilo svojí činnost v roce 1991.

Občanské sdružení Fokus Mladá Boleslav je nestátní nezisková organizace poskytující sociální služby dlouhodobě vážně duševně nemocným ve Středočeském a Karlovarském kraji. Poskytované služby tvoří celek, který bývá označován jako komplexní psychiatrická rehabilitace.

Za dobu svého působení vytvořil Fokus MB řadu rehabilitačních programů, které vycházejí z individuálních potřeb klientů. Do programů Fokusu vstupují klienti výhradně na základě svého dobrovolného rozhodnutí a mohou z nich kdykoli odejít.

2.8.1. Cíle služeb

Cílem služeb je zvýšení kvality života klientů, zvýšení jejich nezávislosti a snížení potřeby psychiatrické rehabilitace. Cílem je, aby klient zvládal své onemocnění v přirozeném prostředí. Velmi důležitou součástí naší služby je i práce s rodinou klienta, pro kterou je právě tento edukační program vytvořen.

2.8.2. Cíle sdružení

Fokus chce umožnit lidem s psychickými potížemi komplexní rehabilitaci, poskytnout jim příležitost k nalezení ztracené sebedůvěry a vrátit jim rovnoprávné postavení ve společnosti.

2.8.3. Cílová skupina

Cílová skupina je vymezena diagnózou, věkem, regionem a potřebností.

Prioritně je služba věnována duševně nemocným s psychotickou poruchou.

Z diagnóz mimo okruh psychóz spolupracujeme okrajově, práce s takovými klienty je jiná. Snažíme se více podpořit jejich potenciál uplatnit se například na volném pracovním trhu, poskytujeme jim více poradenství nežli podporu.

2.8.4. Organizační schéma

<u>Mladá Boleslav</u>	<u>Mnichovo Hradiště</u>	<u>Nymburk</u>	<u>Kolín</u>	<u>Karlovy Vary</u>
Case management		Case management	Case management	Case management a podpora v samostatném bydlení KV
				Case management a podpora v samostatném bydlení Cheb
				Case management a podpora v samostatném bydlení Sokolov
Centrum sociální rehabilitace		Centrum sociální rehabilitace	Centrum sociální rehabilitace	Centrum sociální rehabilitace KV
Chráněné bydlení			Chráněné bydlení	
Program podpory samostatného bydlení				
Sociálně terapeutická dílna	Sociálně terapeutická dílna	Sociálně terapeutická dílna		Sociálně terapeutická dílna KV
<i>Knihařská a šicí</i>	<i>Klášter</i>	<i>Řemeslná dílna</i>		
<i>Zahradnická</i>		<i>Potravinářská dílna</i>		
<i>Kavárna</i>		<i>Kavárna</i>		
Agentura podporovaného zaměstnávání		Strejda Burger		
Chráněná dílna Škoda Auto				

2.8.5. Case management

Case management je metoda práce s klientem, jejímž hlavním prvkem je dlouhodobá a intenzivní podpora klienta ze strany pracovníka CM týmu, který je schopen řešit komplexní problémy klienta za podpory multidisciplinární spolupráce. Multidisciplinární tým je tým, který je složen z více profesí, nejlépe v zastoupení: psychiatr, psycholog, CM, sociální pracovník, psychiatrická sestra. Pracovník CM týmu je klientův společník, který mu pomáhá nalézt cestu v systému služeb.

Case management se skládá zpravidla z týmu sociálních a zdravotních pracovníků. Pracovníci CM týmu jsou průvodci, se kterými se klienti setkávají jako s prvními. Každý klient, který vstupuje do systému služeb Fokusu MB, je nejprve kontaktován pracovníkem CM týmu, který mu představí služby Fokusu. Tento pracovník je potom s klientem v kontaktu po celou dobu, kterou klient využívá služby. Pracovník CM týmu pracuje jednotlivě, ale za podpory týmu a ve své péči má až 12 aktivních klientů.

Důležitou úlohou pracovníků CM týmu je program podpory života v komunitě. Tento program je zaměřen na provázení duševně nemocných klientů, v jejich každodenním životě. Pracovníci s klienty vytvoří dlouhodobý plán, který popisuje, jakými oblastmi se bude spolupráce zabývat. Plán může být zaměřen na jakékoliv problémy, které znesnadňují klientovi život - např. řešení konfliktu nebo složité situace doma, provázení při jednání s úřady, získávání nových dovedností, zvládání krizí, řešení finanční situace, podpora v bydlení apod.

Znaky pracovníka CM týmu

je součástí CM (terénního) týmu
provází klienta po službách
nabízí klientovi služby
může sám poskytovat klientovi služby
je klientovi přidělen po dohodě v týmu
shromažďuje informace týkající se klienta
má přehled o současné situaci klienta
kontaktuje sociální prostředí klienta, snaží se tento kontakt udržet a zapojit ho do naplňování zakázky klienta

	Mladá Boleslav	Nymburk	Kolín	Karlovy Vary	Cheb	Sokolov
Počet pracovníků	10	4	4	6	7	6
CM tým +	+ podpora v samostatném bydlení + služba CHB	+ peer konzultant	+ peer konzultant	+ podpora v samostatném bydlení	+ podpora v samostatném bydlení	+ podpora v samostatném bydlení

2.8.6. Centrum sociální rehabilitace

Centra sociální rehabilitace nabízejí program, včetně pracovní rehabilitace pro klienty, kteří o tuto službu mají zájem. Klienti si zde mohou obnovit či zlepšit své pracovní dovednosti, schopnosti komunikace s ostatními, posílit sebevědomí a naučit se smysluplně využívat svůj volný čas. Část klientů využívá tuto službu za účelem připravit se na práci v chráněných podmínkách, v menší míře na práci na volném trhu.

Každému z klientů, kteří tuto službu navštěvují, je přidělen klíčový pracovník, který spolu s klientem vytváří individuální plán v rámci této služby. Klíčový pracovník oproti pracovníkovi CM týmu provází klienta pouze v rámci jednoho zařízení nebo služby.

Vstup klienta do této služby je dobrovolný, na základě předchozí domluvy se svým pracovníkem v CM týmu. Službu má možnost klient kdykoli opustit. Služba je bezplatná.

Pracovníci CM týmu se pravidelně setkávají s pracovníky CSR na poradách a předávají si aktuální informace o společných klientech.

2.8.6.1. Centrum sociální rehabilitace Mladá Boleslav

Služba nabízí klientům dopolední a odpolední programy. Služby mohou využívat i klienti hospitalizovaní v PN Kosmonosy, pokud mají samostatné vycházky nebo souhlas ošetřujícího lékaře. Centrum sociální rehabilitace je omezeno prostorem, tedy návštěvou klientů v maximálním počtu 8 lidí denně. Pracuje se 4 hod s 0,5 hod přestávkou.

Dopolední programy

Dopolední programy jsou každý všední den a jsou zaměřené na pracovní rehabilitaci. Klienti mají možnost věnovat se různým pracovním činnostem, jako je práce s keramickou hlínou, výroba svíček, výroba ručního papíru, malba na sklo, tvorba šperků z korálků, šití a vyšívání apod.

Volnočasové programy

PO	Výroba koláží.
ČT	Filmový klub.

Odpolední programy

Volnočasové programy

PO	Možnost volby čemu se věnovat, je ponechána na klientovi. Odpoledne je věnováno také klientům z oddělení K20 PN Kosmonosy, kteří se zapojí do přípravy předem domluveného pokrmu. Nákup, příprava, vaření. Klienty si vyzvedávají pracovníci CSR.
ÚT	Sportovní aktivity – ping pong nebo posilovna. Možnost zapojení klientů hospitalizovaných v PN.
ST	Kurz vaření. Možnost vyzkoušet si přípravu nejrůznějších jídel (polévka, hlavní jídlo, moučník). Na jídle se vždy předem domluví. Možnost zapojení klientů hospitalizovaných v PN.
ČT	Sportovní aktivity – plavání. Keramika – zpravidla, ale lze se zapojit i do jiných rukodělných činností.
PA	Sportovní odpoledne – posilovna.

2.8.6.2. Centrum sociální rehabilitace Nymburk

Služba nabízí klientům dopolední a odpolední programy. Pracovníci pravidelně vytvářejí měsíční program, v němž jsou zahrnuty různé pracovní a volnočasové aktivity. Oživením služby je vždy jeden tematický týden, který je věnován kultuře a tradicím různých států.

Nabídka aktivit

Rukodělné činnosti

práce s FIMO hmotou, keramickou hlínou
enkaustika, malování na sklo, textil či hedvábí
pletení z pedigu
práce se dřevem, papírem a korálky
drátkování
découpage
vyšívání, háčkování, ruční šití aj.

Skupinové či individuální vaření a stolování

PC a internet

Pořádání výletů

Promítání filmů, dokumentů

Hraní společenských her

2.8.6.3. Centrum sociální rehabilitace Kolín

Služba nabízí klientům dopolední a odpolední programy.

Dopolední programy

Dopolední programy jsou každý všední den a jsou zaměřené na pracovní rehabilitaci. Klienti mají možnost věnovat se různým pracovním činnostem, jako je práce s keramickou hlínou, práce s FIMO hmotou, pletení z papíru a pedigu, šití, vyšívání a háčkování, tvorba šperků z korálků, výroba věnců, výroba svíček apod.

Volnočasové programy

PO	Jediný den, kdy si klienti mohou zvolit, zda dopoledne stráví dle svého, mohou se zapojit do pracovní rehabilitace, ale nemusí. Angličtina pro začátečníky.
ÚT	Společné vaření – předem domluven pokrm, hlavní kuchař a pomocník.
ST	Společné pečení na odpolední „čajovnu“. Angličtina pro pokročilé. Výuka na PC.
ČT	Tento den je zpravidla vymezen pro pořádání výletů.
PÁ	Sportovní aktivity – nepravidelně se střídající ping pong a protahovací cvičení.

Odpolední programy

Volnočasové programy

PO	Možnost volby čemu se věnovat, je ponechána na klientovi.
ÚT	Tematická odpoledne věnovaná různým rukodělným technikám, ale i přednáškám na různá témata.
ST	„Čajovna“ – posezení u čaje. Hraní slovních her či povídání na různá témata.
ČT	Účast na pořádaném výletu, případně hraní stolních her.
PA	Promítání filmů.

2.8.6.4. Centrum sociální rehabilitace Karlovy Vary

Centrum sociální rehabilitace provozují pracovníci CM týmu.

2.8.7. Chráněné bydlení

Chráněné bydlení poskytuje služby klientům Fokusu MB, kteří ztratili dovednosti potřebné k samostatnému bydlení. Služby jsou zaměřeny na klienty, kteří byli dlouhodobě hospitalizováni v PN (déle jak jeden rok) a během hospitalizace ztratili dovednosti, které jsou potřebné pro samostatné bydlení. Služba je současně zaměřena na klienty, kteří žijí u svých příbuzných (nejčastěji u rodičů) a nemají možnost plně uplatnit, popř. se naučit dovednosti nutné k samostatnému bydlení.

Chráněné bydlení poskytuje tyto služby:

- kontaktování klientů
- mapování potřeb a následní stanovení zakázky pro službu CHB
- tréninkové aktivity – péče o domácnost, finance, nákupy a další sociální dovednosti
- vyjednávání se sociální sítí a blízkým okolím klienta
- zvládání samoty – strukturování volného času a dne, vytváření a udržení sociální sítě
- krizová intervence
- následná podpora v bydlení – ve vlastním bytě, ubytovně atd.

Kritéria pro vstup do služby:

- zájem o služby CHB ze strany klienta – cíl klienta by se měl shodovat s cílem CHB
- dlouhodobá hospitalizace v PN ze sociálních důvodů
- zájem zopakovat si nebo znovu získat dovednosti potřebné k samostatnému bydlení
- písemné potvrzení od ošetřujícího psychiatra
- ochota spolupracovat na přípravě vstupu do služby
- dostatečný finanční příjem na úhradu nájemného a energií, doporučený příjem 7 tisíc
- spolupráce klienta s jeho ošetřujícím psychiatrem
- podání žádosti o příspěvek na péči

Kritéria pro odmítnutí služby:

- cíl žadatele neodpovídá nabídce a možnostem služby
- naplněná kapacita CHB
- žadatel nepatří do cílové skupiny Fokusu MB
- závislost na alkoholu či jiných návykových látkách
- agresivní chování
- nedostatek finančních prostředků

Všichni zájemci o službu chráněného bydlení jsou po podání žádosti zařazeni do pořadníku.

2.8.7.1. CHB Tovačovského, Mladá Boleslav

Program CHB je koncipován jako tréninkové bydlení. Z toho důvodu zajišťuje bydlení jen po dobu nezbytně nutnou k získání dovedností a zkušeností potřebných k samostatnému bydlení. Nájemní smlouva se uzavírá na 1-2 roky dle individuálního plánu každého konkrétního obyvatele. Smlouvu je možné po dohodě prodloužit. Po 2 letech pobytu je prodloužena smlouva pouze o půl roku. Maximální hranice celého pobytu jsou 3 roky. Celková kapacita CHB je 8 obyvatel. Klienti hradí nájemné s energiemi dle délky pobytu v CHB od 2. 500 do 3. 500 Kč.

2.8.7.2. CHB Václavkova, Mladá Boleslav

Toto CHB je koncipováno obdobně jako CHB Tovačovského s tím rozdílem, že tento typ CHB je vhodný pro klienty, kteří potřebují méně častou podporu pracovníků CHB. Není to však podmínkou. O zařazení klientů do CHB rozhodují pracovníci CM týmu. Celková kapacita CHB je 8 obyvatel. Klienti hradí nájemné s energiemi dle délky pobytu v CHB od 3. 000 do 3. 500 Kč.

2.8.7.3. CHB, Kolín

Program CHB v Kolíně je koncipován jako tréninkové bydlení. Tento typ CHB je vhodný pro klienty, kteří potřebují méně častou podporu pracovníků CM týmu. O zařazení klienta do CHB rozhodují pracovníci CM týmu dle potřeby a zájmu klienta. K dispozici jsou 2 byty, které má Fokus MB pronajaté od města, jsou v lokalitě běžné populace. Současně tedy mohou být zařazeni do programu pouze 2 klienti, s nimiž se uzavírá smlouva na 1 rok, zpravidla se smlouva prodlužuje. Klienti hradí nájemné s energiemi max. 4. 500 Kč.

