

CARITAS – Vyšší odborná škola sociální Olomouc

Absolventská práce

Alexandra Mikulcová

Olomouc 2020



**caritas voš
sociální**

Využití metody recovery v zařízeních s psychiatrickými nemocemi v Olomouci

Alexandra Mikulcová

ABSOLVENTSKÁ PRÁCE

vedoucí práce: Mgr. Miroslava Petřeková

CARITAS – Vyšší odborná škola sociální Olomouc

Olomouc 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně na základě použitých pramenů a literatury uvedených v bibliografickém seznamu.

V Olomouci 25. 5. 2020

Alexandra Mikulcová

Obsah

Úvod	7
1 Reforma psychiatrické péče v ČR	9
1.1 Strategie reformy	9
1.2 Doporučení pro zlepšení poskytování služeb	10
2 Sociální služby pro lidi s duševním onemocněním.....	13
2.1 Služby sociální péče	13
2.2 Služby sociální prevence.....	14
2.3 Centra duševního zdraví.....	14
3 Finanční pomoc duševně nemocným	15
4 Lidé s duševním onemocněním	17
4.1 Organické duševní poruchy	17
4.2 Schizofrenie, poruchy schizotypálnía poruchy s bludy	18
4.3 Afektivní poruchy	19
4.4 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy	20
4.5 Poruchy osobnosti a chování u dospělých	21
4.6 Poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek	21
5 Recovery.....	23
5.1 Principy recovery	23
5.2 Etapy recovery	24
5.2.1 Etapa naděje.....	24
5.2.2 Etapa zplnomocnění.....	24
5.2.3 Etapa přijetí odpovědnosti	25
5.2.4 Etapa nalezení smysluplné životní role.....	26
5.3 Peer pracovníci	27
Závěr.....	29
Seznam použité literatury	31
Anotace.....	33
Abstract	35

Úvod

Situace v českých psychiatrických zařízeních je dnes značně nmoderní. V Česku je stále mnoho lůžkových zařízení, psychiatrické odvětví trpí z finančního hlediska a medikace léky je stále považována za jednu z nejlepších možností, jak pacienty s duševním onemocněním léčit. Odvětví psychiatrické léčby jistě nepomáhá ani prezentace médií, filmy, kde jsou pacienti nelichotivě nazýváni „blázny“, a lidé, kteří navštěvují psychologa nebo psychiatra jsou pro smích.

V České republice však postupně dochází k reformě psychiatrické péče. Tato reforma je ohlasem na situaci v psychiatrických zařízeních, která jsou beze změny již od 90. let minulého století. Součástí reformy jsou nové služby, technologie, financování, ale především jsou zahrnuty i nové přístupy. Reforma umožní sociálním pracovníkům více a lépe participovat na práci s duševně nemocnými, nicméně potrvá ještě řadu let, odhadem nejméně patnáct, než se plně projeví.

Metoda zotavení nebo anglicky recovery, je reformě zahrnuta také. Právě v tomto přístupu se objevuje práce multidisciplinárního týmu, takže je v jejím používání prostor, mezi jinými obory i pro sociální práci.

Při sledování používání prvků zotavení se nelze zaměřovat na celou Českou republiku, jelikož by to bylo příliš časově i metodicky náročné, proto se ve své práci zaměřím na olomoucké služby sociální práce, které mají mezi cílovými skupinami i lidi s duševním onemocněním, a pomocí kvalitativního výzkumu zjistím, zda používají při práci s klienty i prvky metody recovery.

Přínos pro sociální práci spatřuji zejména ve zjištění, nakolik se metoda zotavení využívá. Pokud se využívá hodně, je pro sociální pracovníky výzvou se pokusit tuto metodu prezentovat i psychiatrickým zařízením, a tím vytvořit prostor pro sociální práci i v těchto službách. Pokud málo, je výzvou zvyšovat v celé České republice povědomí o této metodě, aby došlo k jejímu zavedení co nejdříve a co největším množstvím, čímž zároveň dojde i k uspíšení reformy.

Pro napsání práce použiji zákon o sociálních službách, ze kterého budu čerpat pro rozlišení sociálních služeb a zákon o důchodovém pojištění, oba tyto zákony použiji pro popsání nároku duševně nemocných na finance od státu. Pro popis reformy využiji dostupné zdroje, například strategie reformy od MZČR. Mezinárodní klasifikaci nemocí použiji při bližším popisu lidí s duševním onemocněním. U metody recovery budu nejvíce používat knihu Cesta k zotavení od M. Raginse.

Cílem této práce je zjistit, nakolik se metoda recovery používá v sociálních službách s cílovou skupinou osob s duševním onemocněním v Olomouci. K dosažení tohoto cíle použiji kvalitativní výzkum, budu provádět a vyhodnocovat polostrukturované rozhovory s pracovníky v Olomouckých sociálních službách pro lidi s duševním onemocněním.

1 Reforma psychiatrické péče v ČR

Reforma psychiatrické péče již v České republice započala. Její strategie byly schváleny již v roce 2013 ministrem zdravotnictví. Zároveň započalo financování této reformy, k čemuž přispěly Evropské strukturální a investiční fondy. Do roku 2021 bude probíhat první etapa reformy, jejímž cílem jsou systémové změny, a vytvoření předpokladů pro další průběh reformy. 2016 bylo českými zdravotními pojišťovkami, ministerstvem zdravotnictví a Psychiatrickou společností (ČLS JEP) podepsáno Memorandum o spolupráci na realizaci Strategie reformy psychiatrické péče a zajištění dlouhodobě udržitelného financování psychiatrické péče (Anders 2017: 6).

Cílem reformy je obecné zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním, především prostřednictvím uplatňování jejich práv. Je důležité péči propojit, zkoordinovat, a poskytovat systematicky. To by mělo být možné po zavedení multidisciplinární spolupráce. Klient by si sám měl zvolit, do kterého zařízení půjde při dostatečném výběru léčebných metod nebo přístupů. Tím by mělo dojít k naplnění respektu klienta a jeho práv, nové metody zajistí i začlenění klientů do společnosti. Zároveň se počítá se zapojením klientových rodinných příslušníků do celého procesu, čímž se dosáhne i potřebné podpory klienta (Anders 2017: 5-7).

Je nutné klást důraz na primární péči, ať již zdravotnickou, nebo psychiatrickou, jelikož zde dochází k prvotní identifikaci problému, tedy diagnóze nemoci. K té musí dojít včas, aby mohlo dojít k co nejrychlejšímu započatí léčebného procesu. K tomu poslouží i větší síť služeb obecných i specializovaných psychologů a psychiatrů. Rozšíření komunitní péče již započalo, primárním nástrojem komunitní péče měla být nová centra duševního zdraví, která se již začala budovat (např. centrum v Přerově). Zároveň by se společně se stavbou nových center měla redukovat zastaralá péče, tedy zařízení dlouhodobé lůžkové péče. Tím by mělo dojít k vytvoření vyváženého modelu péče. Dalším krokem by měl být boj s předsudky vůči lidem s duševním onemocněním, formou dlouhodobé destigmatizační kampaně. Kromě toho by se ve službách měli využívat tzv. peer pracovníci, tedy lidé, kteří pomáhají, ale sami mají s nemocí osobní zkušenost. Aby reforma byla skutečně efektivní, je nutné zapojit právě lidi, kterých se týká. Lidé s duševním onemocněním by měli být aktivizováni a měli by participovat na jednotlivých projektech reformy (Anders 2017: 8 -9).

1.1 Strategie reformy

Jak je řečeno výše, obecným cílem reformy je zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním, zejména uplatňováním jejich práv a oprávněných zájmů.

Reforma si však klade i další specifické cíle. Je to zvýšení kvality psychiatrické péče formou systémové změny organizovanosti. Dále omezení stigmatizace duševně nemocných. Také je to zvýšení spokojenosti klientů s poskytovanou péčí. Poté je to zvýšení efektivity prostřednictvím zavčas zjištěné diagnózy. Další je začleňování lidí s duševní nemocí do společnosti, přičemž by se mělo pracovat zejména na úspěšnosti tohoto začlenění, a to zlepšením podmínek pro zaměstnávání těchto lidí, zajištění vzdělávání, bydlení, a dalších

podmínek. Dále by se mělo pracovat na lepší provázanosti služeb a humanizaci psychiatrické péče (MZČR 2013: 9).

