

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA
KATEDRA ANTROPOLOGIE A ZDRAVOVĚDY**

Bakalářská práce

Dagmar Dostalíková

Akutní a následná péče u psychoticky nemocných

Olomouc 2012 vedoucí práce: MUDr. Kateřina Kikalová, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a elektronické zdroje.

V Olomouci dne 11. 6. 2012

.....

Podpis

Děkuji MUDr. Kateřině Kikalové, Ph.D., za odborné vedení bakalářské práce, cenné rady, podněty a připomínky.

OBSAH

Úvod	6
1 Cíle práce	8
1.1 Hlavní cíl.....	8
1.2 Dílčí úkoly a cíle.....	8
2 Teoretické poznatky	9
2.1 Psychóza	9
2.1.1 Schizofrenie	9
2.1.2 Schizoafektivní porucha	15
2.1.3 Schizotypní porucha	16
2.1.4 Akutní přechodná psychotická porucha.....	16
2.1.5 Trvalá porucha s bludy	17
2.2 Léčba psychóz.....	17
2.2.1 Farmakoterapie	17
2.2.2 Elektroconvulzivní léčba (ECT)	19
2.2.3 Psychoterapie	21
2.2.4 Další terapeutické a rehabilitační přístupy.....	23
2.3 Sociální práce s duševně nemocnými	26
2.3.1 Klient v sociální práci	27
2.3.2 Vztah a komunikace s klientem	28
2.4 Následná péče	29
2.4.1 Krizové služby a domácí léčení	30
2.4.2 Podpora v oblasti bydlení	30
2.4.3 Podpora v oblasti práce a zaměstnávání	31
2.4.4 Podpora v oblasti volného času a sociálních kontaktů	31
2.4.5 Prevence relapsu	32
2.4.6 Kvalita života duševně nemocných	33
3 Metodika práce	34
3.1 Metody výzkumu	34
4 Výsledky	35
4.1 Péče o psychoticky nemocné v Psychiatrické léčebně v Opavě.....	35
4.2 Specifika práce sociální pracovnice na primariátu G – psychózy ženy.....	36
4.3 Kazuistiky	39

4.3.1	Kazuistika č. 1.....	39
4.3.2	Kazuistika č. 2.....	42
4.3.3	Kazuistika č. 3.....	44
4.3.4	Kazuistika č. 4.....	46
4.3.5	Kazuistika č. 5.....	49
4.3.6	Kazuistika č. 6.....	51
4.3.7	Kazuistika č. 7.....	54
4.4	Nabídka následné péče pro duševně nemocné.....	56
4.5	Doporučení pro praxi	57
Závěr		59
Souhrn		61
Summary		62
Seznam použitých zdrojů.....		63
Seznam cizích slov		65
Seznam zkratk.....		68
Seznam příloh		69
Příloha 1		
Příloha 2		
Příloha 3		
Příloha 4		
Anotace		

ÚVOD

Humánního zacházení se duševně nemocným v historii příliš nedostávalo. Pro psychiatrii se vlastně středověk prodloužil až do 18. století. V tomto období se teprve pod vlivem francouzského osvícenství osud psychicky nemocných začal zlepšovat. Péče o duševně nemocné se na našem území začala více rozvíjet od poloviny 19. století. Tehdy ještě účinná psychiatrická terapie neexistovala a tak nezbývalo než sledovat přirozený průběh duševních chorob a čekat na spontánní remisi onemocnění. Postupně se až do současnosti měnila struktura poskytované péče. Byla zřízena a do provozu uvedena řada psychiatrických léčeben a v polovině 20. století byla vybudována poměrně rozsáhlá síť psychiatrických ambulancí – takzvané primární psychiatrické péče (Baudiš, Libiger, 2002, s. 22-24).

V dnešní době je snahou snižovat četnost hospitalizací, zkracovat délku pobytů a zkvalitnit prostředí psychiatrických ústavů. Klade se důraz na budování intermediárních zařízení, která by měla pacientovi pomoci zkvalitnit život v přirozeném prostředí. Zkušenosti ze zahraničí i zkušenosti v naší republice dokazují, že lůžko v léčebně není jediným řešením v péči o tyto pacienty. (Bankovská Motlová, Španiel, 2011, s. 91-92)

V roce 2007 byl Psychiatrickou společností ČLS vyhlášen ve spolupráci s regionální kanceláří WHO ČR „Národní psychiatrický program 2007“ a mezi jeho hlavní cíle a úkoly patří:

- zlepšení péče a kvality života pacientů s psychickými poruchami
- zajištění dostupnosti psychiatrické péče
- rozvoj komunitní péče
- boj proti stigmatizaci
- redukce rizik vyplývajících z psychiatrických onemocnění – suicidia, invalidizace, sociální izolace

Jedním z cílů tohoto programu je také **zvýšená péče o rizikové skupiny psychicky nemocných**. Radíme mezi ně i lidi s psychotickým onemocněním (www.psychiatrie.cz , 2012).

Psychóza patří mezi nejzávažnější duševní onemocnění, které uzavírá nemocného do jeho vnitřního světa. Destruktivně zasahuje do života nemocného a celé jeho rodiny. Nemocný jedinec tak „bojuje“ nejen se samotným onemocněním, ale i s přidruženými následky, tedy s vedlejšími účinky léků, narušenými vztahy, mnohdy s rozpadem rodiny, s nízkým sebevědomím, ztrátou praktických dovedností a se ztrátou zaměstnání. Duševně

nemocný je tak vystaven mnoha omezením, která na něj klade jeho nemoc a zároveň nese i břímě sociálního hodnocení své choroby a reakce okolí.

Téma bakalářské práce jsem zvolila z důvodu svého profesního zaměření. Již 25 let pracuji jako sociální pracovníce v Psychiatrické léčebně v Opavě a z toho posledních 15 let na úseku péče o pacienty s psychotickou zkušeností. Během dlouholeté praxe v oboru se mi téměř ve všech případech potvrdil fakt, že nabízená pomoc duševně nemocným je přínosná především tam, kde je z jejich strany žádána a přijímána. Pokud nemocný nespolupracuje, jsou snahy pracovníků pomáhajících profesí často marné. Zvládne se tak pouze akutní stav nemoci a pacient je propuštěn z léčebny prakticky „nezakotven“ v programu další následné péče, v terénu dříve nebo později selhává a dochází k opakovaným hospitalizacím.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou. Teoretická část práce nabízí základní informace o psychózách, typech léčby tohoto onemocnění, terapeutických a rehabilitačních postupech, vztahu nemocného a sociálního pracovníka, o možnostech následné péče a kvalitě života psychoticky nemocných.

Obsahem praktické části je vlastní šetření, pozorování a specifika práce sociální pracovníce v Psychiatrické léčebně v Opavě v oblasti uvedené problematiky. Dále případy 7 kazuistik, které popisují metody práce a systém péče o psychoticky nemocné v uvedeném zařízení. Snahou je v závěru práce uvést doporučení pro praxi a poukázat tím na možnosti, které napomáhají co možná nejoptimálnějšimu zařazení duševně nemocných zpět do plnohodnotného života.

1 CÍLE PRÁCE

1.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem bakalářské práce je seznámit veřejnost s akutní a následnou péčí u psychoticky nemocných a s řešením sociální problematiky u této cílové skupiny.

1.2 Dílčí úkoly a cíle

1. Zjistit, jakou úlohu hraje podpora rodinných příslušníků a organizací následné péče v životě a léčbě psychoticky nemocných.
2. Popsat důležitost sociálních kontaktů.
3. Zmapovat síť následné péče pro tuto cílovou skupinu.