2.8.8. Podpora samostatného bydlení

Program podpory v samostatném bydlení je začleněn do služeb Fokusu MB od roku 2009, kdy CM tým poskytuje tuto službu klientům, kteří mají dlouhodobé problémy se zvládnutím bydlení ve vlastním bytě.

2.8.9. Sociálně terapeutická dílna

Jde o tzv. chráněné dílny, které prostřednictvím psychiatrické rehabilitace spojené s pracovní aktivitou v chráněných podmínkách zvyšují kvalitu života klientů, poskytují jim pracovní rehabilitaci i kvalitní sociální zázemí a přispívají ke zlepšení stability jejich duševního zdraví. Klienti jsou za svoji práci finančně odměněni. Vstup do těchto programů je omezen kapacitou a délkou, kdy mohou tento program využívat. Pro vstup je nutný zájem klienta, mapování jeho potřeb a cílů a rozhodující je diagnóza, poté případné zařazení do poradnicku zájemců.

Pro vstup do takovýchto dílen má klient nejprve možnost vyzkoušet si práci na tzv. rehabilitačním místě. Klient má tak příležitost zkusit si, zda mu práce v dílně bude vyhovovat. Toto rehabilitační místo je výhodné v tom, že se dá různě upravovat dle potřeb klienta – ubírat či přidávat dny v docházce. Není podmínkou, aby musel klient před nástupem do STD projít centrem denních aktivit. Je však důležité zvážit, k čemu je pracovní místo v takovéto dílně pro klienta dobré – například někteří klienti nemají kapacitu na to, aby uspěli na volném trhu, je jim tak umožněn přestup mezi jednotlivými dílnami. Pro ty, kteří mají potenciál pro volný trh je zde posléze využita služba APZ, která začíná spolupracovat s klientem ještě v době, kdy klient pracuje v STD. Může se však i stát, že klient práci v STD nezvládne, má tak možnost vrátit se na přechodnou dobu do CSR.

Důležitou součástí práce jsou tzv. hodnotící schůzky, na nichž se setkává CM, klíčový pracovník STD a klient a společně hodnotí pracovní rehabilitaci klienta – co se ne/daří apod. Zároveň se pracovníci CM týmu pravidelně setkávají s pracovníky dílny na poradách a předávají si aktuální informace o klientech.

2.8.9.1. Mladá Boleslav

Knihařská a šicí dílna

Knihařská dílna nabízí veškerý sortiment knihařských prací dle zakázek veřejnosti. Nabízejí vazbu diplomových prací., knižní vazbu, pořadače, olemování obrazů, výrobu dárkových krabic.

Šicí dílna nabízí opravy oděvů a zakázkové šití. Zároveň je zde nabídka k zapůjčení karnevalových masek a kostýmů pro děti i dospělé.

Zahradnická dílna

Náplní práce zahradnické dílny je klasická péče o zeleň, realizace výsadeb a návrhů, v zimních měsících úklid sněhu. Nabídka služeb veřejnosti je zpoplatněna. V současné době má dílna zakázky na údržbu městského parku v Kosmonosech, péče o zeleň v několika firmách aj.

Zároveň dílna nabízí k prodeji ručně tvořené výrobky, jako jsou svíčky, svícny, věnce aj.

Kavárna Kosmonosy

Kavárna slouží jako prostor pro pracovní rehabilitaci, ale i pro dlouhodobou chráněnou práci klientů Fokusu MB. Klienti si zde obnovují či zlepšují pracovní dovednosti, schopnosti komunikace a posilují si své sebevědomí. Kavárnu lze navštívit v prostorách psychiatrické nemocnice Kosmonosy.

2.8.9.2. Mnichovo Hradiště

Klášteř

Fokus MB jako jeden ze svých programů sloužících k zaměstnávání a pracovní a sociální rehabilitaci pro své klienty zřídil v kapucínském klášteře v Mnichově Hradišti ubytování. Ubytování pro veřejnost se nachází v prostředí bývalého barokního kláštera v areálu renesančního zámku. Prostor je vhodný pro pořádání psychoterapeutických výcviků, workshopů, malých seminářů, rekreačních pobytů apod. Ubytování je možné ve čtyřlůžkových pokojích – celkem je k dispozici 40 lůžek, společné kuchyně a společenská místnost.

Hlavní náplní klientů je péče o zámecký park a podílení se na drobných stavebních úpravách kláštera. Místo je zde pro 12 klientů, kteří se setkávají s hosty ubytovny, což jim umožňuje posilovat své sociální dovednosti.

2.8.9.3. Nymburk

Služba STD je časově ohraničena na 3 roky trvání a její čerpání závisí na vůli klienta. Hlavním cílem a završením snah pracovníků je připravit klienta k dalšímu možnému kroku, tedy ke vstupu do pracovního a společenského života v nechráněných podmínkách. Klienti sociálně terapeutické dílny v Nymburce mají možnost pracovat na 3 různých pracovištích.

Řemeslná dílna

V řemeslné dílně se zabývají řemeslnou činností. Dle zakázek či poptávky veřejnosti vyrábí klienti kartonáž, drobné dárkové předměty a pletou košíky z pedigu.

Potravinářská výroba

V potravinářské výrobě denně klienti zajišťují občerstvení do kavárny „Podschoď“ – pečou koláče, připravují obložené housky a bagety a další pochutiny. Vše je určené především pro studenty Střední zdravotnické školy v Nymburce, kde se kavárna nachází.

Kavárna „Podschoď“

Hlavní náplní práce klientů je obsluha zákazníků – studentů. Klienti se zde učí komunikovat se zákazníky a osvojují si všechny dovednosti, které za pultem obchůdku potřebují.

Strejda Burger

Tréninková kavárna Fokusu MB. V rámci chráněného zaměstnávání nabízí pracovní rehabilitaci klientům Fokusu, kteří připravují pro své zákazníky ze strany veřejnosti rychlé občerstvení, teplé i studené nápoje, zároveň své zákazníky obsluhují.

2.8.10. Agentura podporovaného zaměstnávání

Podporované zaměstnávání je služba určená lidem, kteří duševně onemocněli a kteří chtějí získat a udržet si placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí. K tomu, aby byli schopni získat a udržet si práci, někdy potřebují individuální, osobní a průběžně poskytovanou podporu před nástupem do práce i po něm. Podporované zaměstnávání vychází z individuálních potřeb uchazečů o práci. Službu zajišťují pracovní konzultanti a je bezplatná. Každý klient, který má zájem využít služeb APZ prochází mapováním u CM týmu. Tyto dvě služby se setkávají pravidelně na poradách a předávají si aktuální informace o společných klientech.

2.8.10.1. Služby klientům:

- vytváření individuálního plánu práce se zájemcem
- trénink dovedností potřebných k získání a udržení vhodného pracovního uplatnění
- mapování trhu práce
- pomoc při sepsání životopisu
- aktivní vyhledávání vhodného pracovního uplatnění
- podpora při jednání se zaměstnavatelem
- podpora při zařizování formalit spojených s nástupem do práce
- přímá asistence na pracovišti
- jednání a spolupráce s rodinou zájemce

2.8.10.2. Služby zaměstnavatelům

poradenství v oblasti legislativy zaměstnávání osob se znevýhodněním

podpora při řešení konkrétních problémů při vyřizování formalit souvisejících s nástupem do práce, úpravou pracovního místa, výběrem vhodné pracovní náplně, vytvořením podmínek pro přijetí nového pracovníka do pracovního kolektivu

pracovní asistent zaměstnance může zaškolit podle požadavku zaměstnavatele, pomoci uživateli zorientovat se na pracovišti, zprostředkovává komunikaci s nadřízenými a spolupracovníky, učí pracovní návyky a kontroluje práci, pomáhá při dojíždění a podporuje klienta, aby zaměstnavatel nemusel zaměstnanci s postižením věnovat vyšší pozornost než ostatním zaměstnancům

2.9. Sociální aspekty duševního onemocnění

2.9.1. Invalidní důchody

podmínky nároku upravuje zákon o důchodovém pojištění č. 155/1995 Sb.

Nárok na výplatu invalidního důchodu má osoba starší 18ti a zároveň mladší 65ti let, s trvalým pobytem na území ČR, jestliže jí z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles pracovní schopnosti nejméně o 35% a zároveň osoba získala potřebnou dobu pojištění.

Třístupňový systém:

- I. stupeň - pokles pracovní schopnosti o 35% - 49%
- II. stupeň - pokles o 50% - 69%
- III. stupeň - nejméně o 70%

Započítává se i doba studia (SOU, SOŠ, VŠ-max. 6let), rodičovská dovolená (max. 6 let), základní vojenská služba, péče o osobu blízkou.

Doba pojištění se nevyžaduje u „invalidity z mládí“ - nárok na tzv. „invalidní důchod z mládí“ vznikne pouze osobě, která byla uznána invalidní pro invaliditu třetího stupně (dříve plně invalidní), dosáhla aspoň 18 let věku, má trvalý pobyt na území České republiky a nebyla účastna pojištění po potřebnou dobu.

Žádá se na OSSZ, dle trvalého bydliště, žádost + doložení doby pojištění → vyžádání lékařských zpráv (praktický lékař nebo přímo ambulantní psychiatr) → pozvání k posudkové komisi → posudek o invaliditě → rozhodnutí o ID vystaví ČSSZ Praha → proti rozhodnutí do 15ti dní lze podat námitku (správní řízení) k Posudkové komisi MPSV v Praze → přezkoumání.

Potřebná doba pojištění pro výplatu ID

Věk do 20 let	méně než 1 rok
20-22let	jeden rok
22-24 let	dva roky
24-26 let	tři roky
26-28 let	čtyři roky
nad 28let	pět roků

Výši invalidní důchodu vypočítává ČSSZ Praha po vydání posudku o invaliditě OSSZ a většinou zpracování trvá 3 měsíce.

Po přiznání jakéhokoliv stupně invalidity je povinnost doložit rozhodnutí ČSSZ Praha zdravotní pojišťovně a zároveň s I. a II. stupněm ID je možné se i evidovat jako uchazeč o zaměstnání na ÚP.

V případě, že osobě je přiznán invalidní důchod a zároveň nemá nárok na výplatu (chybí odpracované roky) nebo pobírá nízkou částku, musí si požádat o jiné sociální dávky (hmotné nouze nebo dávky státní sociální podpory).

Nárok na vyplacený invalidní důchod zaniká dnem, kterým osoba dosáhla věku 65 let, tímto dnem vzniká nárok na starobní důchod ve výši, v jaké náležel dosavadní invalidní důchod (osoba může požádat o výpočet starobního důchodu a v takovém případě jí bude náležet ten důchod, který bude vyšší).

Ze strany OSSZ pravidelně dochází z přezkoumávání zdravotního stavu. Poprvé se ID přiznává na 1 rok, poté je na uvážení ČSSZ Praha, kdy osobu pozve k posudkové komisi.

2.9.2. Zaměstnávání osob se zdravotním postižením

Lidem se zdravotním postižením se na trhu práce poskytuje zvýšená ochrana.

2.9.2.1. Pracovní rehabilitace

Souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, sestavuje se individuální plán, ve kterém se stanovují konkrétní cíle.

2.9.2.2. Specializované rekvalifikační kurzy

Jsou uskutečňovány na Úřadech práce za stejných podmínek jako rekvalifikace.

2.9.2.3. Chráněné pracovní místo

Je pracovní místo zřízené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s Úřadem práce, který na toto místo poskytuje zaměstnavateli příspěvek.

Osoby se zdravotním postižením mohou zároveň vykonávat práci v chráněných podmínkách.

Není zákonem upraveno, jak vysoký úvazek lze vykonávat při pobírání invalidního důchodu, ale máme zkušenosti z praxe, že při I. stupni ID je možné pracovat na úvazek 0,6, při II. stupni ID na úvazek 0,4 hod. a při III. stupni ID je pro OSSZ přijatelný pracovní úvazek v chráněných podmínkách menší než 0,6, aniž by došlo k odebrání či snížení stupně invalidity.

Při přezkoumání zdravotního stavu u posudkové komise vždy záleží na lékařských zprávách od ošetřujícího psychiatra, který zhodnotí aktuální zdravotní stav a napíše doporučení na ponechání stupně ID v souvislosti se zaměstnáním v chráněných podmínkách.

2.9.3. Podpora v nezaměstnanosti

Upravuje ji zákon č. 435/2004 Sb. a poskytuje Úřad práce.

Náleží uchazeči, který byl v posledních 2 letech alespoň zaměstnán 12 měsíců, má trvalé bydliště na území ČR a registruje se na ÚP do 3 dnů po ukončení pracovního poměru.

Nezapočítává se doba studia.

Náhradní doby:

započítá se pobírání III. stupně ID

péče o dítě do 4 let

osobní péče o osobu, která pobírá příspěvek na péči

příprava osoby se zdravotním postižením k práci
výkon veřejné služby
dlouhodobá dobrovolnická služba

Doba pobírání

1. a 2. měsíc 65% z předchozí průměrné čisté mzdy
3. a 4. měsíc 50%
5. měsíc a další 45%, při rekvalifikaci 60%

Délka pobírání

do 50ti let uchazeče - 5 měsíců
50 – 55 let - 8 měsíců
nad 55 let - 11 měsíců

Uchazeč, který ukončí pracovní poměr bez vážného důvodu sám nebo dohodou se zaměstnavatelem, pobírá pouze sníženou podporu 45% průměrného měsíčního čistého výdělku.

V případě, kdy ÚP zprostředkuje uchazeči zaměstnání, a ten ukončí bez vážného důvodu sám nebo dohodou pracovní poměr, může být znovu evidován až po uplynutí 6ti měsíců.

2.9.4. Dávky státní sociální podpory

Upravuje zákon č. 117/1995 Sb., vyplácí je Úřad práce a odvíjejí se od výše životního minima.

Životní minimum – hranice příjmu, pod níž nastává stav hmotné nouze.

jednotlivec	3 410,- Kč	
první osoba v domácnosti	3 140,- Kč	
druhá osoba v dom.	2 830,- Kč	
nezaopatřené dítě	15 – 26 let	2 450,- Kč
	6 až 15 let	2 140,- Kč
	do 6 ti let	1 740,- Kč

Zahrnují se všechny společně posuzované osoby.