V momentální situaci je jedním z největších problémů právě podfinancovanost oboru psychiatrické péče, což vede k její nedostupnosti. Oproti ostatním státům Evropské unie je rozdíl markantní. Zatímco ostatní státy EU mají pro obor psychiatrie vyčleněno 5-10% financí, Česká republika má vyčleněna necelá 3%. Stát nevěnuje oboru psychiatrie dostatečnou pozornost z hlediska financování i proto, že psychiatrie nevyžaduje nákladná zařízení, čímž se tento obor dostává do pozadí za jiné zdravotnické obory, a nedostává se mu zájmu (MZČR 2013: 15).

K zajištění strategie reformy budou použity 4 pilíře. Jedná se o ambulantní péči, tedy primární psychiatrickou péči, kdy pacient dochází k lékaři, a z velké části je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Dalším pilířem jsou centra duševního zdraví, kde dochází k propojení více služeb, které poskytuje buď jedna, nebo více organizací s cílem dosažení komplexní péče. Jejich péče je orientována na lidi trpící vážným duševním onemocněním, a jejich primárním cílem je začlenit klienty do jejich vlastního sociálního prostředí. Třetím pilířem jsou psychiatrická oddělení nemocnic, která jsou určena pro hospitalizaci pacientů, u kterých se duševní porucha objeví, nebo pro pacienty, kterým se duševní porucha náhle zhorší. Posledním pilířem jsou psychiatrické léčebny či nemocnice, což jsou lůžková zařízení s komplexní péčí o pacienty (MZČR 2013: 34-35).

1.2 Doporučení pro zlepšení poskytování služeb

Ambulantní péče poskytuje řadu služeb. Jedná se o psychiatrii vč. dětské a dorostové, psychoterapeutické služby, gerontopsychiatrii, adiktologické služby, zaměřené na poruchy, jako je porucha příjmu potravy, dále sexuologii. Služby jsou poskytovány všeobecnou sestrou a psychiatrickou sestrou, klinickým psychologem a dětským klinickým psychologem. Je zde možnost poskytování terénních služeb, ale dále jsou služby poskytovány v stacionáři. Organizaci je doporučeno zvětšit síť služeb, a to zejména na místech, kde je jejich nedostatek, ale také plošně kvůli dostupnosti. Dále by se měl rozšířit počet ambulancí, a v ambulancích by měli k práci dostat prostor i nelékařští pracovníci, jako je například adiktolog nebo sociální pracovník. Dále by se měla rozšířit spolupráce mezi psychiatrickými lékaři a praktickými lékaři, kvůli pacientům s více nemocemi. Ambulance by měla být provázaná s centry duševního zdraví i lůžkovými zařízeními. Měla by se omezit kvantita péče v tom smyslu, že jednomu pacientu by mělo být věnováno více času, tím dojde ke zvýšení kvality péče. A nakonec by se měl klást důraz na psychiatrickou péči. Další doporučení se týkají financí, kdy by se měl zvýšit finanční tok do psychiatrické péče, legislativy, ve smyslu zavedení zdravotních výkonů a zvýšení financovanosti a nakonec ve smyslu edukace, kdy by se mělo rozšířit vzdělávání psychiatrických pracovníků, ať již lékařů nebo sester (MZČR 2013: 40-41).

Centra duševního zdraví poskytují služby v přirozeném prostředí klienta, ale i ambulantně. V těchto centrech je multidisciplinární tým, je zde krizové centrum i denní centrum. Dále zde je denní stacionář a psychiatrická ambulantní péče. Nechybí ani klinický psycholog a dětský

klinický psycholog, ale při práci s klientem jsou využívány i svépomocné programy. K doporučením patří vybudovat dostatečnou síť těchto center, a zkoordinovat spolupráci uvnitř nich i vně. Další doporučení jsou spíše cíle funkce těchto center, například používání programů, ve kterých figurují rodinní příslušníci klientů, nízkoprahovost aj. Centra duševního zdraví je nutné ukotvit v legislativě (MZČR 2013 42-43).

Psychiatrická oddělení nemocnic poskytují akutní lůžkovou péči, denní stacionáře zaměřené na doléčení. Mělo by se ale zapracovat na jejich specializaci a rozlišit je například na centra adiktologie, dětská a dorostová centra, a další. Dále by se měl zajistit rozvoj sítě těchto oddělení, a zajistit to, aby si klient mohl zvolit, na jaké oddělení půjde. Měl by být vytvořen standard poskytování akutní péče. Dále by se měl zvýšit počet kvalifikovaných pracovníků (MZČR 2013: 43).

Psychiatrické léčebny či nemocnice poskytují převážně lůžkovou péči se zaměřením na rehabilitaci, v rámci jejich sítě by měla být ponechána ochranná léčba. Měl by se snížit objem poskytované akutní péče a více se zaměřovat na péči následnou. Nemocnice by se měly více diferencovat, a vyvíjet nové služby. Ve vybraných nemocnicích by měly vznikat denní stacionáře a centra duševního zdraví. Péče by se měla rozlišovat na následnou, dlouhodobou, specializovanou a omezeně akutní. Co se legislativy týče, již byla snaha vytvořit nový zákon, ten ale nebyl přijat. Je tedy nutné alespoň novelizovat zastaralé zákony (MZČR 2013: 44-45).

2 Sociální služby pro lidi s duševním onemocněním

Sociální služby se dělí na služby se sociálním poradenstvím, služby sociální péče a služby sociální prevence. Poskytují se v několika formách, jmenovitě se jedná o ambulantní, tedy takové, kam jejich klient sám dochází nebo je dopravován, ale není zde možnost se ubytovat. Dále se jedná o poskytování formou terénní služby, to znamená, že sociální pracovníci dochází za klientem do jeho přirozeného prostředí. Nakonec se jedná o pobytovou formu služby, kde je klient krátkodobě nebo dlouhodobě ubytován v zařízení sociálních služeb (Zákon o sociálních službách §32-33).

Lidé s duševním onemocněním by mohli v základu využít již službu sociálního poradenství, která je odkáže na další služby. U služeb sociální péče a prevence je již klasifikace služeb dle jednotlivých cílových skupin péče.

2.1 Služby sociální péče

Služby sociální péče představují celkem pět zařízení, které mají mezi svými cílovými skupinami jmenovitě uvedené lidi s duševním onemocněním. Jedná se o službu **podpory samostatného bydlení**, což je terénní služba. Mezi činnosti této služby patří pomoc v zajištění fungování domácnosti, dále činnosti spojené s edukací, aktivizací a výchovou, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a nakonec pomoc s uplatňováním práv klienta, a s obstaráváním jeho osobních záležitostí (Zákon o sociálních službách §43). Další služby uvádějící osoby s duševním onemocněním, jsou **denní a týdenní stacionáře**. Denní stacionáře mají ambulantní formu, týdenní stacionáře jsou pobytové. Obě tyto služby pomáhají s činnostmi osoby při osobní péči a hygienou, dále poskytují stravu, edukační, výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti, pomáhají navázat kontakt se společenským prostředím, a pomáhají s uplatňováním práv klienta a s obstaráváním jeho osobních záležitostí. Týdenní stacionáře navíc ještě poskytují ubytování (Zákon o sociálních službách §46-47). **Domovy se zvláštním režimem** jsou poskytnuty široké škále cílových skupin a jejich režim je přizpůsoben jejich konkrétním potřebám. Kromě osob s duševním onemocněním je poskytnut také jiným klientům se sníženou soběstačností. Dále mezi ně patří závislí na návykových látkách a lidé s demencí, ať již Alzheimerovou, stařeckou nebo jinou. Domovy se zvláštním režimem jsou pobytová zařízení poskytující ubytování se stravou, pomáhají s hygienou a osobní péčí, zprostředkovávají kontakt se společenským prostředím, provádějí s klienty aktivizační a terapeutické činnosti a pomáhají jim uplatňovat práva a obstarávat klientovy osobní záležitosti (Zákon o sociálních službách §50). Poslední službou, která jmenovitě uvádí osoby s duševním onemocněním, jsou **chráněná bydlení**, která jsou specifická v tom, že se vlastně nejedná o pobytovou formu služby. Pobytová forma totiž klienty ubytuje, ale pouze na nějakou dobu, zatímco chráněné bydlení je, jak je v názvu služby uvedeno, skutečně bydlení. Má buď skupinovou, nebo individuální formu. Jednotlivé služby jsou poskytnutí stravy nebo pomoc s jejím obstaráním a poskytnutí ubytování. Pomoc při zajištění fungování domácnosti a pomoc s hygienou klienta, také pomoc s uplatňováním jeho práv a obstaráváním jeho osobních záležitostí. Provádění edukačních, výchovných,

aktivizačních a sociálně terapeutických činností. Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (Zákon o sociálních službách §51).