2 TEORETICKÉ POZNATKY

2.1 Psychóza

„Psychóza je závažné duševní onemocnění, které je léčitelné, ale které svým průběhem zasahuje hluboko do osobnosti pacienta a také do jeho vztahů s okolím. Psychóza je slovo řeckého původu (od slova „psyché“, které označuje „duši“ člověka). Koncovka „óza“ se v medicíně používá k vymezení pojmu „nemoc“. Psychóza 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. Nemocný, který trpí psychózou, se v tomto novém světě uzavírá, odtrhává se od druhých lidí a jejich realita se mu stává cizí. Lidé v jeho nejbližším okolí tuto změnu registrují a prožívají ji. Z jejich pohledu se jejich blízký chová podivně, nelze s ním mluvit, jeho projevy v nich často vzbuzují pocit ohrožení, viny a zmatku a podle toho se k němu také dále chovají. Tento obecný popis je společný řadě onemocnění, která řadíme do skupiny psychóz. Pojem psychóza tedy neoznačuje jedno onemocnění, ale v medicínském smyslu skupinu nemocí.

Rozlišujeme tři základní skupiny psychóz:

organické psychózy jsou způsobené zjištěným poškozením mozkové tkáně

toxické psychózy vznikají vlivem specifické chemické sloučeniny (LSD, amfetamin)

funkční psychózy na počátku je neprovází žádné typické či zjištěné poškození mozkové tkáně. “ (Doubek, Praško, Hons a kol. 2010, s. 9-10)

Ve své bakalářské práci se budu zabývat skupinou funkčních psychóz, do které řadíme schizofrenie, schizoafektivní poruchy, schizotypní poruchy, akutní přechodné poruchy a poruchy s bludy.

2.1.1 Schizofrenie

Ze skupiny funkčních psychóz je nejzávažnějším onemocněním schizofrenie, nemoc s výraznou poruchou myšlení, vnímání, citů a chování. Na základě výsledků výzkumu a léčby schizofrenie se pak také odvozují postupy diagnostiky a léčby ostatních psychotických onemocnění v této skupině. Schizofrenie jako onemocnění byla popsána medicínskými texty již v období antiky. Prvním ustáleným názvem pro toto onemocnění byl pojem „dementia praecox“, poprvé vyřčený v roce 1896 a následně zavedený v roce 1898 Emilem Kraepelinem (1856-1926). Název schizofrenie pro toto psychotické onemocnění zavedl až významný

německý psychiatr Eugen Bleuler (1857-1939). Slovo schizofrenie je řeckého původu (od slova „schizo“, které znamená štěpit a „phren“, které znamená rozum a myšlení). Tento název měl zdůraznit přítomnost rozštěpení (schizma) mezi myšlením, emocemi a chováním. Termín schizofrenie je však široce mylně vykládán laickou veřejností jako „rozštěpení osobnosti“, jakoby současně existovaly dvě nebo více odlišných osobností. Tento výklad je zcela mylný. Lidé trpící schizofrenií ztrácí kontakt s realitou, slyší nebo vidí věci, které nejsou skutečné, a pod vlivem svých představ pak neobvykle nebo nepřiměřeně jednají. Schizofrenií, stejně jako ostatními druhy psychóz, může onemocnět každý. Schizofrenií onemocní asi 1 až 1,5 % populace, tedy asi jeden člověk ze sta. Výskyt tohoto onemocnění je stejný v různých kulturách, na jednotlivých kontinentech i u různých ras. Onemocnění se stejně často vyskytuje u mužů i žen, rozdíl je pouze ve věku počátku onemocnění (Doubek, Praško, Hons a kol. 2010, s. 10-11).

Typicky začíná onemocnění schizofrenií v adolescenci a v časně dospělosti. Vrcholy výskytu jsou mezi 20. a 24. rokem. V celosvětovém průměru i včetně pozdních forem schizofrenie se věk začátku onemocnění pohybuje mezi 26 a 27 lety. Průměrný věk prvních známek onemocnění je u mužů 24 let a 27 let u žen. V posledních letech přibývá důkazů, že čím dříve a úspěšněji je nemocný se schizofrenií léčen, tím větší je pravděpodobnost, že bude onemocnění probíhat příznivě. Dlouhodobá prognóza onemocnění zase závisí na počáteční odpovědi na terapii (Libiger, Höschl, Švestka, 2002, s. 352-53).

2.1.1.1 Příčiny vzniku schizofrenie

I přes intenzivní výzkumy v této oblasti není zatím známá žádná hlavní příčina vzniku tohoto onemocnění. Existuje několik teorií vzniku: dopaminová, virová, imunologická, genetická a rodinná. V současné době převažuje výklad vzniku schizofrenie jako společné působení celé řady biologických a psychosociálních faktorů. Mezi jednotlivé dílčí příčiny vzniku schizofrenie řadíme:

- vrozené a zděděné příčiny
- vlivy prostředí, v nichž nemocný žije
- události, se kterými se nemocný setkal

Dědičnost je základním biologickým faktorem, který se může na vzniku onemocnění podílet. Pokud onemocní jeden z rodičů schizofrenií, je asi 10% pravděpodobnost, že jejich dítě také onemocní, u obou nemocných rodičů je riziko pro jejich dítě asi 30 až 40%. Současné studie vysvětlují příčinu vzniku jako následek narušení chemických pochodů

v určitých částech mozku. Jde o narušení rovnováhy mezi chemickými látkami, které se účastní na přenosu nervového vzruchu mezi nervovými buňkami. Tyto chemické látky se nazývají neurotransmitery a řadíme mezi ně dopamin a serotonin. Bylo zjištěno, že u nemocného schizofrenií se vyskytuje jednak zvýšená činnost dopaminového systému a jednak nerovnováha v souhře dopaminového a serotoninového systému. Velká pozornost se věnuje i psychosociálním vlivům, nejdůležitější jsou vztahy v nejbližší rodině. Nebylo ale prokázáno, že by se v rodinách nemocných vyskytovaly určité typické vzorce chování nebo komunikace, které by se v jiných rodinách nevyskytovaly (Doubek, Praško, Hons a kol. 2010, s. 14-15).

2.1.1.2 Průběh onemocnění

Období premorbidní je spojeno s jemnými odchylkami v motorickém a sociálním vývoji. Projevuje se poruchami pozornosti, výkonu v neuropsychologických testech a sociálním stažením. Toto období plynule přechází do **prodromálního období**, ve kterém jsou příznaky nápadnější a mohou již být důvodem kontaktu se zdravotnickým prostředím. Mezi tyto příznaky řadíme kolísavou úzkost, depresivní ladění, hloubavost, sklon ke vztahovačnosti, ozvláštňené vnímání. Typické jsou především negativní příznaky: ztráta spontaneity, nemluvnost, emoční stažení a zploštění. Negativní symptomy a sociální skluz spojený s onemocněním předchází **první psychotickou epizodu**. Tato epizoda nastupuje po prodromech a má často povahu náhlé změny ve vztahu ke skutečnosti, projevující se psychotickými příznaky. Dochází ke změně sociální a pracovní kompetence, která vyústí v zneschopnění pacienta a v jeho hospitalizaci. Vedle bludů a halucinací se uplatňuje celý rejstřík schizofrenní psychopatologie: ambivalence a paratymie (nepřiléhavé emoce), poruchy myšlení od rozbíhavosti a nelogických skoků až po úplnou inkoherenci a poruchy motoriky – dochází ke ztrátě plynulosti, návaznosti a schopnosti sladit složitější pohybový proces tak, aby sloužil nějakému účelu. Je narušen i soulad v oblasti celkového projevu osobnosti – to platí po stránce povahy, temperamentu i schopností. Aktivní choroba má nejčastěji kolísající průběh s relapsy a remisemi s reziduem. Míra kolísání a závažnost rezidua se různí. První ataka onemocnění má dobrou prognózu. Po první atace nemoci dochází u většiny nemocných k relapsům. Množství pacientů, kteří prodělají pouze jedinou epizodu onemocnění, se pohybuje mezi 15–22 %. Po období relapsů a remisí dochází často ke stabilizaci a někdy i k trvalé remisi jen s nepatrnou reziduální symptomatikou. Povaha postpsychotického stavu je určována mnoha faktory, které souvisí s předchozím průběhem. Závisí na včasnosti a povaze

poskytnuté léčby, dostupnosti rehabilitace a účinné ochraně před zátěží. Důležitou roli hraje rodina nemocného, jeho blízcí a jeho společenská a pracovní perspektiva (Libiger, Höschl, Švestka, 2002, s. 353-54).