2.9.4.1. Příspěvek na bydlení

Stát touto dávkou přispívá na náklady bydlení rodinám a jednotlivcům s nízkými příjmy.

Dokládá se příjem rodiny (popř. všech společně posuzovaných osob) za předcházející čtvrtletí, započítává se i přírůstek na děti a rodičovský příspěvek a podmínkou je mít v bytě trvalé bydliště, **nárok osobě vznikne, jestliže 30% příjmů rodiny nestačí k pokrytí nákladů na bydlení**

Výplata příspěvku je časově omezena na 84 měsíců v období posledních 10ti let, toto omezení neplatí pro osoby starší 70 let a pro osoby se zdravotním postižením, které bydlí v pro ně postavených nebo upravených bytech.

Výše dávky – příjem rodiny krát koeficient 0,30 minus skutečné náklady na bydlení. (Záporná částka znamená chybějící prostředky v rozpočtu osoby, které jsou ji dávkou doplněny.)

2.9.4.2. Přídavek na dítě

Nárok má rodina s nezaopatřenými dětmi, pokud její příjem za předchozí kalendářní rok nepřesáhl 2,4násobek životního minima.

Výše přídavku je stanovena podle věku dítěte – do 6ti let 500,-Kč, 6-15 let 610,- Kč a 15-26 let 700,- Kč měsíčně.

2.9.4.3. Rodičovský příspěvek

Nárok má rodič, který po celý kalendářní měsíc osobně, celodenně a řádně pečuje o dítě.

Nejdéle se může příspěvek pobírat 4 roky a čerpá se celková částka 220 000,- Kč, tj. 3 800,-Kč měsíčně, při tříleté variantě příspěvek činní 7 600,- Kč měsíčně a při dvouleté 11 500,- Kč měsíčně.

Délka čerpání příspěvku se může měnit.

Dítě mladší 2 let nesmí navštěvovat předškolní zařízení či jesle déle než 46 hodin měsíčně.

Při výplatě příspěvku nejsou příjmy rodičů sledovány, rodič si může zlepšovat svou sociální situaci výdělečnou činností, ale musí zajistit péči o nezletilé dítě.

Pokud rodiči byl přiznán invalidní důchod, zároveň bude pobírat i rodičovský příspěvek.

2.9.4.4. Porodné

Přispívá se jednorázově rodinám s nízkými příjmy na náklady související s narozením **prvního a druhého** dítěte.

Příjem rodiny v předcházejícím kalendářním čtvrtletí před narozením dítěte nesmí přesáhnout 2,7 násobek životního minima.

Výše příspěvku činní 13 000,- Kč na první dítě a 10 000,- Kč na druhé, při víceročtech 23 000,- Kč.

2.9.4.5. Pohřebné

Nárok má osoba, která vypravila pohřeb nezaopatřenému dítěti nebo osobě, která byla rodičem nezaopatřeného dítěte.

Výše pohřebného činní 5 000,- Kč.

2.9.5. Dávky hmotné nouze

Upravuje zákon č. 111/2006 Sb., formuláře a výplatu poskytuje Úřad práce.

Hmotná nouze – je stav nouze, kdy jednotlivec nebo rodina má nedostatečné příjmy a nemůže vlastním přičiněním tuto situaci změnit (např. prodejem majetku).

2.9.5.1. Příspěvek na živobytí

Náleží osobě či rodině, kde příjem dlouhodobě klesl pod životní minimum (pokud po odečtení přiměřených nákladů na bydlení nedosahuje příjem rodiny částky živobytí), max. 3 140,- Kč na osobu.

Částka živobytí se odvíjí od částek existenčního (pro osobu 2 200,- Kč) a životního minima, kdy pro rodinu se jednotlivé částky osob sčítají.

Maximální částka 3 410,- Kč se vyplácí v případě, pokud osoba nemá nárok na výplatu invalidního důchodu III. Stupně.

Zvýšené částky na živobytí: nutnost dietního stravování s potvrzením lékaře (nízkobílkovinné stravování – navýšení o 1 380,- Kč, při dialýze o 1 000,- Kč, nízkocholesterolové o 1 050,- Kč, diabetické o 1 130,- Kč, při onemocnění fenylketonurií o 2 200,- Kč, při onemocnění celiakií o 2 800,- Kč, při osteoporóze o 1 090,- Kč, při těhotenství a kojení do 1 roku věku dítěte o 1 100,- Kč).

2.9.5.2. Doplatek na bydlení

Vyplácí se tam, kde jsou odůvodněné vysoké náklady na bydlení a zároveň osoba splňuje nárok na příspěvek na živobytí, např. za ubytovnu.

Vyplácí se tam, kde nestačí k uhrazení nákladů na bydlení vlastní příjmy ani dávka SSP-příspěvek na bydlení, kde je podmínka trvalého pobytu.

Výplata je časově omezená na 7 let (84 měsíců) v posledních 10 letech, ale je zde výjimka pro osoby starší 70ti let a osoby se zdravotním postižením.

2.9.5.3. Mimořádná okamžitá pomoc

Osobám, které se ocitnou v takových situacích, které je nutno bezodkladně řešit (osobám hrozí vážná újma na zdraví – živelné pohromy, požár).

Jedná se o jednorázovou dávku na nákup předmětů dlouhodobé potřeby (lednice, pračka...).

Pomáhá řešit situaci osob ohrožených sociálním vyloučením (osoby vracející se z vězení, z dětského domova při zletilosti nebo po ukončení léčby závislosti, někdy i při propuštění z psychiatrické nemocnice).

Výše jednorázová 1 000,- Kč, maximum za rok 12 000,- Kč

2.9.6. Příspěvek na péči

Upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, formuláře a výplatu poskytuje Úřad práce.

Příspěvek náleží osobám, které jsou z důvodu svého nepříznivého zdravotního stavu závislé na pomoci jiné osoby.

Z tohoto příspěvku si osoby hradí pomoc, kterou jim může poskytovat osoba blízká, asistent sociální péče, registrovaný poskytovatel sociálních služeb, dětský domov nebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu.

Hodnotilo se 36 oblastí, nyní jen 10, šetření je rychlejší a jednodušší- hodnotí se schopnost zvládat tyto základní potřeby – mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost.

Osoba žádá sama a ve formuláři uvádí, kdo jí pomáhá – rodina nebo poskytovatel sociálních služeb.

O příspěvku rozhoduje OSSZ, na základě šetření soc. pracovníce ÚP a lékařských zpráv.

Proti rozhodnutí je možné se odvolat do 15ti dní.

I. stupeň	lehká závislost	800,- Kč, u dětí 3 000,- Kč
II. stupeň	středně těžká	4 000,- Kč, u dětí 6 000,- Kč
III. stupeň	těžká	8 000,- Kč, u dětí 9 000,- Kč
IV. stupeň	úplná	12 000,- Kč, u dětí 12 000,- Kč

Nárok na výplatu příspěvku na péči nenáleží za kalendářní měsíc osobě, které byla poskytována zdravotnická péče v průběhu hospitalizace (je povinnost hlásit hospitalizaci ÚP a ten dávku zastaví).

Zvýšení příspěvku na péči o 2 000,- Kč – náleží nezaopatřenému dítěti do věku 18ti let nebo rodiči, který pečuje o nezaopatřené dítě do 18ti let, pokud příjem rodiny nepřesáhl dvojnásobek životního minima.

2.9.7. Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené

Většinou se jedná o osoby s tělesným postižením.

Vyplácí je ÚP na základě rozhodnutí OSSZ (posudkové komise).

Nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením má osoba starší 1 roku s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, které omezuje její schopnost pohyblivosti nebo orientace.

I. stupeň – ZP

Středně těžké funkční postižení pohyblivosti nebo orientace – rozumí se stav, kdy osoba je schopna orientace v domácím prostředí, ale má zhoršenou orientaci v terénu.

Osoba má nárok na vyhrazené místo k sezení, přednost při jednání na úřadech, v obchodech.

II. stupeň – ZTP

Těžké zdravotní postižení pohyblivosti a orientace – rozumí se stav, kdy osoba je schopna chůze a orientace v domácím prostředí, ale má značné potíže s orientací v terénu.

Osoba má nárok na výhody jako při I. stupni a má zároveň nárok na bezplatné jízdné v MHD, 75% sleva na vlak a autobus.

III. stupeň – ZTP/P

Zvlášť těžké zdravotní postižení + průvodce – rozumí se stav, kdy osoba je schopna chůze v domácím prostředí se značnými obtížemi, popř. není schopna chůze vůbec a pohyb v terénu je možný jen na invalidním vozíku, samostatná orientace není možná.

Osoba má nárok na výhody jako při I. a II. stupni a zároveň má nárok na bezplatnou dopravu průvodce, popř. bezplatnou dopravu vodící psa.

2.9.7.1. Příspěvek na opatření zvláštních pomůcek

Např. elektrický vozík, schodištní plošiny, polohovací postel atd., je určen pro osoby, které mají těžké tělesné vady.

2.9.7.2. Příspěvek na mobilitu

400,- Kč měsíčně

Náleží osobě, která zároveň získala průkaz ZTP nebo ZTP/P.

Osobě, která je opakovaně za úhradu dopravována.

Osobě, které nejsou poskytovány pobytové sociální nebo zdravotnické služby.

Nenáleží osobě v době hospitalizace.

2.10. Právní aspekty duševního onemocnění

Jako prakticky každou oblast lidského bytí a konání, i duševní nemoc je ovlivněna celou řadou zákonných norem. Oblasti právních souvislostí se dají rozdělit takto:

Oblast zdravotně právní

Oblast sociálně právní

Oblast občansko a trestně právní

2.10.1. Oblast zdravotně právní

Tuto oblast upravují především zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (ve znění jeho novel) a č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

2.10.1.1. Právo na léčbu

Ze zákona jsou za dostupnost takové zdravotní péče odpovědné zdravotní pojišťovny (§ 46 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb.). Zdravotní pojišťovny vedou seznam smluvních zdravotních zařízení a nositelů výkonů. Podle těchto seznamů se může pacient řídit při výběru ošetřujícího lékaře. Pacientem zvolený lékař, který je ve smluvním vztahu s příslušnou zdravotní pojišťovnou, může odmítnout přijetí pojištěnce do své péče pouze tehdy, jestliže by jeho přijetím bylo překročeno únosné pracovní zatížení lékaře tak, že by nebyl schopen zajistit kvalitní zdravotní péči o tohoto nebo o ostatní pojištěnce, které má ve své péči (§ 11 odst. 1, písm. b) zákona č. 48/1997 Sb.).

Pojištěný pacient může uplatnit své právo na výběr lékaře jednou za tři měsíce.

Neodkladnou péči (samozřejmě i psychiatrickou) je povinen poskytnout každý lékař při výkonu své profese, samozřejmě též lékař pohotovostní služby, a to bez ohledu na to, zda je či není ve smluvním vztahu se zdravotní pojišťovnou pacienta. Pojišťovna hradí lékaři neodkladnou péči provedenou při pohotovostní službě i mimo jeho odbornost. První pomoc není neodkladnou péčí. Poskytnout neprodleně první pomoc je povinen poskytnout každý zdravotnický pracovník. Rozsah neodkladné péče není zákonnou normou vymezen.

Preventivní péče podle zákona č. 48/1997 Sb. se ze zákona u duševních poruch neprovádí.

Dispenzární péče (neboli soustavná odborná péče, pravidelný lékařský dohled) podle § 31 zákona č. 48/ 1997 Sb. je indikována podle vyhlášky č. 60/ 1997 Sb. i u psychiatrických a sexuologických poruch (např. u osob s „recidivujícím nebo vleklým průběhem psychóz“ včetně závažných hraničních stavů, u osob s „organickým psychosyndromem“, u osob po sebevražedném pokusu provedeném v souvislosti s duševní nemocí, u osob závislých

2.10.1.2. Souhlas s léčbou a odmítnutí léčby

Odmítá-li nemocný přes náležité vysvětlení potřebnou péči, vyžádá si ošetřující lékař písemné prohlášení (revers). Je možné bez souhlasu nemocného provádět vyšetřovací a léčebné výkony, a je-li to podle povahy onemocnění třeba, převzít nemocného i do ústavní péče, jde-li o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení, jestliže osoba jeví známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí, anebo není-li možné vzhledem k zdravotnímu stavu

nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví, jde-li o nosiče.

Pro vyjádření souhlasu s diagnostickými a léčebnými výkony (tzv. pozitivní revers) není předepsaná forma. Nevyžaduje se písemně. V psychiatrii, jako v jiných oborech, však existují výkony, kde se potvrzení souhlasu jednoznačně doporučuje. Jako příklad lze uvést elektrokonvulzivní léčbu. Pozitivní revers je doporučován ne proto, že by se jednalo o výkon potenciálně významně rizikový. Je v tomto případě doporučován pro to, že elektrokonvulzivní léčba je mnohdy laicky považována za léčbu nebezpečnou a pozitivním souhlasem lze dosáhnout lepší spolupráce pacienta a jeho rodiny při léčbě. Při odmítnutí potřebné zdravotnické péče je však vždy zapotřebí písemného prohlášení, tzv. negativního reversu.

Revers (negativní) je právní úkon, který musí být podán svobodně (se znalostí věcí), vážně (s domýšlením právních následků), určitě a srozumitelně. Musí v něm být uvedeno místo a čas podání. Musí v něm být zaznamenáno riziko, které vyplývá pro pacienta z odmítnutí léčebného nebo diagnostického výkonu. Revers kromě pacienta podepisuje i ošetřující lékař. Je žádoucí, aby negativní revers potvrdil svým podpisem i svědek (například přítomná zdravotní sestra). V psychiatrii se setkáváme s případy, kdy je svobodná vůle pacienta v důsledku duševní poruchy závažně omezena. V takovém případě nelze revers pacienta (pozitivní ani negativní) přijmout.