2.2 Služby sociální prevence

Služby sociální prevence prezentují dvě služby, které mají ve výčtu cílových skupin zahrnuty osoby s duševním onemocněním. Jedná se o **služby následné péče**, které formou mohou být i ambulantní i pobytové, a jsou pro osoby s duševním onemocněním a osoby závislé na návykových látkách (abstinující), které byly nebo jsou v lůžkové péči ve zdravotnickém zařízení nebo ambulantní léčbě. Činnosti těchto služeb zahrnují sociálně terapeutické aktivity, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc s uplatňováním práv, a obstarávání osobních záležitostí, služby s lůžkovou formou ještě dále poskytují stravu a ubytování (Zákon o sociálních službách §64). Druhou službou sociální prevence pro osoby s duševním onemocněním jsou **terapeutické komunity**, které jsou pobytové, a jsou dále ještě pro osoby závislé na návykových látkách, které se chtějí začlenit do běžného života. Služba poskytuje stravu a ubytování, sociálně terapeutické činnosti, kontakt se společenským prostředím a pomáhá při uplatňování práv a obstarávání osobních záležitostí klienta (Zákon o sociálních službách §68).

Dle zákona o sociálních službách lze tedy v sociálních službách nalézt celkem sedm služeb, které jsou poskytovány osobám s duševním onemocněním. Více služeb je pak zaměřeno na osoby se zdravotním postižením (deset služeb sociální péče a čtyři služby sociální prevence).

2.3 Centra duševního zdraví

V souvislosti s reformou se mluví o novém typu služby, a to o centru duševního zdraví (Anders 2017: 8). V Olomouckém kraji je jedno takové centrum v Přerově. Nejedná se pouze o zdravotnické zařízení, ale propojení zdravotnických a sociálních služeb. V centru se poskytuje psychiatrická péče, ale zároveň se zde vyskytuje i denní stacionář (Základní informace [online]). Centrum využívá i terénní formu, lékaři dojíždí za pacienty domů. Také je zde peer pracovník a multidisciplinární tým (V Přerově otevřeli centrum duševního zdraví. Člověk s psychickou poruchou není blázen, říká konzultant [online]).

Sociální služby jsou poskytovány širokému výčtu cílových skupin, sedm z nich je poskytováno jmenovitě osobám s duševním onemocněním. Bohužel tyto služby často nejsou provázané se zdravotnickými zařízeními. Jedním z cílů reformy psychiatrické péče je vymýt tento problém, ale řešení je zatím v nedohlednu. Funkční by zde mohl být multidisciplinární tým, jakožto nástroj k překonání této propasti, avšak ten zatím funguje jen na úrovni hrstky služeb, jako je výše zmíněné centrum duševního zdraví v Přerově. Pro sociální pracovníky je výzvou, aby se snažili o lepší síť služeb, a to zdravotních i sociálních. Větší provázanost služeb znamená větší efektivitu při pomoci lidem s duševním onemocněním, a mohla by znamenat i vytvoření nových pracovních míst v multidisciplinárních týmech.

3 Finanční pomoc duševně nemocným

Člověk s duševním onemocněním má nárok pouze na dvě formy pomoci od státu. Jednou z nich je invalidní důchod, druhou je příspěvek na péči.

Invalidní důchod

Invalidní důchod je definován zákonem č. 155/1995 Sb., tedy zákonem o důchodovém pojištění. Pokud se osoba mladší 65 let stane invalidní, takže se jí zmenší pracovní schopnost nejméně o 35%, má nárok na invalidní důchod. Snížení pracovní schopnosti se pozoruje z několika hledisek, mezi něž spadají tělesné, duševní a smyslové schopnosti, dosažené vzdělání a zkušenosti, a srovnává se stav osoby po snížení těchto schopností se stavem před dosažením invalidity. U vyšetřování se zároveň bere v potaz například zdravotní stav, adaptace, schopnost výdělečné činnosti (Zákon o důchodovém pojištění §38-40).

Pro splnění nároku na invalidní důchod je rovněž potřeba být pojištěný. Doba pojištění se nezjišťuje pouze u invalidity z důvodu pracovního úrazu nebo nemoci z povolání. V ostatních případech je nutné být pojištěný dle věku. U osob starších 28 let se jedná o 5 let pojištění za posledních deset let, u osob nad 38 let věku je to stejné, ale pokud by tato osoba byla pojištěna po dobu 10 let za posledních 20 let, je tato podmínka také považována za splněnou. U osoby do 20 let věku je nutné být pojištěn méně než 1 rok, ve věku 20-22 let alespoň 1 rok, ve věku 22-24 alespoň 2 roky, ve věku 24-26 alespoň 3 roky a nakonec, ve věku 26-28 alespoň 4 roky (Invalidní důchod [online]).

Výše invalidního důchodu závisí na dvou proměnných. Jednou z nich je základní výše důchodu, ta je pro všechny příjemce stejná. V lednu roku 2020 došlo k poslednímu zvýšení této základní výměry, která momentálně činí 3490 Kč, a rovněž se o 5,2% zvýšila i druhá část důchodu, a to procentní výměra. Výše procentní výměry se u invalidního důchodu odvíjí od toho, jakým stupněm invalidity je pojištěnec zasáhnut (O kolik se zvýší důchody od ledna 2020 [online]).

Příspěvek na péči

Příspěvek na péči podléhá zákonu o sociálních službách č. 108/2006 Sb., a je určen osobám starším 1 roku, které jsou závislé na pomoci od jiné osoby z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Stanovuje se zde míra závislosti ve 4 stupních a odlišuje se závislost osoby do 18 let věku a nad 18 let věku. Při stanovení míry závislosti se hodnotí schopnost zvládat 10 životních potřeb: mobilitu, orientaci, komunikaci, stravování, oblékání a obouvání, tělesnou hygienu, výkon fyziologické potřeby, péči o zdraví, osobní aktivity a péči o domácnost (Zákon o sociálních službách §7-10).

Výše příspěvku se stanovuje dle stupně závislosti a věku. Pro osoby mladší 18 let jeho rozsah činí 3300-19200 Kč za měsíc, přičemž u nejvyšší částky se zároveň posuzuje využití sociálních služeb pobytového typu. Pro osoby starší 18 let je rozsah 880-19200 Kč za měsíc, opět se u nejvyšší částky posuzuje využívání pobytových sociálních služeb. Pokud využívány nejsou, je v obou případech věku příspěvek 13200 Kč za měsíc u úplné závislosti (Příspěvek na péči [online]).

Osoba s duševním onemocněním by měla dosáhnout na invalidní důchod, nelze však říct, nakolik jedinec bude schopen splnit podmínku nároku na dobu pojištění. Dosáhnout na příspěvek na péči se však zdá pro tyto osoby mnohem náročnější, jelikož jsou často schopny vykonávat posuzované životní potřeby. Je zřetelné, že tento příspěvek využijí spíše zdravotně znevýhodněné osoby, než lidé s duševním onemocněním.

4 Lidé s duševním onemocněním

Lidé s duševním onemocněním jsou často ve společnosti vnímáni negativně až nebezpečně. Média tento obraz podporují, ať již vědomě, či nevědomě, a užívají nelichotivá pojmenování, jako „blázní“ nebo „šilenci“. Recovery naproti tomu podporuje myšlenku, že lidé s duševním onemocněním by mohli žít normálním životem, jelikož hodnota člověka je vždy stejná, ať se jedná o novorozeně, seniora nebo nemocného jedince. Je velmi důležité duševně nemocné do společnosti začlenit, k čemuž je nutno odstranit oprese. Proto je také podstatné znát dobře skupinu lidí s duševními nemocemi, a jednotlivé nemoci. V této kapitole se pokusím popsat alespoň základní nemoci lidí s duševním onemocněním a sociální práci s nimi.

4.1 Organické duševní poruchy

S tímto typem poruch se sociální pracovník nejčastěji setká v domově pro seniory, u lidí s demencí. Organické duševní poruchy mají svůj název z toho, že je při nich postižen celý organismus člověka, prostřednictvím poškození například cévního systému. Těmto poruchám předchází změny v mozku nebo psychické poruchy, které se staly v důsledku jiných onemocnění. Slovo organické je zde důležité, definuje skupinu poruch, která sem spadá, jsou jimi například demence, poruchy nálady nebo psychózy, aj. Dle mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů jsou organické duševní poruchy kódovány jako F 00 až F 09.