2.1.1.3 Příznaky schizofrenie

Pozitivní příznaky

Mezi pozitivní příznaky řadíme halucinace a bludy. Označení **pozitivní** znamená, že v psychice jsou jakoby navíc. Halucinace jsou projevem zkresleného vnímání reality a jsou to falešné smyslové vjemy, které vznikají bez jasného zevního podnětu. Nemocný pak vidí, slyší a cítí věci, které ostatní nevnímají. Nejčastější jsou sluchové halucinace, kdy nemocný slyší různé zvuky (zvonění, tikání, škrábání) nebo přímo hlasy, které k nemocnému hovoří nebo komentují jeho chování. Velmi nebezpečné jsou hlasy, které dávají nemocnému různé příkazy. Pod jejich vlivem pak může dojít k chování, které přímo ohrožuje nemocného nebo jeho okolí. Zvláštním druhem halucinací jsou **intrapsychické halucinace**, kdy nemocný má dojem, jakoby mu někdo vkládal nebo odnámal myšlenky z hlavy. Při **zrakových halucinacích** může nemocný vidět různé barvy, tvary nebo osoby, ale také celé barvité scény, jakoby z filmu. **Čichové halucinace** jsou často spojeny s chuťovými halucinacemi, bývají součástí bludů. Většinou nemocný cítí nepříjemné pachy nebo chutě nebo má dojem, že rozpoznal to, že mu někdo podal jed (Doubek, Praško, Hons a kol. 2010, s. 16-17).

Negativní příznaky

K negativním příznakům schizofrenie patří snížení a oploštění citového prožívání. Pojem **negativní** znamená ochuzení „normální“ psychiky. Je patrné snížení mimiky obličeje, je omezená komunikace s okolím, obtížné rozhodování při řešení problémů a snížená schopnost plánování. Nemocný vypadá jako by se ho nic netýkalo, nic ho nezajímalo. V extrémní formě se objevuje tělesná ztuhlost, nemocní přestávají mluvit, přestávají přijímat jídlo a pít. Další skupinou negativních příznaků jsou poruchy nálady. Zhoršená nálada je spojena s pocity méněcennosti, mohou se objevit i sebevražedné myšlenky a to v případě uvědomění si reality a prognózy duševního onemocnění (Doubek, Praško, Hons a kol. 2010, s. 18).

Kognitivní příznaky

Kognitivní příznaky jsou považovány za jádrové příznaky schizofrenie. Závažnost kognitivních příznaků úzce souvisí s rozvojem negativních příznaků. Snížená schopnost pamatovat si, soustředit se a řešit problémy provází každou epizodu schizofrenie. Míra kognitivního postižení souvisí s funkční úzdravou nemocných (Doubek, Praško, Hons a kol. 2010, s. 18).

Praško, Látalová a kol. (2011) uvádějí **stručný pohled na současnou koncepci pozitivních a negativních příznaků:**

***Pozitivní příznaky** – znamenají nadměrné nebo zkreslené vyjádření normálních funkcí, bludy (zkreslení nebo deformace úsudku), halucinace, dezorganizace mluvy a komunikace, hrubě dezorganizované nebo katatonii chování.*

***Negativní příznaky** – znamenají oslabení nebo ztrátu normálních funkcí, redukce v šíři a intenzitě emočních projevů (oploštělá emotivita), plynulosti a produktivity myšlení a řeči (alogie) a ve schopnosti iniciovat cílevědomé jednání (abulie).*

2.1.1.4 Varianty průběhu

Získat spolehlivá data o variantách průběhu schizofrenního onemocnění není snadné. Vliv léčby a dalších okolností na průběh lze jen nedokonale kontrolovat. Již od 30. let 20. století se traduje, že 30 % nemocných se uzdraví a při užití „biologické“ terapie se toto číslo dá zvýšit na 50–60 %. Pozdější sledování již byla méně optimistická. Příznivý výsledný stav je spojen s akutním začátkem onemocnění, s přítomností rozpoznatelných faktorů v podobě psychologické zátěže a závažných životních událostí, s krátkým trváním psychotických atak a také s vyšším věkem počátku onemocnění. Bezproblémové přizpůsobení se práci a dobré sociální vztahy, nenápadná a funkční premorbidní osobnost jsou také spojeny s lepším výsledným stavem (Libiger, Höschl, Švestka, 2002, s. 354).

2.1.1.5 Formy schizofrenie

Velká proměnlivost příznaků schizofrenie od samého začátku vedla k rozčlenění onemocnění do několika forem. Kraepelin ve své učebnici uváděl formu paranoidní, hebefrenní a katatonní. Eugen Bleuler pojem schizofrenie rozšířil a ve své učebnici zmiňoval i pojem simplexní schizofrenie. Tradiční kraepelinovské dělení doplněné o simplexní

schizofrenii bylo základem klinické typologie, která zůstala součástí nozologických klasifikací dodnes. Členění schizofrenního obrazu na základě aktuálně převažující psychopatologie pomáhá zvýšit spolehlivost diagnózy. Má velký význam pro komunikaci s nemocnými a pro diferencovanou péči o ně (Libiger, Höschl, Švestka, 2002, s. 355).

Paranoidní forma schizofrenie

Je charakterizována především bludy. Vývoj bludů probíhá různým tempem a zasahuje osobnost a její vztahy. Z jakéhosi „bludného tušení souvislostí“ krystalizuje bludný nápad nebo se rozvíjí bludné interpretace skutečnosti, zasahující větší či menší oblast života jedince. Bludy jsou často doprovázeny nebo předcházeny halucinacemi. Někdy dochází k fragmentaci bludů nebo vytvořeného bludného systému, doprovázené emoční plochostí a nepřiléhavostí. Může dojít i k opouzdření bludů, ztrátě jejich emočního náboje. V popředí klinického obrazu bývají také halucinace a to nejčastěji sluchové halucinace. Typické jsou imperativní halucinace, komentující hlasy nebo slyšení hovorů hodnotících nemocného jedince. U schizofrenních onemocnění s pozdním začátkem (pozdní schizofrenie) jsou halucinace kombinované. K obvyklým sluchovým se přidávají i halucinace tělové, taktilní i viscerální, čichové i chuťové nebo halucinace kinestetické. Nemocní s paranoidní schizofrenií se brání psychotické rozpolcenosti lépe než katatonní či hebefrenní formy schizofrenie pravděpodobně v důsledku stabilní struktury osobnosti – silně zformovaného já. Pozdní schizofrenie začíná pro schizofrenii netypicky a to ve 4. a 5. deceniu a má příznaky schizofrenie paranoidního typu. Méně jsou vyjádřeny bezradnost a tenze (Libiger, Höschl, Švestka, 2002, s. 355).