Revers je totiž jako právní úkon neplatný, pokud ho učinila osoba omezená ve svéprávnosti (musí být omezena právě na tento druh právních úkonů, pokud je tedy někdo omezen pouze v nakládání s penězi, revers samozřejmě podepsat může), nebo pokud ho učinila osoba, která v důsledku akutní duševní poruchy (obvykle psychotického stavu) není v daném okamžiku právních úkonů schopná. Pokud u dítěte nebo osoby nezpůsobilé k právním úkonům (buď přechodně v důsledku akutní poruchy, nebo dlouhodobě v rámci soudního rozhodnutí o zbavení způsobilosti k právním úkonům) odpírají rodiče či opatrovník souhlas s provedením léčebných nebo diagnostických výkonů, je ošetřující lékař oprávněn rozhodnout o provedení výkonu bez jejich souhlasu, je-li provedení diagnostického nebo léčebného výkonu nezbytné k záchraně života nebo zdraví. V případě psychiatrických pacientů je žádoucí, aby se k duševnímu stavu takového pacienta vyjádřil odborný psychiatr.

2.10.1.3. Mlčenlivost a ohlašovací povinnost

Bez ohledu na povinnou mlčenlivost se na zdravotníky stejně jako na jiné občany vztahuje povinnost překazit (například oznámením) přípravu nebo páčání taxativně v trestním zákoně vymezených trestných činů (např. mimo jiné neoprávněného nakládání s osobními údaji, obecného ohrožení, nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek a jedů, týrání svěřené osoby, vraždy, loupeže, znásilnění, pohlavního zneužívání). Zdravotníci mají dále stejně jako ostatní občané povinnost oznamovat (policii nebo státnímu zástupci) spáchání některých taxativně vymezených trestných činů (např. neoprávněného nakládání s osobními údaji, obecného ohrožení, týrání svěřené osoby, vraždy).

2.10.1.4. Právo na informace

Pacient má právo na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci vedené o jeho osobě a v jiných zápisech, které se vztahují k jeho zdravotnímu stavu. Nesmí se však

dozvědět informace o třetí osobě. V psychiatrické péči může být realizace tohoto práva pacienta někdy problematická s ohledem na účinnost léčby, a to zvláště psychoterapeutické. V psychiatrické dokumentaci se též běžně objevují informace o třetích osobách, které mají vztah k pacientovi.

2.10.1.5. Nedobrovolná a ochranná léčba

Psychiatrická hospitalizace bez souhlasu pacienta se provádí na základě doporučení lékaře v případě, že je pacient v důsledku své duševní poruchy nebezpečný sobě či okolí. Podle současné praxe je taková nedobrovolná hospitalizace indikována pouze v případě, že pacient je v důsledku duševní poruchy nebezpečný sobě nebo okolí konkrétním a bezprostředním způsobem, který je třeba v doporučení k nedobrovolné hospitalizaci popsat. Nelze indikovat nedobrovolný převoz do psychiatrického ústavu pouze na základě zprostředkovaných informací (například od příbuzných pacienta). Zdravotní stav pacienta musí indikující lékař vždy osobně vyhodnotit. Potenciální nebezpečnost v důsledku duševní poruchy je podle současné praxe důvodem k realizaci nedobrovolné hospitalizace pouze v případě tzv. ochranného léčení, které ukládá soud podle § 72 trestního zákona.

Bezprostřední zákrok lékaře vedoucí k nedobrovolné psychiatrické hospitalizaci realizuje obvykle zdravotnická záchranná služba podle vyhlášky č. 434/1992 o zdravotnické záchranné službě. Pokud by projevy duševní poruchy pacienta vážně ohrožovaly zdraví nebo životy členů skupiny výjezdové zdravotnické záchranné služby, požádá zdravotnická záchranná služba o pomoc policii (v některých případech hasiče). Podle § 14 odst. 1 písm. a) zákona č. 283/1991 Sb. o Policii České republiky je policista oprávněn zajistit osobu, která svým jednáním bezprostředně ohrožuje svůj život anebo život či zdraví jiných osob nebo majetek. Po předání pacienta do psychiatrického ústavu provede přijímající psychiatr ústavu odborné vyšetření a rozhodne o tom, zda pacient bude, nebo nebude přijat k nedobrovolné psychiatrické hospitalizaci.

Pokud psychiatr pacienta k nedobrovolné hospitalizaci nepřijme, musí podle § 24 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb. nepřijetí pacienta do ústavní péče zdokumentovat a vystavit lékařskou zprávu pro praktického lékaře či ošetřujícího ambulantního psychiatra. Je třeba počítat s tím, že praktický lékař nebo lékař záchranné služby doporučí u pacienta nedobrovolnou psychiatrickou hospitalizaci, ale psychiatr v psychiatrickém ústavu rozhodne, že nedobrovolná psychiatrická léčba není indikována. Z obecného hlediska to není situace v lékařské praxi neobvyklá. K stejné situaci například může dojít tehdy, když psychiatr doporučí pacienta k hospitalizaci na chirurgii se závěrem náhlé břišní příhody. Při příjmu potom odborný chirurg závěr psychiatra nepotvrdí a pacienta k hospitalizaci nepřijme.

Pokud se člověk požitím alkoholu či jiné návykové psychotropní látky uvede do stavu vzbuzujícího veřejné pohoršení nebo do stavu, v němž bezprostředně a konkrétním způsobem ohrožuje sebe nebo okolí, je třeba zajistit přijetí (nedobrovolnou hospitalizaci) na záchytné stanici nebo na detoxifikačním oddělení. Podmínky takové nedobrovolné hospitalizace se řídí zásadami hospitalizace duševně nemocného bez jeho souhlasu. Ošetření v protialkoholní a protitoxikomanické záchytné stanici se provádí podle zákona č. 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami.

V případě, že psychiatr přijme pacienta k nedobrovolné hospitalizaci, musí o tom informovat jednak příslušný soud a to do 24 hodin. Soud pak musí o nedobrovolné hospitalizaci rozhodnout do 7 dní.

Dále pak musí lékařské zařízení informovat osoby, které pacient sám určí. Pokud nikoho neurčí, je dán sled osob, které mají být informovány. Na počátku jsou příbuzní a blízcí, opatrovník nebo podpůrce, poslední instancí je pak Policie ČR.

Pacient může nedobrovolnou hospitalizaci sám zvrátit následným podpisem informovaného souhlasu. Nutno ještě dodat, že oblast nedobrovolné hospitalizace upravuje jak nový Občanský zákoník, tak zákon o zdravotních službách a jejich znění není zcela totožné. Mohou tedy existovat různé interpretace zákonných norem týkajících se této situace. Nicméně nadřazeným zákonem by v tomto případě měl být ZZS, protože OZ je obecná norma. Obecně se pak dá říci, že ZZS klade větší důraz na vůli pacienta ve věci toho, kdo má být informován.

K nedobrovolnému umístění pacienta se v ČR využívá i takzvané předběžné opatření soudu, ale je to spíš relikt nedostatečné úpravy tohoto tématu v původním zákoně o veřejném zdraví z roku 1966. O předběžném opatření je soud povinen rozhodnout také do sedmi dnů, stejně jako o nedobrovolné hospitalizaci podle zákonů zmíněných výše.

2.10.2. Oblast sociálně právní

2.10.2.1. Pracovní neschopnost a nemocenská

Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů

Pobírání invalidního důchodu samo o sobě nezakládá nárok na dávky nemocenského pojištění. Je-li však vedle něj současně vykonáváno zaměstnání či jiná činnost zakládající účast na nemocenském pojištění, nárok na dávky nemocenského pojištění při splnění stanovených podmínek vznikne.

Nemocenské, které je dávkou nemocenského pojištění, náleží pojištěnci, tj. zaměstnanci, jestliže byl lékařem uznán pro nemoc nebo úraz dočasně práce neschopným k výkonu své dosavadní pojištěné činnosti nebo nemůže vykonávat dosavadní pojištěnou činnost pro nařízenou karanténu a splňuje i ostatní stanovené podmínky.

Nemocenské se poskytuje za kalendářní dny; začíná se vyplácet od 15. kalendářního dne trvání dočasné pracovní neschopnosti a končí dnem skončení dočasné pracovní neschopnosti nebo nařízené karantény, nejdéle však po dobu 380 kalendářních dnů ode dne vzniku dočasné pracovní neschopnosti (včetně zápočtu předchozích období dočasných pracovních neschopností).

Za prvních 14 dnů dočasné pracovní neschopnosti vyplácí zaměstnavatel zaměstnanci "NÁHRADU MZDY". Do třetího dne neschopnosti nemá zaměstnanec na tuto náhradu nárok.

Poživatelům starobních nebo invalidních důchodů pro invaliditu třetího stupně se nemocenské vyplácí od 15. kalendářního dne trvání dočasné pracovní neschopnosti nebo karantény nejvýše po dobu 70 kalendářních dnů (nebo 70 kalendářních dnů při více pracovních neschopnostech v jednom kalendářním roce), nejdéle však do dne, jímž skončila doba zaměstnání. Toto omezení se týká jen

osob pobírajících ID 3. stupně. Lidé pobírající ID 1 nebo 2. stupně mají nárok na dávky nemocenského pojištění v plném rozsahu.

Nemocenské lze vyplácet nejdéle po dobu 380 kalendářních dnů ode dne vzniku dočasné pracovní neschopnosti. Poté by mělo dojít k posouzení stavu nemocného a buď mu může být neschopnost výjimečně prodloužena, nebo je mu přiznán invalidní důchod.

2.10.2.2. Invalidita a invalidní důchody

Invalidizace může být pro řadu lidí stigmatizující, nicméně v případě vážného onemocnění není radno s žádostí o ID zbytečně otálet, protože pokud dotyčný stejně není schopen souvislé výdělečné činnosti, případně není schopen vykonávat takovou a tak dobře ohodnocenou práci, jako dřív, může mu zbytečně klesnout průměrný výdělek, ze kterého se pak ID z části vypočítává. ID je pravidelně posuzován a je možno se jej dobrovolně zříct, takže neplatí častá obava lidí, že invalidita je navždy – nemusí tomu tak být.

Zákon o důchodovém pojištění - č. 155/1995 Sb.

Více v kapitole sociální aspekty duševního onemocnění

2.10.2.3. Sociální dávky

111/2006 Sb. Zákon o pomoci v hmotné nouzi
Zákon o státní sociální podpoře - č. 117/1995 Sb

Z těchto dvou norem vychází systém sociálních dávek, který byl popsán v jiné části našeho vzdělávacího modulu

2.10.2.4. Sociální služby

Zákon o sociálních službách - č. 108/2006 Sb

Tento zákon je základní normou pro poskytování sociálních služeb v naší zemi. Upravuje také výplatu sociální dávky „příspěvek na péči“. Popisuje celou řadu specifických služeb. Pro osoby s duševním onemocněním jsou využitelné tyto služby:

§70 sociální rehabilitace
§67 sociálně terapeutické dílny
§51 chráněné bydlení (zpoplatněná)
§43 podpora v samostatném bydlení (zpoplatněná)
§50 domovy se zvláštním režimem (zpoplatněná)
§45 centra denních služeb
§46 denní stacionáře (zpoplatněná)
§40 pečovatelské služby (zpoplatněná)
§60 krizová pomoc
§55 telefonická krizová pomoc
§68 terapeutické komunity

Příspěvek na péči byl opět popsán v kapitole sociální aspekty duševního onemocnění

2.10.3. Oblast občansko a trestně právní

2.10.3.1. Oblast svéprávnosti

Občanský zákoník - č. 89/2012 Sb.

Občanský soudní řád - č. 99/1963 Sb.

Člověk má právní osobnost po celý svůj život (§ 23). Náleží mu vrozená práva seznatelná samotným rozumem a citem; tato práva jsou nezcizitelná a nelze se jich vzdát. Zákon může stanovit jen meze uplatňování přirozených práv a způsob jejich ochrany (§ 19).

Nabytí svéprávnosti

Plné svéprávnosti nabývá člověk dosažením 18 let (dříve od 16. roku), nebo také sňatkem. Nově bude možné nabytí svéprávnosti také emancipací, je-li nezletilý schopen sám se živit a obstarávat si své záležitosti. Nezletilý tedy může ze své vůle dosáhnout přiznání svéprávnosti, je-li to v jeho zájmu, ale musí mu být alespoň 16 a musí to být za souhlasu jeho zákonných zástupců.

Dosavadní i nová úprava vychází z pojetí, že se osobnost nezletilých rozvíjí postupně a že se v návaznosti na to rozvíjí i jejich svéprávnost (osmiletý si může sám koupit lístek do kina, ale ne jízdní kolo; patnáctiletý si může sám koupit jízdní kolo, ale ne dům). Nově se navrhuje posílit jistotu třetích osob v závislosti na souhlasu zákonného zástupce.

Omezení svéprávnosti

Ve svéprávnosti lze člověka omezit (nikoli úplně zbavit!), avšak jen při vážné duševní poruše, jen na určitý čas (max. 3 roky) a jen rozhodnutím soudu. Nově bude platit, že soudce musí člověka při rozhodování o jeho svéprávnosti shlédnout a že k těmto zásahům do lidských práv lze přistoupit, jen nestačí-li mírnější postup. Kromě toho se zavádí nový institut nápomoci při rozhodování (§ 45), umožňující soudu člověka neomezovat ve svéprávnosti a ustanovit mu osobu, která za člověka právně nejedná, avšak napomáhá mu v běžných činnostech. Dále bude možné nechat se zastoupit členem domácnosti (§ 49). Jednal-li opatrovanec samostatně, ač nemohl jednat bez opatrovníka, lze jeho právní jednání prohlásit za neplatné, jen působí-li mu újmu.

Rozhodnutí o omezení svéprávnosti nezabavuje člověka práva samostatně právně jednat v běžných záležitostech každodenního života.

Ochrana osobnosti

Nový občanský zákoník výrazně zesiluje ochranu práv spojených s osobností člověka, jako jsou právo na život, zdraví, osobní svobodu, na jméno, čest, soukromí a další. Porušení těchto práv musí být odčiněno, stejně jako je tomu dnes, zadostiučiněním. Nově se ale dává přednost peněžitému zadostiučinění, které musí být poskytnuto vždy, nestačí-li jiný způsob (např. omluva) skutečnému a dostatečně účinnému odčinění způsobené újmy.

Nový občanský zákoník zvláštními ustanoveními zakládá práva člověku zadrženého ve zdravotnickém zařízení (§ 104–109). Důvod zařazení této úpravy do občanského zákoníku je v tom, že taková

opatření zasahují do lidské svobody, a tudíž spadají do rámce ochrany osobnosti víc než do zákona upravujícího ryze specializované profesní činnosti.