Demence spadá pod kód F00 až F03, a je charakterizována třemi symptomy, které by se ale pro diagnózu měly vyskytovat nejméně 6 měsíců, a to narušením kognitivních funkcí, poruchou každodenního života, a nakonec behaviorálními a psychickými příznaky. Demence se dělí na primární a sekundární. U primárních se změna nachází v mozku, u sekundárních se příčina nachází mimo mozek nebo i v mozku, ale příčinou je jiné onemocnění. Jako narušení kognitivních funkcí si lze představit zdánlivou nešikovnost, a dalšími rysy jsou depresivní příznaky a zpomalení psychomotorických funkcí. Tyto symptomy lze pozorovat především u Parkinsonovy choroby. Nejčastěji viděnou demencí sekundárního typu je demence vaskulární, která vzniká na základě poruchy cévního systému, ale může vzniknout i na základě jiné nemoci, například cukrovky. Nejčastějším typem demence je Alzheimerova choroba, po ní vaskulární. Výskyt Alzheimerovy choroby se zvyšuje s věkem, nejběžněji po 65 roku života. Její rozvoj začíná nenápadně, a postupně dochází ke zhoršení, v konečném stádiu si lidé často nevzpomínají ani na členy vlastní rodiny, neorientují se v místě a čase, a mají buď velmi slabý, nebo žádný verbální projev. Vaskulární demence je mozkový infarkt. Její průběh může být i velmi rychlý, záleží na rozsáhlosti infarktu. Dochází u ní k poruchám paměti. Vaskulární demence a Alzheimerova choroba se mohou kombinovat, v tom případě se jev nazývá smíšená demence. Alzheimerova choroba se nedá léčit, vzniká tak snaha tuto chorobu co nejdéle udržet v počátečních stádiích (Probstová 2014: 25-32).

MKN řadí organické duševní poruchy včetně symptomatických k sobě z důvodu společné mozkové dysfunkce z různých příčin. Jak již bylo řečeno, demence se řadí mezi kódy F00-F03, jednotlivé kódy znamenají: F00 pro demenci u Alzheimerovy nemoci, dále

rozlišenou kódy určenými pro průběh demence. F01 je kód pro vaskulární demenci, dále se řadí dle příčin. F02 je kódem pro demence u jiných nemocí zařazených jinde, a rozlišuje je pomocí dalších kódů dle jednotlivých nemocí. F03 je kód pro neurčenou demenci, a spadá sem například presenilní nebo senilní demence. F04 je organický amnestický syndrom, který nebyl vyvolán alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami. F05 značí delirium nevyvolané alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami. F06 jsou jiné duševní poruchy způsobené poškozením mozku, jeho dysfunkcí a somatickou nemocí. F07 jsou poruchy osobnosti a chování způsobené onemocněním, poškozením a dysfunkcí mozku. A nakonec F09 je neurčená organická nebo symptomatická duševní porucha (ÚZIS 2009: 185-192).

4.2 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

Schizofrenické poruchy jsou typické podstatnou deformací myšlení a vnímání se zachovalým vědomím a intelektuální kapacitou. Psychopatologie těchto nemocí nejčastěji zahrnuje ozvučování, vkládání, vysílání nebo odnímání myšlenek, bludy, halucinace, ty o pacientovi v případě sluchových halucinací mluví ve třetí osobě nakonec poruchy myšlení, alespoň jeden tento projev by se měl vyskytovat nejméně jeden měsíc. Schizofrenie má trvalý průběh nebo se jedná o trvalé poškození, průběh také může být bez typických příznaků. Diagnóza schizofrenie by neměla probíhat, pokud jsou přítomny rozsáhlé symptomy, u zřejmého onemocnění mozku, při stavu intoxikace nebo abstinence. Dle MKN jsou tyto poruchy klasifikovány jako F20 – F29. Patří sem F20, tedy schizofrenie, dále členěna na paranoidní, hebefrenii, katatonickou, nediferencovanou, postschizofrenii, reziduální schizofrenie, dále schizophrenia simplex a jiná schizofrenie. Jako F21 jsou označovány schizotypální poruchy, jejichž symptomy jsou velmi podobné schizofrenii jako takové, ale určité jejich charakteristiky se u žádné ze schizofrenií nevyskytují. F21 se dále dělí na poruchu s bludy a ostatní poruchy s přetrvávajícími bludy. F23 se označují akutní a přechodné psychotické poruchy, což jsou často jen dočasné stavy, kompletně zmizí nejdéle do několika měsíců. Patří sem akutní polymorfni psychotická porucha bez schizofrenních symptomů, dále se schizofrenními symptomy, poté akutní psychotická porucha podobná schizofrenii, jiné akutní psychotické poruchy převážně s bludy a jiné akutní a přechodné psychotické poruchy. F24 je pro poruchu bez rozlišení, a to indukovanou poruchu s bludy. F25 jsou schizoafektivní poruchy, které mají i schizofrenní i afektivní příznaky. Dělí se na schizoafektivní poruchu manického typu, depresivního typu, smíšeného typu a jiné. F28 jsou jiné neorganické psychotické poruchy a F29 jsou neurčení neorganické psychózy (ÚZIS 2009: 197-203).

Schizofrenie se léčí psychofarmaky, přičemž se již od poloviny minulého století dělí její příznaky na lépe léčitelné, například bludy a halucinace, těmto příznakům se pak říká „pozitivní“. „Negativní“ příznaky jsou například pasivita, neschopnost prožívat potěšení, a na léčbu reagují hůř. Příčina vzniku schizofrenní nemoci doposud není objasněna. V současnosti se nejvíce mluví o tzv. bioekopsychosociálním modelu, tedy působením biologických, psychologických a sociálních faktorů za přítomnosti působení prostředí. Jako velmi důležité se začíná jevit právě prostředí ve spojení s genetickými predispozicemi. Nemoc vzniká nejčastěji v období pubescence nebo rané adolescence. To podporuje právě

narušení sociálního prostředí, protože v tomto období zpravidla dochází k postupnému osamostatnění jedince z rodinného prostředí. Nemoc může začínat náhle a plíživě, první symptomy mohou zahrnovat například stažení se ze sociálních kontaktů nebo zaujetí ezoterickou, dále mohou být přítomny poruchy spánku, pozornosti, úzkost. Včasná diagnóza schizofrenie je velmi podstatná pro její další léčbu. Onemocnění probíhá v atakách, a objevuje se zde „třetinové pravidlo“, které znamená, že u méně než třetiny nemocných se po první atace stav upraví a nedochází k dalším relapsům, u druhé třetiny se opakují ataka i remise a u více než třetiny se nemoc trvale zhoršuje. Pro léčbu schizofrenní nemoci je nejlepší zahrnout všechny roviny člověka, psychickou, sociální i biologickou, a to nejlépe za přítomnosti multiprofesního týmu (Probstová 2014: 39-54).

4.3 Afektivní poruchy

Afektivní poruchy jsou spojeny poruchou afektivity nebo nálady směrem k depresi nebo euforii. Jejich začátek je často vyvolán stresem, změna nálady bývá doprovázena celkovou změnou v afektivitě. V MKN jsou afektivní poruchy značeny jako F30-F39. Jako F30 je označována manická fáze, a poruchy, do kterých je členěna by měly zahrnovat pouze jednu epizodu. Patří sem hypomanie, manie bez psychotických symptomů nebo s nimi a jiné manické fáze. Do F31 jsou řazeny bipolární afektivní poruchy, u nichž je již více fází, minimálně dvě, a je zde narušení nálady a aktivity jedince. Dělí se na bipolární afektivní poruchu s hypomanickou fází, s fází bez psychotických symptomů nebo s nimi, s fází lehké, střední nebo těžké deprese, s psychotickými symptomy nebo bez nich, se současnou smíšenou fází, v remisi nebo jiné. F32 je depresivní fáze, ta probíhá v lehké, střední nebo těžké formě, projevuje se snížením energie, aktivity a zhoršením nálady, spánku a chuti k jídlu. Deprese se dělí dle fáze na lehkou, středně těžkou a těžkou bez psychotických a s psychotickými příznaky a jinou. F33 je periodická depresivní porucha, charakteristická opakovanými fázemi deprese, mohou se zde ale objevovat znaky hypomanie. Dělí se dle současné fáze na lehkou, středně těžkou a těžkou bez psychotických symptomů a s nimi, v remisi a jinou. F34 Jsou perzistentní afektivní poruchy nebo také poruchy nálad, typické kolísavostí nálad bez příznaků natolik závažných, aby mohly být klasifikovány jako například depresivní fáze. Dělí se na cyklothymii, dystymii, a jiné. F38 jsou jiné afektivní poruchy nebo poruchy nálad a F39 je neurčená afektivní porucha (ÚZIS 2009: 203-209).