Hebefrenní forma schizofrenie

Hebefrenní schizofrenie začíná u mladých lidí asi ve věku 20 let. Člověk se chová stylem „všechno znám, všechno vím“. Mezi projevy tohoto typu schizofrenie patří plané filozofování, strojená mluva, „nezbedné“ a nevypočitatelné chování, potrhlá nebo necílená aktivita. Nemocný zanedbává povinnosti, hloupě vtipkuje, používá vulgarismy, jeho myšlení je zvláštní a celkově nemocný působí podivínsky (Praško, Látalová, Ticháčková a kol. 2011, s. 210).

Katatonní forma schizofrenie

U tohoto typu schizofrenie je v popředí porucha psychomotoriky. **Produktivní forma** se vyznačuje nadměrnou vzrušeností a bezcílným neklidem. Pro **stuporózní formu** je naopak

typický projev chorobného nerovnoměrného útlumu motoriky. Tělo a končetiny nemocného zůstávají v nastavených polohách. Závažným projevem je katatonní stupor, který bývá spojen se zaujímáním nepřírodných pozic. K typickým projevům katatonní schizofrenie patří povelový automatismus, napodobování a negativismus. Tato forma schizofrenie je poměrně vzácná, tvoří asi setinu všech schizofrenních onemocnění (Praško, Látalová, Ticháčková a kol. 2011, s. 210).

Simplexní forma schizofrenie

Je charakterizována změnami v chování, vyplývajícími z postupného stažení pacienta ze vztahů k vnějšímu světu. U této formy onemocnění se zdá, že nemocný ztrácí „svou životní sílu“, jeho emotivita se oplošťuje. Nemí schopný se vypořádat s nároky běžného života a zaujímat sociálně adaptivní postoje. Dominují velmi vážné a mnohočetné obtíže neurotického charakteru – úzkost, nepochopitelné „hysterické“ projevy a nesystematické tělesné stesky a projevy nepohody. Onemocnění je často rozpoznáno v souvislosti s výraznou změnou dosavadních postojů vůči rodině, škole nebo zaměstnání. U simplexní formy onemocnění převažuje pasivní, astenická forma projevu schizofrenní poruchy. Zdá se, jako by chyběly příznaky zápasu nemocného o duševní rovnováhu. Ztráta sil, autismus a sociální stažení jsou známky jakési „astenické interakce“ mezi nemocným a chorobným procesem (Libiger, Höschl, Švestka, 2002, s. 357-59).

2.1.2 Schizoafektivní porucha

Schizoafektivní porucha je onemocnění, při kterém se vyskytují poruchy nálady a schizofrenní příznaky současně nebo v rozmezí nejvýše několika dnů. Pro symptomatologii schizoafektivní psychózy je typická přítomnost chorobně zvýšené nebo skleslé nálady. Depresivní nálada je spojena s útlumem chování, autoakuzačními myšlenkami nebo tendencemi. Radostná nálada může být doprovázena expanzivním chováním a zvýšeným sebevědomím s podrážděností a také velikašskými bludy a nekritičností. Bludy mají podivný, bizarní obsah, vyskytují se také paranoidní bludy. Charakteristické jsou také příznaky pro schizofrenii, jako jsou příznaky nesouvislého myšlení, neologizmy a manýrování, intrapsychické halucinace a zveřejňování myšlenek. Ataky onemocnění jsou zřetelně ohraničené a většinou chybí reziduální symptomy. Prognóza schizoafektivní poruchy se všeobecně považuje za příznivější než u schizofrenie. Schopnost emočně intenzivně prožívat může pacienta chránit před myšlením rozvracejícím a demotivujícím účinkem psychotické

ataky. Klasifikace rozlišuje **depresivní, manický a smíšený typ** schizoafektivní poruchy (Libiger, Höschl, Švestka, 2002, s. 399).

2.1.3 Schizotypní porucha

Pro schizotypní poruchu je typické excentrické chování, anomálie myšlení a emotivity. Tyto projevy připomínají schizofrenii, ale není přítomen žádný ucelený a charakteristický schizofrenní příznakový okruh. Symptomy se podobají zdůrazněným prodromálním příznakům. Schizotypní porucha často schizofrenii předchází. Rozpolcení mezi vnějším a vnitřním světem se objevuje v drobných bizarnostech od nápadností ve zjevu až po nezacílené aktivity, například špatně chápaná dobročinnost, psaní přebujelých deníků. Výskyt této poruchy je častější u mužů než u žen, zvýšená prevalence je v rodinách pacientů se schizofrenií. Obvykle mívá schizotypní porucha relativní stabilní průběh. U malé části nemocných může dojít k rozvoji schizofrenie nebo jiné psychotické poruchy (Praško, Látalová, Ticháčková a kol. 2011, s. 212).

2.1.4 Akutní přechodná psychotická porucha

Porucha patří do skupiny schizofrenního okruhu a je charakterizovaná akutním začátkem. Bez prodromálních příznaků se často již během dvou dnů může rozvinout obraz akutního psychotického stavu. Na počátku onemocnění bývá rozpoznatelný stres, ne vždy však lze stres snadno vystopovat, jelikož to co je stresem pro jednoho, nemusí být pro druhého psychickou zátěží. Přechodné psychotické poruchy bývají označovány jako „polymorfní“, protože obsahují všechny symptomy, které se vyskytují u schizofrenního onemocnění a ostatních psychóz. Chybí negativní příznaky citového oploštění a ztráty vůle. V popředí jsou proměnlivé bludy, emoční vzepjetí a agitovanost, nepřiléhavé až přehnané afekty. Podle přítomnosti více či méně typických příznaků schizofrenie v klinickém obrazu se akutní přechodné psychotické poruchy klasifikují jako poruchy bez příznaků schizofrenie, s příznaky schizofrenie a jako schizoforní psychotické poruchy. Vyskytují-li se typické schizofrenní příznaky s trváním delším než měsíc, diagnostikuje se schizofrenní psychóza. V období rychlých politických zvratů a společenských změn se obvykle objevuje zvýšený výskyt polymorfních psychóz. Mívají proměnlivé příznaky, ale v popředí bývá manická nebo paranoidní symptomatika. Takovéto stavy bývají doprovázeny naléhavou a vyčerpávající vzrušeností. U mladších jedinců a při banální provokaci poruchy je nutno zvážit, zda se

nejedná o první ataku schizofrenního onemocnění. Je vhodné potom zařadit nemocného do programu zacíleného na sociální, psychoterapeutické i farmakoterapeutické opatření k prevenci rozvoje schizofrenie (Raboch, Zvolský, 2001, s. 250).

2.1.5 Trvalá porucha s bludy

Dříve se tyto psychózy označovaly jako paranoické, v dnešní době se jako psychóza s bludy diagnostikuje onemocnění, pro které je typické jeden nebo více dobře formovaných bludů, které se prolínají s životem nemocného. Jde o bludy perzekuční, inventorní, erotomanické, žárlivecké, hypochondrické a zvláštní druh – kverulantské bludy ublíženosti, které bývají spojené se snahou domoci se veřejné nápravy a zadostiučinění. Bludy bývají propojené a mohou být i doprovázeny halucinacemi. U těchto nemocných není formální porucha myšlení, emotivita je přiměřená a osobnost jako celek budí integrovaný dojem. Bludy mohou ovládnout pacientovo prožívání i jednání, prostupují do jeho každodenního života a působí mu značné utrpení. Platí to zejména pro dimorfické bludy – bludy znetvoření a hypochondrické bludy – blud napadení parazity, blud tělesného zápachu, často ještě doprovázené dotvrzujícími halucinacemi. U některých těchto poruch je možné vypořádat zřetelnou souvislost obsahu bludů a intenzity jejich prožívání s životní situací nemocného, nemusí to však být pravidlo. U nemocných většinou zůstává zachovalá organizace duševního života (Raboch, Zvolský, 2001, s. 251).