Novinkou v aktuálním občanském zákoníku je také §38, který říká, že v očekávání vlastní nezpůsobilosti právně jednat může člověk projevit vůli, aby byly jeho záležitosti spravovány určitým způsobem, nebo aby je spravovala určitá osoba, nebo aby se určitá osoba stala jeho opatrovníkem. Je tedy možné předejít nespornému soudnímu řízení, kde je člověku opatrovník stanoven a člověk, jemuž je zasaženo do jeho svéprávnosti nemá mnoho možností, jak tento proces ovlivnit.

Podnět k omezení svéprávnosti

Podání podnětu nebo návrhu k zahájení řízení o omezení svéprávnosti u příslušného soudu dle bydliště osoby, jejichž způsobilost má soud svým rozhodnutím omezit (jedná se o opatrovnícké oddělení okresního soudu, tedy soudu prvního stupně) může podat kdokoli. Podání návrhu je zdarma. S tímto podnětem by měl navrhovatel dodat soudu i nějaké lékařské osvědčení, které nasvědčuje tomu, že je domněnka nesvéprávnosti skutečná. Poté soud ustanoví znalce, který provede znalecké šetření (měl by se s osobou, o jejíž svéprávnost se jedná, osobně sejit). Poté může soud rozhodovat o svéprávnosti.

Pokud u soudu nebudete chtít zastupování advokátem (není to nutné), je i řízení před soudem zdarma. Existuje tu výjimka – soud může naznat, že náklady řízení (je-li to vzhledem k majetkovým poměrům vhodné) mohou být k tíži omezovaného. Nicméně toto není v praxi běžné. V případě, že by soud rozhodl, že návrh byl zjevně bezdůvodný, pak veškeré soudní náhrady uhradí navrhovatel.

Často je společně s návrhem podáván také návrh na ustanovení opatrovníka. Je vhodné tento návrh připojit k návrhu o omezení způsobilosti, i když nemusíte navrhovat nikoho konkrétního. Pokud navrhujeme někoho konkrétního, je dobré uvést na dotyčného kontakt a také to, zda je o věci informován a zda by s případnou rolí opatrovníka souhlasil.

Zákonné zastoupení a opatrovnictví

Zde uvádím kompletní znění zákona, protože jakýkoliv výklad by mi připadal zbytečně zkreslující, nebo nepřesný. Na závěr pak uvádím krátké shrnutí.

§ 457

Zákonné zastoupení i opatrovnictví sleduje ochranu zájmů zastoupeného a naplňování jeho práv.

§ 458

Zákonný zástupce nebo opatrovník není oprávněn za zastoupeného právně jednat v záležitostech týkajících se vzniku a zániku manželství, výkonu rodičovských povinností a práv, jakož i pořízení pro případ smrti nebo prohlášení o vydědění a jejich odvolání.

§ 459

Zákonný zástupce nesmí odejmout zastoupenému věc zvláštní obliby, ledaže to odůvodňuje ohrožení jeho života či zdraví, a jedná-li se o nezletilého, který není plně svéprávný, také jiný závažný důvod. Věc zvláštní obliby musí být zastoupenému ponechána i při jeho umístění ve zdravotnickém zařízení, v zařízení sociálních služeb, zařízení sociálně-právní ochrany dětí nebo podobném zařízení.

§ 460

Dojde-li ke střetu zájmu zákonného zástupce nebo opatrovníka se zájmem zastoupeného či ke střetnutí zájmů těch, kteří jsou zastoupeni týměž zákonným zástupcem nebo opatrovníkem, anebo hrozí-li takový střet, jmenuje soud zastoupenému kolizního opatrovníka.

§ 461

(1) Spravuje-li zákonný zástupce nebo opatrovník jmění zastoupeného, náleží mu běžná správa takového jmění. Nejedná-li se o běžnou záležitost, vyžaduje se k naložení se jměním zastoupeného schválení soudu.

(2) Dar, dědictví nebo odkaz určené pro zastoupeného s podmínkou, že jej bude spravovat třetí osoba, jsou ze správy podle odstavce 1 vyloučeny. Zákonný zástupce nebo opatrovník však může přijetí takového daru, dědictví nebo odkazu odmítnout; k odmítnutí se vyžaduje schválení soudu.

§ 462

Zákonný zástupce ani opatrovník nemůže požadovat od zastoupeného odměnu za zastoupení. Má-li však povinnost spravovat jmění, lze za správu přiznat odměnu. O její výši rozhodne soud s přihlédnutím k nákladům správy, k hodnotě spravovaného majetku a k výnosům z něho, jakož i k časové i pracovní náročnosti správy.

§ 463

(1) Opatrovníka jmenuje soud; současně určí rozsah opatrovníkových práv a povinností. Osoba, které byl opatrovník jmenován, se na dobu trvání opatrovnictví stává opatrovancem.

(2) Požádá-li o to opatrovník, soud ho odvolá; soud opatrovníka odvolá i v případě, že neplní své povinnosti. Zároveň opatrovanci jmenuje nového opatrovníka.

§ 464

(1) Nejedná-li se o správu jmění, lze osobě jmenovat pouze jediného opatrovníka. Je-li jmenován zvláštní opatrovník pro správu jmění zastoupeného nebo pro správu části jeho jmění a zároveň opatrovník osoby, náleží druhému z nich výlučné zastoupení zastoupeného před soudem, a to i když se záležitost týká spravovaného jmění.

(2) Jmenuje-li soud více opatrovníků a nerozhodne-li, ve kterých záležitostech je každý z nich způsobilý právně jednat za opatrovance samostatně, jsou opatrovníci povinni jednat společně.

§ 465

(1) Soud jmenuje opatrovníka člověku, je-li to potřeba k ochraně jeho zájmů, nebo vyžaduje-li to veřejný zájem. Soud jmenuje opatrovníka zejména tomu, koho ve svéprávnosti omezil, tomu, o kom není známo, kde pobývá, neznámému člověku zúčastněnému při určitém právním jednání nebo tomu, jehož zdravotní stav mu působí obtíže při správě jmění nebo hájení práv.

(2) Odůvodňují-li to okolnosti, může soud opatrovníku uložit, aby se v přiměřeném rozsahu pojistil pro případ, že při výkonu své funkce způsobí opatrovanci nebo jiné osobě škodu.

§ 466

(1) K povinnostem opatrovníka náleží udržovat s opatrovancem vhodným způsobem a v potřebném rozsahu pravidelné spojení, projevovat o opatrovance skutečný zájem, jakož i dbát o jeho zdravotní stav a starat se o naplnění opatrovancových práv a chránit jeho zájmy.

(2) Rozhoduje-li opatrovník o opatrovancových záležitostech, vysvětlí opatrovanci srozumitelně povahu a následky rozhodnutí.

§ 467

(1) Opatrovník při plnění svých povinností naplňuje opatrovancova právní prohlášení a dbá jeho názorů, i když je opatrovanec projevil dříve, včetně přesvědčení nebo vyznání, soustavně k nim přihlíží a zařizuje opatrovancovy záležitosti v souladu s nimi. Není-li to možné, postupuje opatrovník podle zájmů opatrovance.

(2) Opatrovník dbá, aby způsob opatrovancova života nebyl v rozporu s jeho schopnostmi a aby, nelze-li tomu rozumně odporovat, odpovídal i zvláštním opatrovancovým představám a přáním.

§ 468

Smrtí opatrovníka nebo jeho odvoláním opatrovnictví nezaniká a dokud soud nejmenuje opatrovanci nového opatrovníka, přechází na veřejného opatrovníka podle jiného zákona.

§ 469

(1) Člověku, jemuž působí zdravotní stav při správě jeho jmění nebo při hájení jeho práv obtíže, jmenuje soud na jeho návrh opatrovníka a ve shodě s takovým návrhem určí opatrovníkovi rozsah působnosti. Na návrh opatrovance soud opatrovníka také odvolá.

(2) Opatrovník jedná zpravidla společně s opatrovancem; jedná-li opatrovník samostatně, jedná v souladu s vůlí opatrovance. Nelze-li vůlí opatrovance zjistit, rozhodne na návrh opatrovníka soud.

§ 470

Opatří-li si někdo správce svého jmění sám, nelze mu jmenovat opatrovníka pro správu jmění. To neplatí, není-li správce jmění znám, odmítne-li jednat v zájmu zastoupeného nebo zanedbává-li tuto povinnost, anebo nemůže-li jmění spravovat.

§ 471

(1) Rozhoduje-li soud o jmenování opatrovníka člověku, může tak učinit až po jeho zhlédnutí, nebrání-li tomu nepřekonatelná překážka; musí též vyslechnout jeho vyjádření nebo jinak zjistit jeho stanovisko a vycházet z něho.

(2) Soud jmenuje opatrovníkem osobu, kterou navrhl opatrovanec. Není-li to možné, jmenuje soud opatrovníkem zpravidla příbuzného nebo jinou osobu opatrovanci blízkou, která osvědčí o opatrovance dlouhodobý a vážný zájem a schopnost projevovat jej i do budoucna. Není-li možné ani to, jmenuje soud opatrovníkem jinou osobu, která splňuje podmínky pro to, aby se stala opatrovníkem, nebo veřejného opatrovníka podle jiného zákona.

(3) Způsobilost být veřejným opatrovníkem má obec, kde má opatrovanec bydliště, anebo právnická osoba zřízená touto obcí k plnění úkolů tohoto druhu; jmenování veřejného opatrovníka podle jiného zákona není vázáno na jeho souhlas.

Opatrovnická rada

§ 472

(1) Je-li jmenován opatrovník, může opatrovanec nebo každá osoba opatrovanci blízká žádat o ustavení opatrovnické rady; opatrovník svolá schůzi osob blízkých opatrovanci a jeho přátel, jsou-li mu známi, tak, aby se schůze konala do třiceti dnů po obdržení žádosti. Není-li schůze včas svolána nebo nekoná-li se z jiného důvodu, anebo není-li na ní zvolena opatrovnická rada, svolá schůzi soud, a to i bez návrhu.

(2) Schůze se může zúčastnit opatrovanec, každá osoba opatrovanci blízká a kdokoli z jeho přátel, třebaže nebyl pozván; každý z nich má jeden hlas. Zúčastní-li se schůze alespoň pět osob, může být opatrovnická rada zvolena.

§ 473

(1) Osoby přítomné na schůzi volí členy opatrovnické rady, případně i jejich náhradníky, většinou hlasů. Při volbě musí být dbáno, je-li to možné, o rovnoměrné zastoupení osob uvedených v § 472.

(2) Členem opatrovnické rady může být jen osoba, která o opatrovance osvědčí dlouhodobý a vážný zájem a schopnost projevovat jej i do budoucna a jejíž zájmy neodporují zájmům opatrovance.

Opatrovník nemůže být členem opatrovnické rady.

§ 474

Opatrovnická rada má alespoň tři členy. Je schopna usnášet se za přítomnosti většiny členů; má-li však opatrovnická rada tři členy, vyžaduje se přítomnost všech. Rozhodnutí přijímá opatrovnická rada většinou hlasů přítomných členů.

§ 475

O volbě členů opatrovnické rady a náhradníků vyhotoví zápis zapisovatel, kterého určí přítomní. Ze zápisu musí být zřejmé, kdy se schůze konala, kdo se jí zúčastnil, kdo byl zvolen zapisovatelem, členem opatrovnické rady a náhradníkem a kolika hlasy, zda proti průběhu jednání někdo protestoval a z jakého důvodu. Protesty podané v písemné formě musí být k zápisu připojeny. Zápis o volbě členů opatrovnické rady zapisovatel doručí opatrovníkovi a soudu, který opatrovníka jmenoval.

§ 476

(1) Soud může na návrh opatrovníka nebo kterékoli osoby oprávněné k účasti na schůzi, anebo bez návrhu prohlásit volbu za neplatnou, pokud při ní došlo k takovému porušení zákona, že v důsledku toho hrozí opatrovancova újma. V takovém případě soud bez zbytečného odkladu nařídí novou volbu.

(2) Jsou-li pro to vážné důvody, může soud po zahájení řízení pozastavit výkon práv člena opatrovnické rady až do rozhodnutí o neplatnosti volby.

§ 477

(1) Člen opatrovnické rady je volen na dobu neurčitou. Ze své funkce může odstoupit; odstoupení je účinné doručením písemného oznámení opatrovníku a soudu. Odstoupení oznámí dalším členům opatrovnické rady.

(2) Soud může odvolat z funkce člena opatrovnické rady na návrh opatrovníka nebo kterékoli z osob oprávněných k účasti na schůzi, anebo z vlastního podnětu, pokud člen opatrovnické rady závažně nebo opakovaně poruší své povinnosti, ztratí-li o opatrovance zájem nebo ocitnou-li se jeho zájmy opakovaně v rozporu se zájmy opatrovance. Ustanovení § 476 odst. 2 se použije obdobně.

(3) Při zániku funkce člena opatrovnické rady opatrovník nebo předseda opatrovnické rady zařídí volbu nového člena opatrovnické rady nebo náhradníka. Neuskuteční-li se volba bez zbytečného odkladu, postupuje soud podle § 472 odst. 1 obdobně.

§ 478

(1) Opatrovnická rada zasedá nejméně jednou za rok; k zasedání ji svolá její předseda, nebo opatrovník, jinak kterýkoli člen opatrovnické rady, popřípadě soud na návrh osoby, která osvědčí vážný zájem o opatrovance, anebo i bez návrhu.

(2) Opatrovnická rada přizve na zasedání opatrovance i opatrovníka.

(3) Ze zápisu o zasedání opatrovnické rady musí být zřejmé, kdy se konalo, kdo se jej účastnil, jaká rozhodnutí byla přijata, kdo vznesl protest a kdo zápis pořídil. Není-li v zápise uvedeno, kdo hlasoval pro návrh a kdo proti návrhu, má se za to, že všichni přítomní členové opatrovnické rady hlasovali pro přijetí návrhu. Zápis doručí předseda opatrovnické rady opatrovníkovi a soudu, který opatrovníka jmenoval.

§ 479

(1) Opatrovnická rada na svém pravidelném zasedání projedná zprávu opatrovníka o jeho činnosti v záležitostech opatrovance, vyjadřuje se k soupisu jmění opatrovance a k vyúčtování jeho správy i k vyúčtování případné odměny opatrovníka za správu jmění.