Afektivní poruchy jsou tedy spojeny poruchou nálad. Jejich vznik je spíše spojován se sociálními a biologickými faktory, především pak s dědičností. Deprese je podobná truchlení, ačkoliv truchlení po například zemřelé osobě by se mělo projevovat maximálně po dobu jednoho roku, poté je to již deprese. Ta se projevuje jako ztotožnění se s objektem, se kterým bylo původně spjato truchlení a namíření tohoto pocitu proti sobě, při suicidialitě se rovněž jedná i o namíření agrese vůči vlastní osobě, což koresponduje s tím, že u depresivních jedinců je často absence zlosti. Naproti tomu manie je vnímána jako opak deprese, protože se u ní vyskytuje zvýšení energie, dobré nálady a sebevědomí. Je to však jen tvář, kterou manický jedinec ukazuje okolí a pod kterou se skrývá právě deprese. Depresivní poruchu lze nalézt u velké řady dalších nemocí, například v rámci osobnostní poruchy,

jakou je hraniční porucha osobnosti. Deprese často bývá zlehčována, mnoho lidí, kteří tento pocit neznají, užívají slova „mám depku“ i přestože nemohou vědět, co deprese ve skutečnosti zahrnuje. Depresivní symptomy patří k nejčastějším duševním poruchám, častěji postihují ženy, nejčastější přidruženou poruchou je úzkostná. Při depresivní poruše se často lidem stává, že nemají dostatek energie ani na základní péči o sebe, problematické se stává i vstávání z postele (Probstová 2014: 63-80).

4.4 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy

Dle MKN spadají pod kódy F40 – F48, a jedná se o různorodou skupinu poruch, proto MKN používá dělení a charakteristiky až u jednotlivých kódů. F40 jsou fobické úzkostné poruchy, které mají společnou charakteristiku ve vzniku úzkosti u dobře definovatelných situací, takových, které nejsou za běžných okolností považovány za nebezpečné. Tyto situace v jedinci vyvolávají strach, úzkost, a už i myšlenky na situaci jsou u jedince důvodem k úzkosti. Patří sem agorafobie, sociální fobie, specifické (izolované) fobie a jiné anxiózně fobické poruchy. F41 jsou jiné anxiózní poruchy, se společným znakem v úzkosti nevztahující se ke konkrétní situaci. Patří sem panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, smíšená úzkostná a depresivní porucha, jiné smíšené úzkostné poruchy a jiné určené úzkostné poruchy. F42 je obsedantně-nutkavá porucha a hlavním znakem jsou nutkavé činy a vtíravé myšlenky, nápady, představy nebo popudy. Kladení odporu vůči nim je většinou neúspěšné. Jedná se o převážně vtíravé myšlenky nebo ruminace, převážně nutkavé činy, smíšené nutkavé činy a myšlenky nebo jiné obsedantně-kompulsivní poruchy. F43 je reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení, které spojuje počátek ve stresové či zátěžové životní situaci. Patří sem akutní stresová porucha, posttraumatická stresová porucha, poruchy přizpůsobení a jiné reakce na těžký stres. F44 jsou disociativní (konverzní) poruchy, spojené poruchou nebo ztrátou vzpomínek na minulost, neuvědomováním si vlastní identity, a poruchou při ovládání tělesných pohybů. Patří sem disociativní amnézie, fuga, stupor, trans a posedlost, disociativní motorické poruchy, záchvaty, anestezie a ztráta citlivosti, smíšené a jiné disociativní poruchy. Pod F45 se řadí somatoformní poruchy, které jsou charakteristické tělesnými symptomy ve spojení s žádostmi o lékařské vyšetření, které se zpravidla ukazuje opakovaně negativní. Patří sem somatizační poruch, nediferencovaná somatoformní porucha, hypochondrická porucha, somatoformní vegetativní dysfunkce, perzistující somatoformní bolestivá porucha a jiné somatoformní poruchy. Nakonec mezi tyto poruchy spadá kód F48, který zahrnuje jiné neurotické poruchy, a to neurastenii, depersonalizaci a derealizaci a jiné (ÚZIS 2009: 209-220).

Z historického hlediska víme, že tyto poruchy měly zastřešující pojmenování „neurózy“ či „hysterie“. Pro práci s lidmi s těmito poruchami je nutno si uvědomit, že sami často svou diagnózu nepovažují za ohrožující, a neznalý pracovník si nemusí nutně uvědomit, že touto poruchou klient trpí. U všech těchto poruch navíc hrozí chronické stadium nemoci, zvláště pak u posttraumatické stresové poruchy (Probstová 2014: 90-118).

4.5 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

Tyto poruchy se řadí pod kódy F60 – F69, jsou spojeny charakteristickým životním stylem jedince a jeho vztahem k okolí. Jsou typické odlišným chováním jedince, než je v dané kultuře normou. Patří sem specifické poruchy osobnosti, pod které se řadí paranoidní porucha, schizoidní, disociální, emočně nestabilní, historionská, anankastická, anxiózní, závislá a jiná. Dále sem patří smíšené a jiné poruchy osobnosti, přetrvávající změny osobnosti, které nelze přisoudit poškození nebo nemoci mozku, pod které se dále řadí změny po katastrofické zkušenosti, po psychiatrickém onemocnění a jiné. Dále sem spadají nutkavé a impulsivní poruchy, kam spadá patologické hráčství, pyromanie, kleptomanie, trichillomanie a jiné. Další jsou poruchy pohlavní identity, kam spadá transsexualismus, transvestitismus, porucha pohlavní identity v dětství a jiné poruchy. Poté jsou zde řazeny poruchy sexuální preference, kam se řadí fetišismus, fetišistický transvestitismus, exhibicionismus, voyeurismus, pedofilie, sadomasochismus, mnohočetné poruchy sexuální preference a jiné poruchy. Další jsou poruchy psychické a chování související se sexuálním vývojem a orientací, kam spadá porucha sexuálního vyzrání, egodystonická sexuální orientace, porucha sexuálních vztahů a jiná porucha psychosexuálního vývoje. Jako další sem patří jiné poruchy osobnosti a chování u dospělých, kde je zpracování somatických symptomů psychologickými vlivy, záměrná produkce nebo předstírání neschopností somatických nebo psychických a jiné poruchy. A nakonec sem spadají blíže neurčené poruchy osobnosti a chování u dospělých (ÚZIS 2009: 226-235).

Porucha osobnosti jako taková má své charakteristické znaky. Patří k nim trvalý a neměnný způsob vnímání, chování a myšlení, vedoucí k potížím v běžném životě jedince, ať již v oblasti sociální, profesní nebo jiné. Osobnost se pak projevuje až v extrémní formě. U jednotlivých specifických poruch osobnosti se projevují typické obranné mechanismy. V sociální práci se nejčastěji lze setkat s hraniční poruchou osobnosti (Probstová 2014: 119-170).

4.6 Poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek

Lidé, kteří jsou duševně nemocní z důvodu užívání psychoaktivních látek, jsou specifickou, ale nedílnou součástí této skupiny lidí s duševním onemocněním. V MKN spadají tyto poruchy pod kódy F10 – F19 a jejich společným znakem je příčina vzniku poruchy, tedy psychoaktivní látky. Poruchy mohou být zapříčiněny akutní intoxikací, škodlivým použitím, syndromem závislosti, odvykacím stavem či odvykacím stavem s deliriem. Dále se může objevovat psychotická porucha, amnestický syndrom, psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem a jiné poruchy. Jednotlivá klasifikace poruch způsobených užíváním psychoaktivních látek je dle užívané látky. Jedná se o duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu, ovoidů, kanabinoidů, sedativ nebo hypnotik, kokainu, jiných stimulací včetně kofeinu, halucinogenů, tabáku, prchavých rozpustidla nakonec více drog a jiných psychoaktivních látek (ÚZIS 2009: 192-196).

Duální diagnózu mají jedinci se souběhem syndromu závislosti a duševní poruchy. Lze je dle adiktologického hlediska rozlišit na tři skupiny, a to látkově závislé jedince, kteří trpí

psychickou poruchou, ale po podání látky symptomy ustupují. Dále na jedince s osobnostní abnormalitou, kteří mají sklony k závislosti, zde se ale jedná o raritu. A nakonec jedinci, kteří užívají návykové látky ke zmírnění příznaků plynoucích z duševní poruchy, nejčastěji schizofrenního typu, a kterým by měl být pojem duální diagnóza vyhrazen především (Kalina 2008: 70).