2.2 Léčba psychóz

Rozlišujeme ambulantní a ústavní zdravotnická zařízení pro léčbu psychóz. V období akutní fáze nemoci je pacient hospitalizován v ústavních zařízeních – psychiatrických léčebnách, psychiatrických klinikách, psychiatrických odděleních.

V období remise je nemocný předáván do péče ambulantních psychiatrů, kde léčba nadále pokračuje.

2.2.1 Farmakoterapie

Léčba nemocného začíná navázáním terapeutického vztahu a je to proces dlouhodobý. Dobře vedená a včasná terapie dává pacientovi šanci žít kvalitní život. Špatně vedená terapie pomáhá onemocnění chronifikovat. Nezbytnost hospitalizace závisí na celé řadě okolností. Je důležité posoudit rizika plynoucí z psychopatologie nemocného i ze změny jeho sociální kompetence, jeho ochotu spolupracovat a jeho kritičnost. Omezení svobody pacienta má být

co nejmenší a vymezené zákonem. Těžištěm dobře vedené léčby schizofrenie je farmakoterapie. Vede ke zlepšení a stabilizaci stavu u nemocného. Tato skutečnost se opírá o důkladné dvojité slepé studie ve znáhodněných souborech pacientů a proto ji lze považovat za prokázanou. Dlouhodobé pokračování v terapii antipsychotiky výrazně snižuje pravděpodobnost relapsu onemocnění schizofrenií. Je ve skutečnosti obtížné dát správnému člověku správný lék ve správnou chvíli a ve správné dávce. Ošetřující lékař váží všechny proměnné spojené s osobností nemocného, které na léčbu mohou mít vliv: pohlaví, věk, předchozí lékovou zkušenost, postoje k lékům. Při volbě farmaka a farmakoterapeutického postupu je důležité vyhodnotit individuální poměr rizika a zisku ze zvolené léčby. Je nutné důkladně zhodnotit lékovou anamnézu. Je také nezbytné u každého pacienta soustavně vyhodnocovat nežádoucí účinky a jejich vliv na psychopatologii i na samotnou léčbu. Avšak samotná farmakoterapie ke zvládnutí chorobného stavu nestačí. Je třeba nemocnému vysvětlit vlastní postup i podpůrné psychoterapeutické zásahy. Pokud je pacient informován, proč lék užívá, co a kdy od něho může čekat, výrazně se zvýší pravděpodobnost, že ho bude užívat. Hrozba nespolupráce a vynechávání léků ze strany nemocného je značná.

Farmakoterapie antipsychotiky je cíleně vedena na znovuzískání kontroly nad vlastním prožíváním a chováním. Snižuje vnitřní napětí a s ním spojenou bezradnost. Léčba může být zacílena více na negativní symptomatiku s útlumem psychomotoriky nebo naopak na agitovanost, případně na bludy, vztahovačnosti nebo smyslové klamy vedoucí k napětí (Libiger, Höschl, Švestka, 2002, s. 390).

Monoterapie – léčba jedním farmakem

Obecně platí, že je lepší se držet léčby jedním farmakem a vyhýbat se kombinacím více léků stejné lékové skupiny. Kombinace činí obtížným hodnocení účinku léčby. Všechny léky mají nežádoucí účinky a kombinace znesnadňují i jejich hodnocení.

Před objevem antipsychotik se ke zklidnění psychotiků užívaly barbituráty, bromové přípravky, rostlinné anticholinergní alkaloidy (Raboch, Zvolský, 2001, s. 246).

První neuroleptika – antipsychotika

Chlorpromazin – první neuroleptikum. Působí topograficky, neselektivně antidopaminově v CNS, což vysvětluje jeho příznivé ovlivnění pozitivních schizofrenních příznaků, ale také nežádoucí extrapyramidové reakce. Zjištění antipsychotických účinků sedativního antihistaminika chlorpromazinu na počátku 50. let dvacátého století, bylo počátkem rozsáhlé změny v léčbě psychóz a umožnilo i rozvoj sociálně psychiatrických

postupů. Při léčbě antipsychotiky se výrazně zlepšila symptomatologie u 70–80 % nemocných. Pravděpodobnost relapsu bez užívání neuroleptik je kolem 80 % v prvním roce. Studie prokázaly, že podávání antipsychotik na počátku onemocnění snižuje potřebu budoucí hospitalizace. Udržovací léčba poté brání novým atakám onemocnění a poskytuje pacientovi prostor k rehabilitaci a návratu do života. Antipsychotika lze rozdělit podle klinické účinnosti na léky s vysokou, střední a nízkou účinností. Jsou také rozlišována podle toho, zda mají sedativní účinek nebo usnadňují nemocným komunikaci s ostatními (Raboch, Zvolský, 2001, s. 246).

Nežádoucí účinky klasických antipsychotik

Hlavním nežádoucím účinkem jsou akutní extrapyramidové příznaky – parkinsonská hypokineze, rigidita a tremor, dystonie. Po delším užívání těchto léků se u pacientů objevují pozdní extrapyramidové motorické poruchy – především dyskineze (žvýkání, žmoulání, kroutivé pohyby jazyka). Vyskytují se asi u 60 až 70 % nemocných a mohou být důvodem, proč někteří pacienti tyto léky přestávají brát a vystavují se tím riziku relapsu svého onemocnění (Raboch, Zvolský, 2001, s. 246-47).

Antipsychotika II. generace

Od počátku 90. let 20. století se v léčbě schizofrenního onemocnění začínají objevovat antipsychotika II. generace. V terapeutických dávkách nezpůsobují farmakogenní ztuhlost. Jsou stejně antipsychoticky účinná a některá z nich navíc lépe ovlivňují negativní příznaky schizofrenie. Mezi atypická antipsychotika II. generace patří risperidon, olanzapin, guetiapin, sertindol, ziprasidon, amisulprid a klopazin. Klopazin je většinou nasazován pacientům, kteří nereagují na léčbu jinými léky, a je u těchto nemocných prokazatelně účinný. Jeho podávání s sebou nese riziko neutropenie nebo agranulocytózy v 0,5 až 1,5 % případů (Raboch, Zvolský, 2001, s. 247).

2.2.2 Elektroconvulzivní léčba (ECT)

Elektroconvulze je bezpečným a rychlým zásahem. Je vhodná u nemocných, u kterých je v symptomatologii afektivní komponenta, agitovanost a u kterých hrozí nebezpečí suicidia nebo rozvoje katatonní symptomatologie. Lze ji také indikovat při špatně ovlivnitelném zhoršování psychopatologie během psychotické ataky. Kombinace ECT se současnou terapií klasickými nebo novými antipsychotiky je schůdná (Libiger, Höschl, Švestka, 2002, s. 394).

Podle Americké psychiatrické asociace není k ECT žádná absolutní kontraindikace. Přesto se za absolutní kontraindikaci považují zvýšený nitrolební tlak, akutní centrální mozková příhoda, nesnášenlivost anestetika. Podle stavu nemocného je nutné zvážit život ohrožující závažnost stavu a míru rizika i míru přínosu ECT (situace zahájení léčby z vitální indikace). Pacient musí s provedením ECT souhlasit, musí tedy podepsat souhlas s provedením elektrokonvulzivní terapie a s podáním anestezie. Výjimkou je závažný stav nemocného, který jej bezprostředně ohrožuje na životě a lékař indikuje ECT z vitální indikace. O rizicích, výhodách a důvodech k ECT by měli být předem informováni i příbuzní pacienta. Elektrokonvulzivní léčba patří mezi nejefektivnější terapeutické metody v psychiatrii. Vyznačuje se širokým spektrem terapeutických indikací a rychlým nástupem účinku. Obávané poruchy kognitivních funkcí jsou časově omezené. ECT zkracuje délku hospitalizace, v mnoha případech z vitální indikace zachrání nemocnému život (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, s. 566-68).