(2) Usnese-li se na tom opatrovnická rada, podá její člen pověřený k tomu usnesením návrh soudu na změnu výše odměny opatrovníka za správu jmění opatrovance.

(3) Usnese-li se na tom opatrovnická rada, podá její pověřený člen soudu návrh na zrušení opatrovnictví, nebo na odvolání opatrovníka a jeho nahrazení jinou osobou.

§ 480

(1) Bez souhlasu opatrovnické rady nesmí opatrovník rozhodnout o

- a) změně bydliště opatrovance,
- b) umístění opatrovance do uzavřeného ústavu nebo podobného zařízení v případě, kdy to zdravotní stav opatrovance zjevně nevyžaduje, nebo
- c) zásazích do integrity opatrovance, nejedná-li se o zákroky bez závažných následků.

(2) Bez souhlasu opatrovnické rady nesmí opatrovník naložit s majetkem opatrovance, jedná-li se o

- a) nabytí nebo zcizení majetku v hodnotě převyšující částku odpovídající stonásobku životního minima jednotlivce podle jiného právního předpisu,
- b) nabytí nebo zcizení majetku převyšující jednu třetinu opatrovanceva majetku, ledaže tato třetina představuje hodnotu jen nepatrnou, nebo
- c) přijetí nebo poskytnutí zápůjčky, úvěru nebo jistoty v hodnotách uvedených v písmenu a) nebo b), ledaže se k takovým rozhodnutím vyžaduje i souhlas soudu.

(3) Je-li to v zájmu opatrovance, může se opatrovnická rada usnést, jaká další rozhodnutí opatrovníka o opatrovanci podléhají jejímu souhlasu; taková usnesení nesmí omezovat opatrovníka nad míru přiměřenou okolnostem.

§ 481

Člen opatrovnické rady, který pro její rozhodnutí nehlasoval, opatrovník nebo opatrovanec může do patnácti dnů od přijetí rozhodnutí navrhnout soudu, aby rozhodnutí opatrovnické rady zrušil a nahradil je svým rozhodnutím. Dokud soud nerozhodne, nenabude rozhodnutí opatrovnické rady právní účinky.

§ 482

(1) Nelze-li opatrovnickou radu zřídit pro nezám dostatečného počtu osob uvedených v § 472 odst. 1 nebo z jiných podobných důvodů, může soud na návrh některé z těchto osob rozhodnout, že působnost opatrovnické rady bude vykonávat jen jedna z těchto osob a rozhodne zároveň o jejím jmenování.

(2) Není-li zvolena opatrovnická rada a není-li možný ani postup podle odstavce 1, schvaluje opatření opatrovníka stran opatrovance nebo jeho jmění namísto opatrovnické rady soud.

§ 483

(1) Neschválil-li to soud, nesmí opatrovník vyslovit souhlas se změnou osobního stavu opatrovance.

(2) Spravuje-li opatrovník opatrovancovo jmění, nesmí bez souhlasu soudu, nerozhodl-li soud o dalších omezeních,

a) zavázat opatrovance k plnění některému z členů opatrovnické rady nebo osoby tomuto členu blízké,

b) nabyt pro opatrovance nemovitou věc nebo podíl na ní, ani opatrovancovu nemovitou věc nebo podíl na ní zcizit či zatížit,

c) nabyt pro opatrovance obchodní závod, podíl na obchodním závodu nebo podíl na právnické osobě, ani tento majetek zcizit nebo zatížit; to neplatí, jedná-li se o nabytí účastnických nebo podobných cenných papírů zajišťujících bezpečný výnos,

d) uzavřít za opatrovance smlouvu zavazující ho k trvajícimu nebo opakovanému plnění na dobu delší než tři roky,

e) odmítnout dědictví nebo jiné plnění z pozůstalosti, nebo

f) zavázat opatrovance k bezúplatnému plnění jiné osobě, ledaže se jedná o dar poskytnutý k obvyklé příležitosti podle zásad slušnosti v přiměřeném rozsahu a opatrovanec je schopen úsudku a projevil s darem souhlas.

(3) Bez zřetele na ustanovení odstavce 2 opatrovník nesmí, neschválil-li to soud, naložit s majetkem opatrovance, jedná-li se o

a) nabytí nebo zcizení majetku v hodnotě převyšující částku odpovídající pětisetnásobku životního minima jednotlivce podle jiného právního předpisu,

b) nabytí nebo zcizení majetku převyšující jednu polovinu opatrovancova majetku, ledaže tato polovina představuje hodnotu jen nepatrnou a nejedná se o věc, která je pro opatrovance věcí zvláštní obliby, nebo

c) přijetí nebo poskytnutí půjčky, úvěru nebo jistoty v hodnotách uvedených pod písmenem a) nebo b).

(4) Soud si před rozhodnutím podle odstavců 1 až 3 vyžádá stanovisko opatrovnické rady. Nesdělí-li opatrovnická rada soudu stanovisko v přiměřené lhůtě, potom soud rozhodne sám.

§ 484

(1) Právnická osoba, jejíž hlavní činnost spočívá v péči o osoby se zdravotním postižením a ochraně jejich zájmů, má právo navrhnout, aby byla svolána schůze k ustavení opatrovnické rady.

(2) Právnická osoba, jejíž hlavní činnost spočívá v péči o osoby se zdravotním postižením a ochraně jejich zájmů, která působí v České republice nepřetržitě alespoň tři roky a byla s opatrovancem v pravidelném spojení alespoň tři měsíce, má právo být členem opatrovnické rady nebo se účastnit jejího zasedání, schůze k ustavení opatrovnické rady a navrhnout soudu, aby rozhodnutí opatrovnické rady zrušil a nahradil je svým rozhodnutím. Neuplatňuje-li však tato právnická osoba svá práva v souladu se zájmy opatrovance, soud jí tato práva na návrh opatrovance, opatrovníka nebo členů opatrovnické rady odejme.

§ 485

Soupis jmění a vyúčtování správy

(1) Opatrovník, který spravuje jmění opatrovance, vyhotoví do dvou měsíců od svého jmenování soupis spravovaného jmění a doručí jej soudu, opatrovanci a opatrovnické radě.

(2) Za trvání opatrovnictví vyhotoví opatrovník vyúčtování správy jmění každoročně vždy do 30. června, ledaže se s členy opatrovnické rady dohodne, že vyúčtování předloží dříve. Je-li pro to důležitý důvod, může opatrovanec nebo opatrovnická rada navrhnout soudu, aby opatrovníkovi uložil

povinnost vyhotovit mimořádné vyúčtování. Opatrovník doručí každé vyúčtování opatrovanci, opatrovnické radě a soudu.

(3) Opatrovník, jehož funkce končí, doručí konečné vyúčtování správy jmění opatrovanci, opatrovnické radě a soudu, popřípadě také dalšímu opatrovníkovi nebo soudnímu komisaři jmenovanému v řízení o dědictví. Zemře-li opatrovník, vydá soudu, který jej jmenoval, listiny a další doklady týkající se opatrovance a jeho záležitostí každý, kdo má tyto listiny a doklady u sebe.

Shrnutí

Ve zkratce se dá říci, že opatrovník musí jednat zcela v zájmu svého opatrovance, všechny závažnější kroky by měl konzultovat se soudem a měl by dbát na názor svého opatrovance a hledat s ním nějakou shodu. Opatrovanec má právo se vyjadřovat k veškerým rozhodnutím opatrovníka a v případě, že nenaleznou shodu, musí soud jmenovat kolizního opatrovníka, který spor vyřeší. Opatrovanec může mít i více opatrovníků a tito mohou mít buď rozdělené oblasti působení, nebo mohou v některých situacích rozhodovat společně. Podstatné je také to, že soud by měl, pokud je to možné, jmenovat opatrovníkem toho, koho navrhuje sám opatrovanec. Opatrovník se stará nejen o majetek opatrovance, ale celkově se o něj zajímá, zastupuje ho a brání jeho zájmy. Také by se s ním měl pravidelně osobně stýkat.

Opatrovnická rada je pak v podstatě kontrolním orgánem, který může dohlížet na činnost opatrovníka. Založení této rady může iniciovat prakticky kdokoli z opatrovancova okolí. Opatrovanec sám pak může být jejím členem a na fungování této rady opět dohlíží soud.

V případě, že opatrovník spravuje majetek a finance, je povinen pravidelně informovat soud a případně i opatrovnickou radu nejen o své činnosti jako takové, ale především pak právě o stavu jeho majetku a peněz.

Připadá mi také důležité zmínit, že institut opatrovnictví není určen k tomu, aby bylo s někým manipulováno, nebo mu bylo bráněno v normálním životě. Efekt opatrovnictví by měl být pozitivní v tom smyslu, že opatrovance ochraňuje před situacemi, jejichž dopad není schopen zcela odhadnout, nebo před situacemi, kdy není zcela schopen o svých věcech rozhodovat. Je ale dobré si uvědomit, že duševní choroba rozhodně neznamená permanentní neschopnost rozhodovat o svých záležitostech. Zbavení svéprávnosti také rozhodně neslouží k pohodlnějšímu umístění nemocných do ústavní péče. K tomu tento právní institut sloužit nemá, byť je tak celkem často vnímán.

2.10.3.2. Trestní odpovědnost

Trestní zákoník - č. 40/2009 Sb.

Zde uvádím několik paragrafů, které mohou být v souvislosti s duševní nemocí důležité.

§ 26

Nepříčetnost

Kdo pro duševní poruchu v době spáchání činu nemohl rozpoznat jeho protiprávnost nebo ovládat své jednání, není za tento čin trestně odpovědný.

§ 27

Zmenšená příčetnost

Kdo pro duševní poruchu v době spáchání činu měl podstatně sníženou schopnost rozpoznat jeho protiprávnost nebo ovládat své jednání, je zmenšeně příčetný.

2.10.3.3. Odpovědnost za škodu

Všechny výše zmíněné právní instituty ovšem nezbavují člověka odpovědnosti za škodu. Pokud člověk s omezenou svéprávností například uzavře smlouvu o půjčce, bude smlouva považována za neplatnou. Nebude tedy muset platit úroky a další poplatky vycházející ze smlouvy, ale peníze, které si půjčil, vrátit samozřejmě musí, jinak by se dopustil bezdůvodného obohacování, což je protiprávní jednání.

3. Výukové moduly

3.1. Modul 10 x 2 hodiny

3.1.1. Základní informace o duševních poruchách

ČAS	ÚKOL/TÉMA	KDO	METODA VÝUKY	POMŮCKY
0-10	Psychózy, Rozdělení psychóz	Kurincová, Hodboď	výklad	dataprojektor
10-20	Příčiny vzniku schizofrenie	Kurincová, Hodboď	výklad	dataprojektor
20-50	Průběh schizofrenie, Prodromální fáze, Akutní fáze, Remise, či reziduální fáze	Kurincová, Hodboď	výklad	dataprojektor
50-60	Dotazy, diskuze	Kurincová, Hodboď	diskuze	flipchart
60-70	přestávka	Kurincová, Hodboď		
70-100	Pozitivní a negativní symptomy, pozitivní symptomy, negativní symptomy, Kognitivní a ostatní	Kurincová, Hodboď	výklad	dataprojektor
100 -110	Rozdělení schizofrenie, Poruchy související se schizofrenií, Léčba schizofrenie, Osvěta a edukace, Sociální rehabilitace, psychoterapie	Kurincová, Hodboď	výklad	dataprojektor
110-120	Prostor pro dotazy, diskuze	Kurincová, Hodboď		flipchart

3.1.2. Léčba psychofarmaky, efekty a nežádoucí účinky, jiné způsoby léčby

ČAS	ÚKOL/TÉMA	KDO	METODA VÝUKY	POMŮCKY
0-20	Psychofarmaka, rozdělení a konkrétní farmaceutické názvy a nežádoucí účinky	Krejčí, Loudová, Gapková	výklad	dataprojektor
20-30	Diskuze- hlavně zdali je výklad srozumitelný, zdali jsou některé léky posluchačům známe- možná se zde i zmínit o kontrole expirace u léků a o tom, zdali jejich rodinný příslušník nemá léků doma příliš....	Krejčí, Loudová, Gapková	diskuze	flipchart
30-50	Antidepresiva, rozdělení a nežádoucí účinky a opět uvést některé farmaceutické názvy	Krejčí, Loudová, Gapková	výklad	dataprojektor
50-60	Diskuze- zde opět srozumitelnost výkladu, upozornění na to, že pokud máte pochybnosti o psychofarmacích předepsaných OL, měli byste je konzultovat s psychiatrem, důležitost v pravidelnosti v užívání...	Krejčí, Loudová, Gapková	diskuze	flipchart
60-70	přestávka			
70-90	Hypnotika, anxiolytika, nefarmakologické způsoby léčby	Krejčí, Loudová, Gapková	výklad	dataprojektor
90-100	Diskuze- zde opět hlavně srozumitelnost výkladu			flipchart
100-120	Prostor pro dotazy			flipchart

3.1.3. Psychoterapie

ČAS	ÚKOL/TÉMA	KDO	METODA VÝUKY	POMŮCKY
0-20	Co je psychoterapie (PST), kdo ji může vykonávat, pro koho je vhodná a seznámení s hlavními PST směry	Bezpalcová, Kříčková, Hodboď	výklad	dataprojektor
20-30	Diskuze- hlavně zdali je výklad srozumitelný, zdali má někdo osobní či zprostředkovanou zkušenost s PST a jakou, jak poznat "dobrého" psychoterapeuta ...	Bezpalcová, Kříčková, Hodboď	diskuze	flipchart
30-50	Individuální a skupinová PST, jejich přednosti a nedostatky	Bezpalcová, Kříčková, Hodboď	výklad	dataprojektor
50-60	Diskuze- zde opět srozumitelnost výkladu, vhodnost výběru druhu PST s ohledem na potíže související s onemocněním či osobností klienta ...	Bezpalcová, Kříčková, Hodboď	diskuze	flipchart
60-70	přestávka			
70-90	Rodinná a partnerská PST, etika PST	Bezpalcová, Kříčková, Hodboď	výklad	dataprojektor
90-100	Diskuze- zde opět hlavně srozumitelnost výkladu, bezpečnost PST vztahu, kontakty na spolupracující či osvědčené psychoterapeuty v regionu, formy plateb PST ...	Bezpalcová, Kříčková, Hodboď	diskuze	flipchart
100-120	Prostor pro dotazy			flipchart