V této kapitole jsem vyjmenovala jednotlivé nemoci u lidí s duševním onemocněním. Jak je zde zdůrazňováno, je dobré znát průběh a symptomy jednotlivých nemocí, protože to může pozitivně ovlivnit práci s klientem. Kromě konkrétních teoretických znalostí je ovšem nutno ke klientovi přistupovat jako k člověku, a nevidět jen nemoc. Je také dobré mít i znalosti praktické, například u lidí s demencí lze použít metodu validace, ale tu lze správně použít pouze při znalostech praktických i teoretických. Metoda, která nyní v reformě dostává svůj prostor, a která by se měla začít používat v ČR u lidí s duševními poruchami, je metoda recovery. Na tu se nyní zaměřím.

5 Recovery

Pro recovery se v ČR používá spíše pojem zotavení, nicméně ani jeden z těchto pojmů není zatím příliš rozšířený, ani v laické, ani ve vědecké sféře. Aby bylo možné v České republice metodu recovery zavést, je nutné pochopit, co za metodu to je, její principy a pilíře, a co je potřeba k tomu, aby ji bylo možné praktikovat. Ze všeho nejdříve je nutné této metodě uzpůsobit prostředí, tedy úspěšně dokončit reformu v psychiatrické péči. V této kapitole popíšu metodu recovery, její principy a její nástroje.

Nejprve se metoda recovery užívala spíše ve spojení s léčbou závislých, a jejím původním cílem bylo pomoci udržet u lidí závislých na návykových látkách abstinenci, a také zvýšit kvalitu jejich života. Postupně začalo docházet k tomu, že se metoda recovery užívala i u lidí s duševním onemocněním. Je potřeba si uvědomit, že pojem recovery nelze zaměňovat s pojmem uzdravení. Člověk s duševním onemocněním se při recovery, tedy zotavení, neoprostí od všech symptomů, takže z lékařského hlediska zdravý není. U recovery jde o spíše o to člověka zplnomocnit (Probstová 2014: 214-215).

M. Ragins mluví o důležitosti změny v přístupu k lidem s duševním onemocněním. „*Aby se Village¹ profitovala jako společenství fungující na principech zotavení, musela se přestat zabývat především symptomy pacientů a namísto toho se soustředit na život svých členů.*“ (Ragins 2014: 13). Metoda recovery se může zdát jako příliš idealistická, ovšem platí to do doby, dokud se bude pojem zotavení zaměňovat s pojmem uzdravení. Většina lidí již měla za svůj život možnost zažít recovery, protože většina lidí si již prošla nějakou formou útrapy, se kterou bylo nakonec nutno se smířit. Mohlo se jednat o smrt, ztrátu nebo jakoukoliv jinou tragédii. Recovery si tedy lze představit jako proces adaptace. K recovery se rovněž poji prožití fází smutku dle Kübler-Ross², přičemž adaptace na problém se navzájem doplňuje s modelem 5 fází smutku (Ragins 2014: 18-19).

5.1 Principy recovery

Recovery se týká budování smysluplného a uspokojivého života. Ten by měl být takový, jaký si ho určí člověk, který jej prožívá, bez ohledu na jeho nemoc. Zároveň tato metoda reprezentuje cestu pryč od pouhého určování nemoci, její patologie a symptomů, směrem ke zdraví a síle, cestu zaměřenou na celkové zdraví, orientovanou na zotavení. Jedním z hlavních pilířů, které model recovery podepírají, je naděje. Tu může pocítit a navyšovat každý jednotlivec, a tím začít řídit svůj vlastní život aktivně, může se přitom také inspirovat ostatními, a sledovat, jak si každý najde svou vlastní cestu. Velmi žádoucí a podporovaný je koncept vlastního rozhodování, protože každý jedinec je jiný, a univerzalita je v tomto ohledu velmi nežádoucí. Dalším důležitým principem je vztah, který by neměl fungovat na základu lékař – pacient, ale spíš na rovnocenné bázi. Lékař nebo pracovník by u této metody měl být spíše partnerem nebo koučem, ale neměl by být v nadřazené pozici. Recovery nemůže probíhat v izolaci, proto je nutné člověka, který si má tímto procesem projít, socializovat a pomoci mu nacházet jeho životní role, které jsou pro něj

¹ Americký komplex péče zaměřené na recovery

² Popření, vztek, smlouvání, deprese, akceptace

smysluplné a užitečné. V této metodě jde také o objevení nebo někdy i znovuobjevení vlastní identity. Tato identita by ale neměla vycházet z nemoci nebo jejích příznaků, ale ze člověka jako takového. Při recovery hrají velmi důležitou roli vyprávěné příběhy a sdílené zkušenosti. Ty pomáhají k tomu, aby vzniklo prostředí plné podpory a naděje. U recovery je velmi důležité dbát o personál, tedy nabízet dostatečné množství vzdělávání, aby se kvalita služeb mohla neustále rozvíjet. To zároveň podporuje kapacitu personálu pro vytváření naděje, kreativity a péče. Kdykoliv to jen bude možné, měla by se do procesu zotavení přizvat i rodina a další podporující osoby. Peer pracovníci jsou jakožto podpora také velmi důležití, pro některé jedince jsou dokonce centrální podporou (Stepherd, Boardman, Slade 2008)

5.2 Etapy recovery

Recovery se skládá z celkem 4 etap, a to z naděje, zplnomocnění (používá se i termín empowerment), přijetí odpovědnosti a nakonec nalezení smysluplné životní role. Naděje je velmi důležitá i proto, aby proces recovery vůbec mohl začít, protože bez ní chybí jedinci motivace. Zplnomocnění znamená, že člověk se sám zaměří na sebe, nebude celoživotně spoléhat na pomoc od druhých, a bude se také sám rozhodovat. Po zplnomocnění je také potřeba se zaměřit na přijetí odpovědnosti, učení se z vlastních chyb a odstranění vytvořené závislosti na druhých. Nakonec, nalezení smysluplné životní role, je konečným způsobem zařazení lidí do společnosti, a také do vlastních životů (Ragins 2014: 20-21).

5.2.1 Etapa naděje

Novodobé a moderní koncepty péče o duševně nemocné jsou bohužel dost často kritizovány nebo nejsou obecně přijímány, což zapříčiňuje to, že například o metodě recovery není dosud příliš rozšířené podvědomí. Duševně nemocný jedinec je obecně považován za nevléčitelného, a zpravidla je léčen medikamenty, a ne jinak. Učebnicové definice schizofrenie ji popisují tak, že je chápána jako nevléčitelná a zhoršující se nemoc, se kterou není možné nic dělat, nijak ji léčit, a lze pouze utlumovat symptomy.

Pro člověka s duševním onemocněním může být velmi pokořující nemít naději, stejně tak slyšet, že něco nemůže dělat, protože toho není schopen. Naopak snaha podpořit člověka k jeho vlastnímu rozhodnutí, ač se může na první pohled zdát nespílitelné, může vést ke kýmým výsledkům v oblasti znovuzískání běžného života. Pro pracovníka je nutné, aby věřil v možné. K získání naděje také dopomůže vidět nadějně vlastní budoucnost. Je žádoucí podporovat jedince k dosažení tohoto viditelného cíle. Aby se lékař nebo jiný pracovník stal partnerem člověka s duševním onemocněním, je nutné, aby měl empatický přístup a emocionálně se propojil. Člověka s duševním onemocněním nelze vnímat jako nemoc, diagnózu, naopak je nutné se snažit co nejlépe pochopit jeho život, jeho příběh. Teprve potom je možné ho vnímat empaticky (Ragins 2014: 23-30).