Princip ECT léčby

V průběhu této léčby je pomocí elektrické stimulace mozku opakovaně vyvoláván epileptický paroxysmus. Tento postup způsobuje řadu složitých změn ve fyziologii mozku, které působí léčebně u mnohých duševních onemocnění, zejména u afektivních a schizofrenních poruch. Uvedená terapie je zpravidla prováděna v několikadenních odstupech, většinou 2x týdně v celkovém počtu 5 až 7 elektrokonvulzí, v závislosti na akutním stavu nemocného. V současné době jsou používány již přístroje 2. generace, které umožňují pomocí krátkopulsové stimulace omezit stimulační energii oproti původním přístrojům až na třetinu. Zároveň lze sledovat průběh paroxysmu na zabudovaném EEG, případně i EKG (Hrdlička, 1999, s. 126).

Metodika postupu při ECT

Členy terapeutického týmu při provádění ECT jsou: psychiatr, anesteziolog a nejméně 2 zdravotní sestry. Psychiatr je zodpovědný za správné provedení ECT, anesteziolog je odpovědný za provedení anestezie a zvládnutí náhlých nežádoucích reakcí, zdravotnické zařízení je odpovědné za odbornost celého terapeutického týmu. Pro provádění ECT má být ve zdravotnickém zařízení určena dostatečně prostorná místnost s centrálním rozvodem kyslíku (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, s. 568-69).

Umístění elektrod

V začátcích se elektrody umísťovaly po obou stranách hlavy ve spánkové oblasti, jedná se o bilaterální umístění a používá se dodnes. Ve 40. letech minulého století byla vyzkoušena myšlenka umístění obou elektrod na jednu stranu hlavy, obvykle nad nedominantní hemisféru, s úmyslem snížit výskyt poruch paměti a postkonvulzivní zmatenosti. Tato unilaterální metoda ale tehdy vzbudila jen malý zájem. Od 60. let došlo k jejím většímu rozšíření a používá se například ve Velké Británii (Hrdlička, 1999, s. 50).

Anesteziologický postup se skládá z premedikace anticholinergikem, aplikace krátkodobě působícího anestetika, následné aplikace myorelaxancia a zahájení oxygenace, která se provádí až do odeznění účinku myorelaxace (Hrdlička, 1999, s. 128).

Mezi nejčastější nežádoucí účinky ECT patří bolest hlavy, nevolnost od žaludku, nepříjemné vzpomínky na dušení, pocity slabosti a někdy svalové bolesti, pocity zmatku a ztráty recentní paměti (Hrdlička, 1999, s. 128).

Zmíněná terapie prodělala pohnutou historii. V letech 1940 až 1950 prošla obdobím rozmachu až nekritického přijímání, poté následovaly roky stagnace a ústupu této metody. Například v USA byla v 70. letech právně regulována v 38 státech Unie. V Holandsku se prováděla zcela výjimečně, bylo k ní nutné povolení ministerstva zdravotnictví a úředně snazší zde bylo vyřízení eutanazie než ECT. Od počátku 80. let minulého století do současné doby zažívá pozvolnou renesanci. Současná obnova zájmu souvisí například s problémy farmakorezistence, kontraindikace a intolerance některých psychofarmak. Ale i s rozvojem moderních a šetrných forem aplikace, které umožňují přístroje 2. generace s krátkopulsovou stimulací (Hrdlička, 1999, s. 14-15).

2.2.3 Psychoterapie

Léčba pomocí psychologických prostředků se nazývá psychoterapie. Příznaky psychózy nemocného zneklidňují, vedou k silné úzkosti, strachu a nejistotě. Psychoterapeutický přístup poskytuje „ochranný prostor“, ve kterém se může nemocný projevit. To platí pro období, kdy silně prožívá úzkost a strach z neznámého i pro dobu, kdy po залечení akutních příznaků psychózy hledá nový kontakt se světem. Cílem psychoterapie je, aby se nemocný cítil sám sebou a našel správný vztah k druhým lidem a k jednání s nimi. Pomáhá obnovit přirozený pocit kontroly nad svým vnímáním, myšlením, emocemi

a chováním. Těžištěm psychoterapie je období po odeznění akutních příznaků psychózy a podpora zdravých částí osobnosti, které jsou vždy přítomné. Rozlišujeme individuální, skupinovou a rodinnou terapii. Používá se rozhovor, umělecká práce, psychogymnastika, hraní rolí nebo nácvik dovedností. Následná psychoterapeutická léčba u nemocných, kteří prodělali epizodu psychózy, může trvat i několik let. Psychoterapie může probíhat ve skupině, ale měla by se vždy přizpůsobovat individuálním potřebám nemocného (Praško, Látalová, Ticháčková a kol. 2011, s. 27).

2.2.3.1 Individuální psychoterapie

Individuální psychoterapie je podle Kaliny (1987) vhodná a užitečná už v období rozvinuté psychózy, jakmile léky umožní nemocnému navázat kontakt s terapeutem. Základní psychoterapie je vlastně rozhovor v terapeutickém vztahu, je to „ostrůvek léčebné atmosféry“ mezi nemocným a lékařem, psychologem, zdravotní sestrou či jiným odborným pracovníkem. Rozhovor nejen o příznacích nemoci, o lécích, ale i o dalších problémech, které nemocný má a v nichž potřebuje podporu, vysvětlení a porozumění. V rozhovoru se člověk ujišťuje, že opravdu existuje a není sám, učí se rozumět sobě i druhým.

2.2.3.2 Skupinová psychoterapie

Do skupinové psychoterapie se nemocný začleňuje nejdříve v období, kdy psychóza odeznívá, dříve obvykle není schopen se skupinou spolupracovat. V období „vyhasínání“ psychózy už mu může skupina přinést vydatnou podporu a orientaci v tom, co je „nemocné“ a co je „zdravé“. Je prospěšná i v období „remise“, tím že pomáhá překonávat zranitelnost, i když nemocný žádné potíže necítí (Kratochvíl, 2006, s. 84).

Skupinová psychoterapie má nejdelší tradici v naší republice v Psychiatrické léčebně v Opavě, kde se soustavně provádí již od roku 1962. Je nedílnou součástí komplexní terapie psychóz a vychází z praktického poznatku, že biologická terapie sama o sobě nestačí k odstranění všech projevů psychózy, k normalizaci narušených vztahů pacienta s okolím a k opětovnému začlenění nemocného do běžného života a do společnosti. Skupinová psychoterapie přibližuje pacienty sociální realitě, což psychotici velmi potřebují, jde o získání nové pozitivní zkušenosti v širších sociálních interakcích a tím značně usnadňuje jejich resocializaci. Mezi speciální psychoterapeutické a resocializační postupy u psychotiků řadíme například arteterapii, muzikoterapii, psychodrama, psychogymnastiku (Strossová, 1984, s. 5).