3.1.4. Prevence zhoršení či recidivy onemocnění, předcházení krizím

ČAS	ÚKOL/TÉMA	KDO	METODA VÝUKY	POMŮCKY
0-25	Prevence relapsu, časné varovné příznaky, předcházení krizí (co může dělat klient a co rodina)	Čadílková, Šormová, Šturma	výklad	dataprojektor
25-35	Diskuze- srozumitelnost a přínos výkladu; zda a případně jaké časné varovné příznaky mají rodiny vyzorované u svých blízkých, co rodina dělá pro prevenci relapsu	Čadílková, Šormová, Šturma	diskuze	flipchart
35-50	Protikrizové plánování, jak postupovat v případě relapsu, krizový plán	Čadílková, Šormová, Šturma	výklad	dataprojektor
50-60	Diskuze- srozumitelnost a přínos výkladu; jak vypadá krizový plán, který s klienty sepisujeme	Čadílková, Šormová, Šturma	diskuze	flipchart
60-70	přestávka			
70-85	Drogy a alkohol	Čadílková, Šormová, Šturma	výklad	dataprojektor
85-95	Diskuze- srozumitelnost a přínos výkladu; zkušenosti rodin s užíváním drog jejich blízkých	Čadílková, Šormová, Šturma	diskuze	flipchart
95-105	Rady pro rodinné příslušníky nemocného	Čadílková, Šormová, Šturma	výklad	dataprojektor
105-120	Závěrečná diskuze – dotazy	Čadílková, Šormová, Šturma	diskuze	flipchart

3.1.5. Rehabilitace, zotavení (úzdava, recovery)

ČAS	ÚKOL/TÉMA	KDO	METODA VÝUKY	POMŮCKY
0-10	Úvod, co je rehabilitace, historie - vývoj psychiatrické rehabilitace	Zvolenská, Skalická, Chlapcová	výklad	dataprojektor
10-20	Komunitní péče u nás	Zvolenská, Skalická, Chlapcová	výklad	dataprojektor
20-50	Základní směry psychosociální rehabilitace (Bostonský model, Libermanův model, Britský model, STORM – komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci + fáze rehabilitačního procesu)	Zvolenská, Skalická, Chlapcová	výklad	dataprojektor
50-60	Dotazy, diskuze	Zvolenská, Skalická, Chlapcová	diskuze	flipchart
60-70	přestávka			
70-100	Jednotlivé oblasti – pracovní rehabilitace, rehabilitace v oblasti vzdělávání, rehabilitace v oblasti bydlení, rehabilitace v oblasti sociálních kontaktů a volného času	Zvolenská, Skalická, Chlapcová	výklad	dataprojektor
100 -110	Zotavení (úzdava, recovery), fáze procesu zotavování	Zvolenská, Skalická, Chlapcová	výklad	dataprojektor
110-120	Prostor pro dotazy, diskuze	Zvolenská, Skalická, Chlapcová		flipchart

3.1.6. Rodina v péči o duševně nemocného, komunikace s duševně nemocným

ČAS	ÚKOL/TÉMA	KDO	METODA VÝUKY	POMŮCKY
0-10	Úvod – Průzkum EUFAMI, Faktory ovlivňující důsledky nemoci v kontextu rodiny	Hodboď, Valičková, Kurincová	Výklad, diskuse	Powerpoint, dataprojektor, tištěné materiály – průzkum EUFAMI
10-20	Příběh Alice a Heleny	Hodboď, Valičková, Kurincová	Diskuse	Powerpoint, dataprojektor, tištěný příběh
20-30	Vztah k duševně nemocnému členu rodiny	Hodboď, Valičková, Kurincová	Výklad, diskuse, cvičení	Powerpoint, dataprojektor, tištěný příběh
30-40	Povaha duševního onemocnění	Hodboď, Valičková, Kurincová	Výklad, diskuse, cvičení	Powerpoint, dataprojektor, tištěný příběh
40-50	Struktura rodiny a rodinné fáze	Hodboď, Valičková, Kurincová	Výklad, diskuse, cvičení	Powerpoint, dataprojektor, tištěný příběh
50-60	přestávka	Hodboď, Valičková, Kurincová	Výklad, diskuse, cvičení	Powerpoint, dataprojektor, tištěný příběh
60-70	Rodina a její hodnoty	Hodboď, Valičková, Kurincová	Výklad, diskuse, cvičení	Powerpoint, dataprojektor, tištěný příběh
70-80	Historie onemocnění v rodině a její reakce na něj	Hodboď, Valičková, Kurincová	Výklad, diskuse	Powerpoint, dataprojektor, tištěný příběh
80-90	Komunikace v rodině	Hodboď, Valičková, Kurincová	Výklad, diskuse	Powerpoint, dataprojektor, tištěný příběh
90-100	Expressed emotions	Hodboď, Valičková, Kurincová	Výklad, diskuse, cvičení	Powerpoint, dataprojektor, tištěný příběh
100-110	Potřeby jednotlivých členů rodiny	Hodboď, Valičková, Kurincová	Výklad, diskuse	
110-120	Hnutí rodinných příslušníků osob s duševním onemocněním, svépomocná klientská hnutí a zdroje a prostor pro dotazy	Hodboď, Valičková, Kurincová	Výklad, diskuse	Powerpoint, dataprojektor, flipchart

3.1.7. Služby pro duševně nemocné, jejich indikace a kontraindikace, způsoby práce, očekávané výsledky, omezení

ČAS	ÚKOL/TÉMA	KDO	METODA VÝUKY	POMŮCKY
0-20	Přehled služeb pro duševně nemocné, psychiatrická nemocnice, praktický lékař, ambulantní psychiatr, klinický psycholog, terapeutická komunita	Švancarová, Šturma, Zichová	výklad	dataprojektor
20-30	Diskuze- hlavně zdali je výklad srozumitelný, osobní zkušenosti rodinných příslušníků	Švancarová, Šturma, Zichová	diskuze	flipchart
30-50	Krizové centrum, denní stacionář, komunitní centrum, terénní práce, podpora v bydlení	Švancarová, Šturma, Zichová	výklad	dataprojektor
50-60	Diskuze- zde opět srozumitelnost výkladu, předání vzájemných zkušeností mezi účastníky	Švancarová, Šturma, Zichová	diskuze	flipchart
60-70	přestávka			
70-90	Podpora v práci, poradenství, centrum denních aktivit, svépomocné skupiny	Švancarová, Šturma, Zichová	výklad	dataprojektor
90-100	Diskuze- zde opět hlavně srozumitelnost výkladu	Švancarová, Šturma, Zichová		flipchart
100-120	Prostor pro dotazy	Švancarová, Šturma, Zichová		flipchart

3.1.8. Systém služeb Fokusu MB

ČAS	ÚKOL/TÉMA	KDO	METODA VÝUKY	POMŮCKY
0-10	Představení systému služeb Fokusu Mladá Boleslav, cíle sdružení, cíle služeb, cílová skupina	Matoušková, Krejčí, Jiránek	výklad	dataprojektor
10-30	Case management	Matoušková, Krejčí, Jiránek	výklad	dataprojektor
30-45	Centra sociální rehabilitace	Matoušková, Krejčí, Jiránek	výklad	dataprojektor
45-60	Sociálně terapeutická dílna	Matoušková, Krejčí, Jiránek	výklad	dataprojektor
60-70	Přestávka			
70-90	Chráněné bydlení Podpora v samostatném bydlení	Matoušková, Krejčí, Jiránek	výklad	dataprojektor
90-100	Agentura podporovaného zaměstnávání	Matoušková, Krejčí, Jiránek	výklad	dataprojektor
100-120	Prostor pro dotazy + diskuze		diskuze	flipchart

3.1.9. Sociální aspekty duševního onemocnění (invalidizace, příspěvek na péči, sociální dávky)

ČAS	ÚKOL/TÉMA	KDO	METODA VÝUKY	POMŮCKY
0-20	Invalidní důchody-třístupňový systém, podání žádosti, nárok na výplatu	Kubínová, Jenčíková, Lučín	výklad	dataprojektor
20-40	Zaměstnávání osob se zdravotním postižením, podpora v nezaměstnanosti	Kubínová, Jenčíková, Lučín	výklad	dataprojektor
40-50	Prostor pro dotazy	Kubínová, Jenčíková, Lučín	diskuze	flipchart
50-60	Přestávka			
60-80	Dávky státní sociální podpory	Kubínová, Jenčíková, Lučín	výklad	dataprojektor
80-90	Dávky hmotné nouze	Kubínová, Jenčíková, Lučín	výklad	dataprojektor
90-110	Příspěvek na péči, mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené osoby	Kubínová, Jenčíková, Lučín	výklad	dataprojektor
110-120	Prostor pro dotazy	Kubínová, Jenčíková, Lučín	diskuze	flipchart

3.1.10. Právní aspekty duševního onemocnění (opatrovnictví, léčba bez souhlasu nemocného, ochranná léčba)

ČAS	ÚKOL/TÉMA	KDO	METODA VÝUKY	POMŮCKY
0-30	Úvod, Oblast zdravotně právní	Šturma, Kubínová, Jenčíková	výklad	dataprojektor
30-40	Otázky/diskuze – srozumitelnost výkladu a tématu, osobní zkušenosti rodinných příslušníků s tématem	Šturma, Kubínová, Jenčíková	diskuze	flipchart
40-55	Oblast sociálně právní	Šturma, Kubínová, Jenčíková	výklad	dataprojektor
55-65	Otázky/diskuze	Šturma, Kubínová, Jenčíková	diskuze	flipchart
65-75	přestávka			
75-105	Oblast občansko a trestně právní	Šturma, Kubínová, Jenčíková	výklad	dataprojektor
105-115	Otázky/Diskuze	Šturma, Kubínová, Jenčíková	diskuze	flipchart
115-120	Shrnutí	Šturma, Kubínová, Jenčíková	výklad	flipchart

3.2. Modul 2 prodloužené víkendy

Pátek 1				
Od	Do	Aktivita	Zajišťuje	Vybavení, pomůcky
14.00	15.00	Ubytování	Kolátorová, všichni	rozpis účastníků a pokojů
15.30	16.00	Přivítání, organizační informace, káva	Stuchlík	program týdne, prezenční listina, objednávka obědů a večeří
16.00	18.00	Téma 1: Základní informace o duševních poruchách	Hůlová, Krejčí	dataprojektor, flipchart, tužky a papíry
18:00	19:00	Večeře	Kolátorová	dovoz hotových jídel
19:00	19:30	Zpětná vazba k průběhu dne, organizační věci na zítřek	všichni	flipchart
19:30	21:00	Psychohry, seznamovací aktivity	Bezpalcová	???

Sobota 1				
Od	Do	Aktivita	Zajišťuje	Vybavení, pomůcky
7:30	8:30	snídaně	Kolátorová, všichni	potraviny k snídani
8:30	10:30	Téma 2: Léčba psychofarmaky, efekty a nežádoucí účinky, jiné způsoby léčby	Krejčí, Stuchlík	dataprojektor, flipchart, tužky a papíry
10:30	12:30	Téma 3: Psychoterapie	Bezpalcová, Skalická	dataprojektor, flipchart, tužky a papíry
12:30	14:00	Oběd, volno	Kolátorová	dovoz hotových jídel
14:00	15:00	Hosté: Jiří Štefl - peer konzultant, APZ	Štefl, Havrdová, Lámerová	dataprojektor, flipchart, tužky a papíry
15:00	18:00	Individuální konzultace s hosty / výlet na Drábské světničky / volno	Štefl, Havrdová, Lámerová	
18:00	19:00	Večeře	Kolátorová	dovoz hotových jídel
19:00	19:30	Zpětná vazba k průběhu dne, organizační věci na zítřek	všichni	flipchart
19:30	21:00	Promítání filmu, diskuse	???	dataprojektor

Neděle 1				
Od	Do	Aktivita	Zajišťuje	Vybavení, pomůcky
7:30	8:30	snídaně	Kolátorová, všichni	potraviny k snídani
8:30	10:30	Téma 4: Prevence zhoršení či recidivy onemocnění, předcházení krizím	Skalická, Hůlová	dataprojektor, flipchart, tužky a papíry
10:30	12:30	Téma 5: Rehabilitace, zotavení (úzdava, recovery)	Hůlová, Krejčí	dataprojektor, flipchart, tužky a papíry
12:30	13:30	Oběd	Kolátorová	dovoz hotových jídel
13:30	14:30	Závěrečné setkání, zpětná vazba k první části kurzu, odjezd	všichni	flipchart

Pátek 2				
Od	Do	Aktivita	Zajišťuje	Vybavení, pomůcky
14.00	15.00	Ubytování	Kolátorová, všichni	rozpis účastníků a pokojů
15.30	16.00	Přivítání, organizační informace, káva	Stuchlík	program týdne, prezenční listina, objednávka obědů a večeří
16.00	18.00	Téma 6: Rodina v péči o duševně nemocného, komunikace s duševně nemocným	Bezpalcová, Skalická	dataprojektor, flipchart, tužky a papíry
18.00	19.00	Večeře	Kolátorová	dovoz hotových jídel
19.00	19.30	Zpětná vazba k průběhu dne, organizační věci na zítřek	všichni	flipchart
19.30	21.00	Táborák	Kolátorová, všichni	dřevo, sirky, buřty

Sobota 2				
Od	Do	Aktivita	Zajišťuje	Vybavení, pomůcky
7:30	8:30	snídaně	Kolátorová, všichni	potraviny k snídani
8:30	10:30	Téma 7: Služby pro duševně nemocné, jejich indikace a kontraindikace, způsoby práce, očekávané výsledky, omezení	Zvolenská, Matoušková	dataprojektor, flipchart, tužky a papíry
10:30	12:30	Téma 8: Systém služeb Fokusu MB	Krejčí, Bezpalcová	dataprojektor, flipchart, tužky a papíry
12:30	14:00	Oběd, volno	Kolátorová	dovoz hotových jídel
14:00	15:00	Hosté: PhDr. Černá Rynešová - klinická psycholožka a psychoterapeutka, RNDr. Jan Bázler - vedoucí svépomocné organizace	Rynešová, Bázler	dataprojektor, flipchart, tužky a papíry
15:00	18:00	Individuální konzultace s hosty / prohlídka zámku / volno	Rynešová, Bázler	
18:00	19:00	Večeře	Kolátorová	dovoz hotových jídel
19:00	19:30	Zpětná vazba k průběhu dne, organizační věci na zítřek	všichni	flipchart
19:30	21:00	Bázler - Osvobozené divadlo/Karel Kryl ???	Bázler	sound systém