5.2.2 Etapa zplnomocnění

Pojem zplnomocnění užívá i v České republice velké množství služeb, nicméně jde o poměrně abstraktní výraz, jelikož jeho vyložení se různí. K jeho dosažení mohou být využity mnohé přístupy, například se jedná o informativnost ohledně problematiky, na kterou je

služba zaměřena. Ragins tvrdí, že: „...*moje změna přístupu od léčení nemoci k uzdravování lidí byla nejdůležitějším krokem, který jsem na podporu zplnomocnění udělal.*“ (Ragins 2014: 31). Léčba, například šokovou terapií, může mít na člověka v dlouhodobém hledisku spíše negativní dopad. Onemocnění se může podařit zmírnit, avšak pacient se obává další léčby. Naproti tomu přístup terénního pracovníka za pomoci navázání vztahu a jeho udržování, má pozitivní průběh i dopady. Tímto způsobem může dojít k navázání dlouhodobé spolupráce s výsledkem zotavení. Pro zplnomocnění je signifikantní nevidět nemoc, která člověka sužuje, ale člověka jako takového. Při předepisování léků obvykle nastane situace, že pacient přijde za lékařem, ten mu předepíše na jeho onemocnění léky, bez nabídky jiné varianty, a očekává, že se pacient tímto rozhodnutím bude řídit. Platí to tak u obvodního lékaře, a stejně je tomu i u psychiatra. Při medikaci řídicí se metodou recovery se lékař snaží být partnerem, nabídne klientovi své znalosti a zkušenosti, a především klientovi nabídne možnosti. Ten se pak rozhodne, zda se některou z nich bude řídit. Zplnomocněný klient si může vybrat z několika variant léčby medikamenty, ale také se může rozhodnout, že je brát nechce. V oblasti porodnictví a onkologie již došlo ke zlepšení situace, a je možné se poučit právě z těchto oborů. Pacient se u léčby může rozhodovat, jsou mu dány informace, lékaři se stávají poradci, a klienty podporují. U léčby se rovněž vyzdvihují svépomocné techniky, jako jsou Lamazovy dýchací techniky, určené pro těhotné ženy. Rodina je zapojena do procesu, a je součástí týmu. Často dochází k nahrazení prostředí nemocnice za domácí, které je pohodlnější a přirozenější. Ve Village se ke zplnomocnění váže to, že si členové své cíle stanovují sami, a také si vybírají, kterých částí programu se zúčastní. Také mají možnost si co půl roku vyměnit psychiatra bez udání důvodu. Zaměstnanci nemají žádnou místnost, do které by neměli přístup i členové, prostory, jako je jídelna a toalety jsou společné. Členové jsou aktivní součástí výboru pro stížnosti i poradního sboru. Schůze a školení pro zaměstnance jsou volně přístupné i členům. Zaměstnanci jsou i lidé s duševním onemocněním nebo ti, kteří se zotavují ze závislostí. Členi se společně se zaměstnanci podílejí na prezentacích ohledně Village. V anonymních dotaznících se členi mohou vyjádřit k jednotlivým zaměstnancům. Členi, pokud mají řidičský průkaz a schválení od pojišťovny, mohou řídit firemní auta. V případě pořádání akcí a pomoc s rozvozem jsou za to i placeni. Členi mohou kdykoliv nahlédnout i psát do své zdravotní dokumentace. Kalendář akcí je založen na tom, co chtějí dělat členové. Členi mají stipendia na účast na odborných a vzdělávacích konferencích. Je rovněž velmi důležité člověku s duševním onemocněním nabízet respekt a upřímnost (Ragins 2014: 31-42).

5.2.3 Etapa přijetí odpovědnosti

Přijetí zodpovědnosti se pojí i s přijetím rizika. Pokud bude pracovník klientovi tvrdit, že by se měl vyhýbat stresu, tak ho bude podporovat v tom, aby nežil naplno, neriskoval, a tím ani nepřijal odpovědnost za své jednání. Při nucené léčbě nejsou zaručeny takové pozitivní výsledky, jakých lze dosáhnout u zapojení se do klientova světa. Člověk s duševním onemocněním potřebuje růst, a tak nelze řešit jeho problémy za něj. Jedině mu v jejich vyřešení pomoci. Pokud se klient k něčemu rozhodne, není nutné zkoumat, zda je nebo není na uskutečnění jeho rozhodnutí připraven. V metodě recovery se rozhodnutí klienta respektuje a podporuje. Může se jednat kupříkladu o rozhodnutí o vlastním bydlení,

kde se pak může dále jednat o podporu ve formě správy financí, zajištění úklidů, nákupů, a podobně. Podpůrné může být i samotné nacvičování činností, jako je například telefonování, je ale žádoucí, aby klient tuto činnost vykonával sám a v případě nejistoty měl možnost asistence. Nemá však mít možnost toho, aby za něj tuto aktivitu vykonával pracovník. Pro pracovníky je z hlediska této etapy velice důležité, aby prozkoumali vlastní předsudky, a pracovali s nimi. Lidé s duševním onemocněním by se právě z tohoto důvodu měli zaměstnávat nejen jako peer pracovníci, ale zároveň i jako zaměstnanci služeb pro duševně nemocné s ohledem na jejich zájmy a kvality. Dalším aspektem etapy přijetí zodpovědnosti je risk. Pokud klientovi pracovník bude pouze vysvětlovat, jak se má daná věc udělat, ale nenechá ho, aby si to vyzkoušel, právě kvůli obavě z risku, tak se klient danou věc skutečně nikdy nenaučí. U riskování je potřeba mít podporu, mít vybudované vztahy. K tomu dopomůže zapojení rodiny, ale i pracovník, popřípadě síť pracovníků, do kterých klient vkládá důvěru. Klienty je také třeba vést k tomu, aby na své cestě při přijímání odpovědnosti brali ohled na své blízké, a aby se naučili odpouštět (Ragins 2014: 42-52).

5.2.4 Etapa nalezení smysluplné životní role

U mnohých onemocnění, včetně duševního, dochází k tomu, že člověk ztratí svou životní roli, své místo ve světě. Dochází k tomu například tak, že člověk kvůli své nemoci ztratí zaměstnání, nebo přijde o podporu rodiny. Při léčbě pak získají pouze jednu roli, a to člověka s onemocněním. Roli lze získat za pomoci čtyř oblastí, a to práce, lásky a sexu, spirituality a rodiny a dětí. Práce je velmi podstatná v životě člověka bez onemocnění, a pro duševně nemocného to platí dvojnásob. Jedinec může získat velké sebevědomí po převzetí peněz, které dostal za práci odvedenou vlastní silou. Práce, kterou vykonává, mu zároveň přinese nové místo ve světě, uplatnění. Je proto důležité program zaměstnávání klientů zavést v co největší míře, v co nejvíce organizacích. Práce jako taková je pro klienty velmi prospěšná i z hlediska ekonomického, ale především z hlediska zotavení. Milostný vztah je považován za normální v celkové populaci, ale je často velmi obtížné jej získat jakožto člověk s duševním onemocněním. Především oblast sexu bývá u lidí s duševním onemocněním přehlížena, a služby často zůstávají u preventivních přednášek týkajících se ochrany u sexu, pokud vůbec. Nicméně se jedná o normální lidský pud, a neměl by být přehlížen, ale citlivě podporován. Pracovník by měl figurovat jako partner, který se bude snažit zabránit negativním jevům, jako je například prostituce, ale zároveň bude klienta podporovat ve snaze si najít partnera. Rodina, jak již bylo řečeno, je pro klienta velmi výraznou oporou, a do procesu recovery by měla být zapojena. Může nastat i situace, že rodina celý proces výrazně komplikuje. Je ovšem podstatné nezapomínat na to, že při metodě recovery nepracuje pracovník s nemocí, ale s člověkem. I v rodině člověk zaujímá roli, může být matka, otec, sestra, bratr atd. Pokud je člověk s duševním onemocněním zároveň rodičem, je nutné jej v této roli co nejvíce podporovat. Spiritualita nebo náboženství můžou pomoci ve velké míře, protože člověk s duševním onemocněním takto může dojít pokoji a míru. Taktéž se jedinci otevírá možnost se stát součástí komunity, a navázat nové vztahy. Je ovšem také důležité, aby pracovník pomáhal

nalézt cestu, ale nevnucoval svou vlastní. Klient by si měl sám zvolit, jak chce svou spiritualitu či náboženství vyznávat (Ragins 2014: 53-62).

5.3 Peer pracovníci

„Peer pracovníci jsou lidé s žitou zkušeností duševního onemocnění, kteří používají tuto zkušenost k podpoře dalších klientů a posilování jejich naděje.“ (Foitová kol. 2014: 11)

Peer pracovníci se nazývají pracovníci, kteří s klienty sdílejí příběhy, zkušenosti, a podporují je, a sami si prošli podobnou situací jako klienti. V tomto případě by peer pracovník byl člověk, který má sám duševní onemocnění. Peer pracovníky lze však i využít u lidí trpících závislostí nebo vážným onemocněním, jako je rakovina (Davidsona kol.: Peer podpora dospělých se závažným duševním onemocněním).

Pro služby, které chtějí používat metodu recovery jsou peer pracovníci takřka nezbytní. Jejich sdílení zkušeností, které nabyli v průběhu onemocnění, jimi překonané překážky, a jejich podpora mohou přinést klientům tolik potřebnou naději, ale i pomoci vyřešit jejich problémy.