*„Při aplikaci **arteterapie** lze hodnotit především významný fakt, že může zpřístupnit komunikaci se schizofreniky, jinými prostředky nedosažitelnou, umožňuje pacientovi sdělovat mnohdy verbálně nesdělitelné a jinak nevyjádřitelné obsahy jeho prožívání i chápání života a světa. Jejich tak často výrazně symbolická a expresivní tvorba je mnohdy jedinou možnou formou sebevyjádření a pro psychoterapeuta zejména zpočátku někdy jedinou přístupovou cestou do složitého autistického světa nemocných“ (Syřišťová, 1989, s. 108).*

Při **muzikoterapii** se používá hudby a zvuku primárně za účelem terapeutickým, úzdravným. Pro většinu lidí s psychotickou zkušeností bývá jednodušší vyjádřit své prožitky a emoce hudbou než je verbalizovat. Tímto způsobem může nemocný získat větší kontrolu nad některými psychotickými symptomy, například nad hlasy. Lidé s psychózou bývají velice často nadprůměrně tvořiví a citliví a mají silnou potřebu vyjádřit svůj vnitřní svět tvůrčím způsobem (Pěč, Probstová, 2009, s. 182).

Psychodrama je metoda, která spočívá v improvizované dramatické hře, je řízena terapeutem a sledována diváky. V psychodramatické akci má pacient jedinečnou možnost učit se vhodnému sociálnímu chování, trénovat se ve zvládání různých pro něho obtížných situací. Přehráváním různých scén z rodinného, profesionálního nebo společenského života připravuje nemocného na budoucnost, na život mimo léčebnu a zmírňuje jeho strach (Strossová, 1984, s. 42-43).

Psychogymnastika je pomocná psychoterapeutická metoda, která využívá vlivu pohybu v prostoru a v interpersonálních vztazích na psychiku. Úvodní část slouží k rozhybání a uvolnění těla, snižuje strach a zábrany v projevu. Druhou fází je pantomimická část a je nejvýznamnější: terapeut předkládá témata, která mají pacienti vyjádřit pomocí gymnastických a pantomimických prvků. Závěrečná část má být uvolňující a povzbuzující a zároveň má posilovat pocit sounáležitosti jedince se skupinou (Strossová, 1984, s. 55-56).

2.2.4 Další terapeutické a rehabilitační přístupy

Cílem dlouhodobé léčby je dosažení remise a úzdravy bez relapsu. Péče o pacienta s psychotickým onemocněním by měla být vysoce individualizovaná a zacílená k postupnému dosažení dobře definovaných cílů. Společně s psychiatrem se na její přípravě mají podílet i další členové takzvaného multidisciplinárního týmu – psychologové, sestry, sociální pracovníci, pracovní terapeuti, režimové sestry (Libiger, Höschl, Švestka, 2002, s. 395).

Léčebné postupy by měly vést ke zmírnění vlivu nepříznivých společenských faktorů na chorobné duševní příznaky a k omezení dopadu psychopatologických projevů na sociální

postavení nemocného. Některé duševní nemoci s nepříznivým vývojem vyřazují nemocného z běžného života, vedou ke ztrátě pracovního zařazení, k invalidizaci, k narušení dosavadních mezilidských vztahů, mnohdy se rozpadá i rodinné zázemí. Rehabilitace by proto měla být započata již v průběhu hospitalizace v ústavním zařízení a hlavním cílem je uchování kvality života nemocného. Jakmile dojde alespoň k částečné úpravě psychického stavu, je vhodné zapojovat nemocného do pracovního, kulturního a tělovýchovného programu. Velice důležitá je také podpora rodiny a přátel, umožňujeme návštěvy blízkých, a co nejméně omezujeme nemocného v běžných životních zvyklostech (Malá, Pavlovský, 2002, s. 111).

2.2.4.1 Rehabilitace nemocných

V souladu s doporučením Světové zdravotnické organizace rozdělujeme rehabilitační proces do tří relativně oddělených a po sobě jdoucích etap:

I. etapa – obnovující léčba

II. etapa – readaptace

III. etapa – rehabilitace (v užším slova smyslu)

Rehabilitace tak představuje dynamický systém vzájemně propojených prvků medicínských, psychologických a sociálních. Konečným cílem rehabilitace je tedy obnovení osobního postavení nemocného s psychotickým onemocněním. Chápeme rehabilitaci jako nový systém myšlení terapeuta a jeho partnerů v rehabilitační péči a aktivitách psychologů, sociálních pracovníků, právníků včetně pacientů a jejich nejbližšího okolí včetně rodiny. Velký důraz je kladen na psychosociální prostředí, ve kterém nemocný žije se svými zdravotními a duševními problémy. Rehabilitace se zaměřuje na **resocializaci** nemocného, na jeho destigmatizaci a spolupráci ve větší míře než v jiných oblastech medicíny (Dragomirecká, Palčová, Papežová, 2000, s. 210-11).

Matoušek (2005) ve své knize Sociální práce s duševně nemocnými zmiňuje tři hlavní „školy“ **moderní psychiatrické rehabilitace** a v praxi se používají i kombinovaně.

Anglická škola klade největší důraz na přizpůsobení se, na akceptaci nezpůsobilosti. Orientuje se především na kompenzaci a reedukaci a je vhodná především u starých lidí či u lidí, u nichž nemoc do velké míry omezuje jejich aktivity.

Bostonská škola prosazuje model klinické rehabilitace, směřuje k rozvoji klientových dovedností a podpoře okolí. Vychází z přání a potřeb nemocného, věří v posun k lepšímu. V Čechách se často cituje definice bostonské školy.

Losangeleská škola usiluje především o rozvoj sociálních dovedností. Je to směr programově optimistický, orientovaný na chování a trénink dovedností, asertivity, dovedností žít v komunitě, zvládání konfliktu a komunikace

2.2.4.2 Pracovní terapie

Cílem pracovní terapie je udržet nemocným sebevědomí a perspektivu, nejde tedy jen o pouhou terapii zaměstnáním. Vlastní terapie by měla svou náročností odpovídat možnostem nemocného. V intenzivní péči se pracovní terapie uplatňuje jen v menší míře, pokud jsou k tomu podmínky. I na uzavřených odděleních může rehabilitační sestra – pracovní terapeutka 1 až 2 hodiny denně vést ergoterapii, při které se používají různé materiály – dřevo, keramika, látky. V některých zařízeních jsou nemocní připravováni na návrat do domácího prostředí nácvikem některých aktivit – učí se vařit, žehlit, případně jiné domácí práce – jde o program léčebné výchovy k soběstačnosti. V pracovních dílnách se provádí nácvik pracovních návyků, aby se nemocný lépe zapojil do pracovního prostředí po propuštění z ústavního léčení (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, s. 584).

2.2.4.3 Nácvik sociálních dovedností

Nácvik sociálních dovedností je nejčastěji používaná rehabilitační metoda. Sociální dovednosti jsou nezbytné pro řešení mezilidských problémů všedního dne. Trénink pomáhá nemocným správně pochopit dění v sociálním poli a adekvátně na ně reagovat. Programy nácviku sociálních dovedností – schopnost navázat rozhovor, požádat o něco, najít si přátele, najít si zaměstnání, jednat na úřadech (Motlová, Koukolík, 2004, s. 332).

Cvičí se zpravidla ve dvojicích, trénují se různé situace, jak se zachovat, co říct, jak se držet společenských pravidel. Cílem je získat správné sebehodnocení a zdravé sebevědomí. V chráněných podmínkách si nemocní zkusí natrénovat pro ně složité a nepříjemné situace. V reálném životě je podobná situace díky tohoto tréninku nevyvede z míry, nezvyšuje se jejich úzkost a stres nemá šanci zvítězit. Nácvik sociálních dovedností sám o sobě nestačí, je nutný také **trénink kognitivních funkcí** – to znamená, že cílem je posílit paměť a pozornost, schopnost plánovat, pružně reagovat na změny v životě, řešit konstruktivně problémy (Motlová, Koukolík, 2004, s. 68).