Neděle 2				
Od	Do	Aktivita	Zajišťuje	Vybavení, pomůcky
7:30	8:30	snídaně	Kolátorová, všichni	potraviny k snídani
8:30	10:30	Téma 9: Sociální aspekty duševního onemocnění (invalidizace, příspěvek na péči, sociální dávky)	Zvolenská, Matoušková	dataprojektor, flipchart, tužky a papíry
10:30	12:30	Téma 10: Právní aspekty duševního onemocnění (opatrovnictví, léčba bez souhlasu nemocného, ochranná léčba)	Zvolenská, Matoušková	dataprojektor, flipchart, tužky a papíry
12:30	13:30	Oběd	Kolátorová	dovoz hotových jídel
13:30	14:30	Závěrečné setkání, zpětná vazba ke kurzu, odjezd	všichni	flipchart

3.3. Modul týden

Pondělí				
Od	Do	Aktivita	Zajišťuje	Vybavení, pomůcky
9:00	9:30	Ubytování	Kolátorová, všichni	rozpis účastníků a pokojů
9:30	10:00	Přivítání, organizační informace, káva	Stuchlík	program týdne, prezenční listina, objednávka obědů a večeří
10:00	12:00	Téma 1: Základní informace o duševních poruchách	Kurincová, Hodboď	dataprojektor, flipchart, tužky a papíry
12:00	13:00	Oběd	Kolátorová	dovoz hotových jídel
13:00	15:00	Téma 2: Léčba psychofarmaky, efekty a nežádoucí účinky, jiné způsoby léčby	Šturma, Stuchlík	dataprojektor, flipchart, tužky a papíry
15:00	18:00	Výlet: Drábské světničky	všichni	
18:00	19:00	Večeře	Kolátorová	dovoz hotových jídel
19:00	19:30	Zpětná vazba k průběhu dne, organizační věci na zítřek	všichni	flipchart
19:30	21:00	Psychohry, seznamovací aktivity	???	???

Úterý				
Od	Do	Aktivita	Zajišťuje	Vybavení, pomůcky
7:30	8:30	snídaně	Kolátorová, všichni	potraviny k snídani
8:30	10:30	Téma 3: Psychoterapie	Kříčková, Valičková	dataprojektor, flipchart, tužky a papíry
10:30	12:30	Téma 4: Prevence zhoršení či recidivy onemocnění, předcházení krizím	Kříčková, Valičková	dataprojektor, flipchart, tužky a papíry
12:30	14:00	Oběd, volno	Kolátorová	dovoz hotových jídel
14:00	15:00	Host: Jiří Štefl - peer konzultant	Štefl	dataprojektor, flipchart, tužky a papíry
15:00	18:00	Individuální konzultace s hostem / prohlídka zámku / volno	Štefl	
18:00	19:00	Večeře	Kolátorová	dovoz hotových jídel
19:00	19:30	Zpětná vazba k průběhu dne, organizační věci na zítřek	všichni	flipchart
19:30	21:00	Promítání filmu, diskuse	???	dataprojektor

Středa				
Od	Do	Aktivita	Zajišťuje	Vybavení, pomůcky
7:30	8:30	snídaně	Kolátorová, všichni	potraviny k snídani
8:30	10:30	Téma 5: Rehabilitace, zotavení (úzdava, recovery)	Jenčíková, Kurincová	dataprojektor, flipchart, tužky a papíry
10:30	12:30	Téma 6: Rodina v péči o duševně nemocného, komunikace s duševně nemocným	Hodboď, Kříčková	dataprojektor, flipchart, tužky a papíry
12:30	14:00	Oběd, volno	Kolátorová	dovoz hotových jídel
14:00	15:00	Hosté: APZ, RNDr. Jan Bázler - vedoucí svépomocného klubu	Havrdová, Lámerová, Bázler	dataprojektor, flipchart, tužky a papíry
15:00	18:00	Individuální konzultace s hostem / výlet do okolí / volno	Havrdová, Lámerová, Bázler	
18:00	19:00	Večeře	Kolátorová	dovoz hotových jídel
19:00	19:30	Zpětná vazba k průběhu dne, organizační věci na zítřek	všichni	flipchart
19:30	21:00	Bázler - Osvobozené divadlo/Karel Kryl ???	Bázler	sound systém

Čtvrtek				
Od	Do	Aktivita	Zajišťuje	Vybavení, pomůcky
7:30	8:30	snídaně	Kolátorová, všichni	potraviny k snídani
8:30	10:30	Téma 7: Služby pro duševně nemocné, jejich indikace a kontraindikace, způsoby práce, očekávané výsledky, omezení	Kurincová, Hodboď	dataprojektor, flipchart, tužky a papíry
10:30	12:30	Téma 8: Systém služeb Fokusu MB	Hodboď, Valičková	dataprojektor, flipchart, tužky a papíry
12:30	14:00	Oběd, volno	Kolátorová	dovoz hotových jídel
14:00	15:00	Host: PhDr. Černá Rynešová - klinická psycholožka a psychoterapeutka	Rynešová	dataprojektor, flipchart, tužky a papíry
15:00	18:00	Individuální konzultace s hostem / turnaj v kroketu, petnaque nebo tak něco / volno	Rynešová	kroket, petanque
18:00	19:00	Večeře	Kolátorová	dovoz hotových jídel
19:00	19:30	Zpětná vazba k průběhu dne, organizační věci na zítřek	všichni	flipchart
19:30	21:00	Táborák	Kolátorová, všichni	dřevo, sirky, buřty

Pátek				
Od	Do	Aktivita	Zajišťuje	Vybavení, pomůcky
7:30	8:30	snídaně	Kolátorová, všichni	potraviny k snídani
8:30	10:30	Téma 9: Sociální aspekty duševního onemocnění (invalidizace, příspěvek na péči, sociální dávky)	Jenčíková, Šturma	dataprojektor, flipchart, tužky a papíry
10:30	12:30	Téma 10: Právní aspekty duševního onemocnění (opatrovnictví, léčba bez souhlasu nemocného, ochranná léčba)	Jenčíková, Šturma	dataprojektor, flipchart, tužky a papíry
12:30	13:30	Oběd	Kolátorová	dovoz hotových jídel
13:30	14:30	Závěrečné setkání, zpětná vazba ke kurzu, odjezd	všichni	flipchart

4. Literatura

4.1. Základní informace o duševních poruchách

Vágnerová. M. 2004. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha. Portál s.r.o.

Dušek. K., Večeřová. A., Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha. Grada Publishing a.s. 2011

<http://www.schizofrenniporuchy.cz/prubeh-schizofrenie/>

www.stopstigma.cz

www.mkn.cz – mezinárodní klasifikace nemocí

4.2. Léčba psychofarmaky, efekty a nežádoucí účinky, jiné způsoby léčby

MUDr. Tkáč, Juraj. Sedativa a hypnotika. [online]. [cit. 2014-11-03]. Dostupné z: <http://www.at-ambulance.cz/leky.htm>

Nové léčebné metody v psychiatrii. [online]. [cit. 2014-11-03]. Dostupné z: www.psychiatrie.med.muni.cz

Léčba psychóz. [online]. [cit. 2014-11-03]. Dostupné z: www.psychosy.cz

Přehled psychofarmak: E-learningová podpora mezioborové integrace výuky. In: [online]. [cit. 2014-11-03]. Dostupné z: <http://pfyziolfup.upol.cz/castwiki/?p=2695>

Psychofarmaka: Antidepresiva. In: [online]. [cit. 2014-11-03]. Dostupné z: <http://naposledy.blog.cz/1202/antipsychotika>

Neuroleptika: Základní a aplikovaná farmakologie. In: [online]. [cit. 2014-11-03]. Dostupné z: <http://www.wikiskripta.eu/index.php/Neuroleptika>

Schizofrenní poruchy: Léčba. In: [online]. [cit. 2014-11-03]. Dostupné z: <http://www.stopstigma.cz/schizofreni-poruchy-lecba.html> Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví: Rozvoj dalšího vzdělávání praktických lékařů a ambulantních psychiatrů v problematice komunitní péče o duševně nemocné

4.3. Psychoterapie

BALCAR, Karel et al. Školy, směry a metody psychoterapie. Přednášky pro 2. ročník bc. studia (letní semestr). Praha: PVŠPS, 2014

JANOTKOVÁ, Zuzana. Školy, směry a metody psychoterapie - PCA. Přednášky pro 2. ročník bc. studia (letní semestr). Praha: PVŠPS, 2014

KRATOCHVÍL, S. Základy psychoterapie. Praha: Portál, 2006, 2012. ISBN 978-80-262-0302-5

PRAŠKO, Ján, MOŽNÝ, Petr a ŠLEPECKÝ, Miloš. Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-865-1

PĚČ, Ondřej a PROBSTOVÁ, Václava. Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3

STROSSOVÁ, Irena. Skupinová psychoterapie psychotiků v praxi. Olomouc: Zprávy VÚPs, 1984

VYMĚTAL, Jan a kolektiv. Obecná psychoterapie. Praha: Grada, 2004. ISBN 978-80-247-0723-5

Informační server české psychoterapie. Evropský certifikát pro psychoterapii (ECP) [online]. ©2012, zveřejněno 16. 9. 2012. Dostupné z: <http://iscp.cz/dokumenty/9-evropsky-certifikat-pro-psychoterapii-ecp>

Pražská vysoká škola psychosociálních studií. Psychoterapeutický výcvik. [online]. ©2010, poslední revize 16.12.2014. Dostupné z: <http://www.pvsps.cz/verejnost/psychoterapeuticky-vycvik/>

4.4. Prevence zhoršení či recidivy onemocnění, předcházení krizím

Psychoedukace u schizofrenie - L. Banksová Motlová a kolektiv

Psychóza v životě, život v psychóze - P. Doubek, J. Praško, J. Hons, E. Herman

Léčíme se s psychózou – J. Praško

4.5. Rehabilitace, zotavení

PĚČ O., V. PROBSTOVÁ. Psychózy, psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

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

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

Ridgway P., McDiamid, Davidson L., Bayes J., Ratzlaff S. Pathways to Recovery: A Strengths Recovery Self-Help Workbook, University of Kansas, Support Education Group, 2002, ISBN-13: 9780976667704

4.6. Rodina v péči o duševně nemocného, komunikace s duševně nemocným

R. Elgie a kol; Objevte cestu, jak jít dál; Tigis 2006

O. Matoušek a kol.; Rodina jako instituce a vztahová síť; Slon 2003

O. Pěč, V. Probstová a kol., Psychózy- psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče, Triton 2009

L. Motlová, F. Španiel a kol.; PREDUKA - Preventivně edukační program proti relapsu psychózy

Mgr. Barbora Wenigová; Kurz práce s rodinami osob s duševním onemocněním

4.7. Služby pro duševně nemocné, jejich indikace a kontraindikace, způsoby práce, očekávané výsledky, omezení

SCHEJBALOVÁ, PhDr. Helena. [Http://p12.helpnet.cz/aktualne/kdo-je-cim-se-zabyva-klinicky-psycholog](http://p12.helpnet.cz/aktualne/kdo-je-cim-se-zabyva-klinicky-psycholog). [online]. [cit. 2014-11-04].

ŘÍČAN, Pavel. [Www.fokusvysocina.cz/document.ashx?file=Prechodne_zamestnavani](http://www.fokusvysocina.cz/document.ashx?file=Prechodne_zamestnavani). [online]. [cit. 2014-11-04].

[Http://www.unie-pz.cz/3-podporovane-zamestnavani/14-co-je-pz.html](http://www.unie-pz.cz/3-podporovane-zamestnavani/14-co-je-pz.html). [online]. [cit. 2014-11-04].

[Http://www.plkosmonosy.cz/lecniod.html](http://www.plkosmonosy.cz/lecniod.html). [online]. [cit. 2014-11-05].

[Http://www.komunitamyto.cz/jaktochodi](http://www.komunitamyto.cz/jaktochodi). [online]. [cit. 2014-11-05].

[Http://www.tksejrek.kolping.cz/detailpage.aspx?IDPage=1](http://www.tksejrek.kolping.cz/detailpage.aspx?IDPage=1). [online]. [cit. 2014-11-05].

[Http://www.psychportal.cz/krizova-centra-sluzby](http://www.psychportal.cz/krizova-centra-sluzby). [online]. [cit. 2014-11-05].

[Http://www.remedium.cz/vzdelavaci-programy/adresar-krizovych-sluzeb/zobrazit_krizova_centra.php](http://www.remedium.cz/vzdelavaci-programy/adresar-krizovych-sluzeb/zobrazit_krizova_centra.php). [online]. [cit. 2014-11-05].

[Http://www.fenix-centrum.cz/denni-stacionar](http://www.fenix-centrum.cz/denni-stacionar). [online]. [cit. 2014-11-05].

[Https://www.cuni.cz/UK-3390-version1-vida.pdf](https://www.cuni.cz/UK-3390-version1-vida.pdf). [online]. [cit. 2014-11-05].

http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108_2006_280414.pdf

[Http://www.psychportal.cz/svepomocne-organizace](http://www.psychportal.cz/svepomocne-organizace). [online]. [cit. 2014-11-05].

[Http://transformace-obcanskeho-sektoru.cz/category/soc-druzstva/](http://transformace-obcanskeho-sektoru.cz/category/soc-druzstva/). [online]. [cit. 2014-11-05].

4.8. Systém služeb Fokusu MB

<http://www.fokus-mb.cz/>

<http://www.fokus-mb.cz/kavarna/index.htm>

<http://www.strejda-burger.cz/>

4.9. Sociální aspekty duševního onemocnění

<http://www.mpsv.cz/cs/>

<http://www.cssz.cz/cz/duchodove-pojisteni/davky/>

4.10. Právní aspekty duševního onemocnění

Uvedené právní normy

Weby MPSV a MSp

PROCHÁZKA, L. Zdravotněprávní problémy péče o pacienta s duševní poruchou. Praha: E15, 2006.