Peer pracovník se sám musí nejprve zotavit, aby mohl se zotavením, tedy metodou recovery, pomáhat. Jeho práce může být dost často i obtížná, například když se stane, že se mu jeho vlastní stav zhorší, ale také může být velmi přínosná, protože se mu může dařit lépe klientovi rozumět, a lépe formulovat jeho myšlenky. V České republice lze peer pracovníka zatím nalézt jen ve službách následné péče, tedy v sociálních službách. Právě v sociálních službách lze peer pracovníka dále rozlišovat, podle toho, s kým pracuje. Pokud pracuje s klientem, tak mu sdílí vlastní životní příběh a tím ho motivuje a podporuje, pomáhá mu k vlastním rozhodnutím, poskytuje mu rady, pobízí ho k přijetí odpovědnosti. Při práci s rodinou nebo širším okolím peer pracovník podněcuje k tomu, aby rodina spolupracovala, blíže pochopila svět nemocného, více o nemoci komunikovala, a snaží se sdílet naději a víru. U práce s týmem je pozice peer pracovníka důležitá kvůli náhledu, který poskytuje, zpětné vazbě, kterou dává, ale i očekává. Příběh peer pracovníka by měl být orientován pozitivně, tedy na to, co jemu samotnému pomohlo k zotavení. Je ovšem důležité zmínit všechny aspekty nemoci, nicméně výsledný příběh by neměl být jen negativní. Také je důležité si uvědomit, že peer pracovník si sám zotavením prochází, a podporuje jej právě touto prací, kdy poskytuje a přijímá naději, zplnomocňuje, je odpovědný, a tuto zkušenost předává, a má životní roli (Foitová kol. 2014: 13-18).

Aby se peer pracovník stal plnohodnotným členem týmu, je nutné zavést reformu psychiatrické péče, navázat vztahy mezi lékařskými zařízeními a službami následné péče, a vytvořit multidisciplinární týmy, kde by peer pracovník měl své místo.

Závěr

V první části této práce jsem popsala, jak by měla probíhat v následujících letech reforma psychiatrické péče v České republice. Toto téma je v posledních letech celkem rozebíráno, nicméně provedení reformy je prozatím v začátku. O tomto tématu jsem psala, protože se zavedení metody recovery do služeb sociálních i psychiatrických od reformy přímo odvíjí. K úspěšnému provádění metody recovery je nutný multidisciplinární tým, omezení lůžkových zařízení v co největší míře, a také vytvoření pozic peer pracovníků, o nichž se zmiňuji v posledním úseku teoretické části. Je tedy nutno dokončit reformu, poté je možné metodu recovery plošně používat.

Vzhledem k povaze práce bylo nutné zhodnotit, jak vypadá sociální péče o lidi s duševním onemocněním v současnosti. Je zřejmé, že k nějakým krokům zlepšení zde již dochází, vzhledem k novým centrům duševního zdraví. Ale zároveň, jak se ukazuje ve více ohledech, jsou lidé s duševním onemocněním méně viditelní než lidé se zdravotním znevýhodněním, a tak je jim poskytováno, co se rozmanitosti týče, méně služeb. Zároveň se jako problematické ukazuje, že jsou to často pouze služby následné péče, a s psychiatrickými zařízeními v době léčby klienta nespolupracují. Tento problém zabraňuje úspěšnému zavedení metody recovery.

Abych co nejlépe popsala problematiku duševně nemocných, uvedla jsem i na jaké formy finanční pomoci od státu má tato skupina lidí nárok. Ukázalo se, že v základu mají nárok na pouze dvě formy, a to invalidní důchod, pokud jim nemoc znemožňuje vykonávat práci v míře, v jaké toho byli schopni předtím, a také příspěvek na péči, který ale vzhledem k posuzovaným oblastem, bývá uznán jen minimu těchto osob.

Dále jsem popsala duševní nemoci, a jejich rozdělení dle MKN. Pro sociálního pracovníka je důležité mít alespoň základní orientaci v problematice jednotlivých nemocí, pokud s těmito lidmi pracuje.

Nakonec jsem popsala metodu recovery, u které byl největší problém s nalezením vhodné literatury. Ve světě se o této metodě mluví již několik desítek let, zatímco v České republice je stále považována za poměrně novou. Zabývá se jí však Fokus Praha, z. ú., jenž na svých stránkách nabízí literaturu na toto téma. Podrobněji jsem zde popsala jednotlivé etapy této metody, jak je definuje ve své knize M. Ragins.

Cílem této práce bylo popsat, do jaké míry jsou přítomny prvky metody recovery v sociálních službách s cílovou skupinou lidí s duševním onemocněním v Olomouci. Tohoto cíle jsem nedostála z důvodu pozdní přípravy na psaní práce. To bylo navíc umocněno pandemií COVID-19, kdy došlo k uzavření sociálních služeb, takže jsem nebyla schopna uskutečnit rozhovory.

Seznam použité literatury

1. ANDERS M. 2017. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. Praha: Galén spol. s. r. o.
2. Česká správa sociálního zabezpečení [online]. „Invalidní důchod“. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/invalidni-duchod> [posl. akt. nevedeno] [cit. 20. 5. 2020].
3. DAVIDSON L., CHINMAN M., SELLS D., ROWE M. *Peer podpora dospělých se závažným duševním onemocněním: terénní zpráva*.
4. FOITOVÁ Z., PINKASOVÁ V., ROLENEC V., RŮŽIČKOVÁ M., SOLDÁNOVÁ S., STUHLÍK J., ŠUPA J., ZAJÍČKOVÁ A. 2014. *Manuál zapojení peer konzultantů do péče o duševní zdraví*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, z. s.
5. KALINA K. 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1411-0.
6. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1. 1. 2009. BomtonAgency. ISBN 978-80-904259-0-3.
7. Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. „Příspěvek na péči“. Dostupné z <https://www.mpsv.cz/-/prispivek-na-peci> [posl. akt. nevedeno] [cit. 20. 5. 2020].
8. Ministerstvo zdravotnictví ČR 2013. *Strategie reformy psychiatrické péče*.
9. Mot [online]. „V Přerově otevřeli centrum duševního zdraví. Člověk s psychickou poruchou není blázen, říká konzultant“. Aktualizace: 1. 6. 2017. Dostupné z: <https://olomouc.rozhlas.cz/v-prerove-otevrel-centrum-dusevniho-zdravi-clovek-s-psychickou-poruchou-neni-6374589> [cit. 20. 5. 2020].
10. PROBSTOVÁ V., PĚČ O. 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0731-3.
11. Psychosociální centrum Přerov [online]. „Základní informace“. Dostupné z: <https://www.psyche.cz/zakladni-informace-psc> [posl. akt. nevedeno] [cit. 20. 5. 2020].
12. RAGINS M. 2014. *Cesta k zotavení*. Praha: Fokus. ISBN 978-80-902741-2-9.
13. Redakce [online]. „O kolik se zvýší důchody od ledna 2020“. Aktualizace: 10. 12. 2019. Dostupné z: <https://portal.pohoda.cz/dane-ucetnictvi-mzdy/mzdy-a-prace/o-kolik-se-zvysi-duchody-od-ledna-2020/> [cit. 20. 5. 2020].

14. SHEPHERD G., BOARDMAN J., SLADE M. 2008. *Making Recovery a Reality*.
London: Sainsbury Centre for Mental Health.
15. *Zákon č. 108/2006 Sb.* [o sociálních službách]
16. *Zákon č. 155/1995 Sb.* [o důchodovém pojištění]

Anotace

Absolventská práce se zabývá používáním prvků metody recovery v Olomouci. Metoda recovery ještě není v České republice plošně používána, práce se tedy zabývá i problematikou tomu přidruženou, konkrétně reformou psychiatrické péče. V práci je rovněž věnována pozornost sociálním službám pro duševně nemocné v České republice, jejich nároku na finanční pomoc od státu, a také duševním nemocem jako takovým. Práce je povahově zaměřena na metodu recovery, takže je zde definována a popsána.

Klíčová slova:

Zotavení, psychiatrie, sociální práce, reforma psychiatrické péče, duševní onemocnění.

Abstract

The thesis deals with the usage of elements of the recovery method in Olomouc. The recovery method is not yet widely used in the Czech Republic, so the work also deals with issues related to it, especially the reform of psychiatric care. The work also pays attention to social services for the mentally ill in the Czech Republic, their claim on financial assistance from the state, as well as mental illness as such. The work is focused on the recovery method, so it is defined and described here.

Keywords

Recovery, psychiatric, social work, reform of psychiatric care, mental illness.