2.2.4.4 Rodinná terapie

Podíl rodiny na terapii psychoticky nemocného je jedním z nejdůležitějších kroků k zabránění recidivám schizofrenie. Kombinací rodinné terapie je možné počet recidiv snížit více než o polovinu. Cílem je zlepšení rodinné atmosféry a redukce kritických komentářů uvnitř rodiny. Nejde o popření nemoci, ale o zprostředkování naděje na odvrácení ohrožení nemocí za pomoci vlastního potenciálu rodiny.

Tři globální cíle terapeutické skupinové práce s příbuznými:

- ulehčení příbuzným a jejich podpora
- změna emocionálně zatěžujících rodinných interakcí
- zainteresování blízkých na profylaxi recidiv (Rahn, Mahnkopf, 2000, s. 213).

2.2.4.5 Psychoedukace

Cílem psychoedukace je podat nemocným a jejich příbuzným důkladné informace o povaze nemoci, poskytnout jim podporu a vysvětlit jim, že se epizoda nemoci může vrátit. Zásadním bodem je upozornění na nutnost dlouhodobé léčby antipsychotiky. Optimální je skupinová psychoedukace zvláště pro pacienty a zvláště pro příbuzné. Příbuzné se snažíme naučit, co je projev nemoci a co je osobnostní rys pacienta, a to nebývá mnohdy jednoduché. Psychoedukační program je pro mnohé rodiny důležitým signálem a utvrzením v tom, že péče o duševně nemocného nezůstane pouze na nich (Praško, Látalová, Ticháčková a kol. 2011, s. 32).

2.3 Sociální práce s duševně nemocnými

Posláním sociální práce je poskytování sociálních služeb jednotlivcům, rodinám, skupinám nebo komunitám. Smyslem těchto služeb je pomoci nemocným vyrovnat se s nezměnitelnými problémy a přispět ke zlepšení situace tam, kde je možná úprava sociálních poměrů. Sociální práce jako profese využívá řadu rozmanitých činností, dovedností a technik, které jsou v souladu s jejím komplexním zaměřením na jedince a jeho prostředí. Zahrnuje poradenství, individuální sociální práci, skupinovou sociální práci a práci s rodinou. Snahou je pomoci lidem získat služby a komunitní zdroje. Systém sociálních služeb by měl být vzájemně propojen, jedna služba by měla navazovat na druhou a odpovídat individuálním potřebám jak klientů, tak společnosti. Dochází tak proto ke spolupráci různých rezortů – zdravotnictví, sociálních věcí, školství – a zároveň se při poskytování služeb prolíná státní

a nestátní sektor. Hlavním posláním sociálních služeb je chránit zájmy lidí, kteří jsou v důsledku svého onemocnění oslabeni v sociálním fungování a předcházet tím jejich **sociálnímu vyloučení**. Lidem s duševním onemocněním by měl být nabízen ucelený systém sociálních služeb. Úkolem sociálního pracovníka je pomoci zvolit nemocnému okruh služeb, které právě on a jeho rodina mohou využít a pak ho systémem provázet a spolupracovat s ním v oblasti konkrétních postupů sociální práce (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 9-14).

Větší část lidí s duševním onemocněním potřebuje od sociálního pracovníka cílenou pomoc, tedy informace v oblasti sociálního zabezpečení, pracovního, rodinného či občanského práva. Naopak komplexní zdravotně sociální péči potřebují především ti duševně nemocní, jejichž fungování je omezeno ve více oblastech a po delší dobu. Jsou to dlouhodobě hospitalizovaní pacienti, u kterých se může projevovat i institucionalizační syndrom neboli hospitalismus. Jde o kombinaci vlivů duševního onemocnění a prostředí a projevuje se apatií, ztrátou zájmu a iniciativy, nedostatečným vyjadřováním pocitů, zlostí vůči nespravedlivému nebo tvrdému chování personálu, zhoršením návyků a osobní hygieny (Matoušek, 2008, s. 133-36).

2.3.1 Klient v sociální práci

Klient s duševním onemocněním je především člověk a nikdy bychom na něj neměli pohlížet pouze jako na diagnózu nebo jako na problém. Pracovní vztah mezi sociálním pracovníkem a klientem by měl být založen na principech vzájemné spolupráce a rovnocenného partnerství. Jsou však situace, kdy tyto předpoklady nejsou zcela naplněny. Například právě lidé s duševním onemocněním. Často jsou v patientské roli, někdy i nedobrovolně hospitalizovaní a nemocí je ohroženo jejich sociální fungování, zdraví nebo i život. Dosáhnout rovnocenného postavení mezi sociálním pracovníkem a pacientem bývá mnohdy obtížné. Stává se, že pacienti nabízenou pomoc odmítají nebo se jim naopak v patientské roli líbí, ani jedna verze není optimální. Je potom na sociálním pracovníkovi, aby nemocnému umožnil v klientské roli s ním zůstat a volit společně jednotlivé postupy a metody práce. Klientem není pouze nemocný jedinec, ale i jeho blízké vztahové prostředí a proto se snažíme zapojit do spolupráce všechny zúčastněné s cílem získat co největší samostatnost, spokojenost a kompetence v přístupu k duševní nemoci (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 27-28).

2.3.2 Vztah a komunikace s klientem

S postupným vývojem pomáhajících profesí se nabízí otázka, co je vlastně účinné v práci s klientem. Jde o poradenství, techniky práce užívané v různých profesích, intervence? Důležitá je především komunikace mezi klientem a sociálním pracovníkem. Měla by být vedena s náležitým respektem ke klientovi a srozumitelným jazykem (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 97).

Principy, které podporují dobrý vztah mezi klientem a sociálním pracovníkem:

Individualizace – uznání vlastní jedinečnosti klienta a z toho vyplývající individuální přístup bez předsudků.

Vyjádření pocitů – nechat klienta volně vyjádřit své pocity včetně těch negativních.

Empatie – snaha vcítit se do situace a pocitů klienta.

Akceptace – vnímat klienta takového jaký je, s jeho silnými stránkami i slabostmi.

Nehodnotící postoj – nepřisuzovat klientovi vinu, sociální pracovník může hodnotit postoje nebo jednání klienta, ale ne jeho osobnost.

Sebeurčení – respektovat právo klienta na svobodné rozhodování a vybírat si mezi různými možnostmi.

Diskrétnost – zachování důvěrných informací o klientovi, mlčenlivost pracovníka.

Uvolnění diskrétních informací by měl sociální pracovník s klientem vždy prodiskutovat (Matoušek, 2008, s. 37).

Práce s lidmi s duševním onemocněním je složitá a klade zvýšené nároky na komunikaci s klientem, na kvalitu vztahu a přístupu k nemocnému. Pokud klient cítí, že o něj má pracovník zájem, že mu naslouchá, dokáže lépe přijmout jeho pomoc a spolupracovat. Vždy je důležité volit při komunikaci vhodná slova a počítat s tím, že nemocný může být zvýšeně vztahovačný. Vzájemnou komunikaci mohou komplikovat i klientovy sluchové halucinace. Je důležité přizpůsobovat se možnostem a projevům klienta. Jinak jednáme s klientem, který je stabilizovaný a jinak s klientem, který přichází v akutní krizi nebo je již přítomen postpsychotický defekt osobnosti. Vždy je třeba mít na paměti, že nemocnému je v jeho situaci většinou velmi nepříjemně, prožívá strach, velkou úzkost a napětí. Snažit se tedy při rozhovoru tyto projevy zmírnit, třeba právě tím, že pracovník projeví autentický zájem a pochopení situace (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 127-28).

Východiska současné péče o duševní zdraví lze shrnout následovně:

- Politika péče o duševní zdraví je deklarovaný, do legislativy se promítající názor na postavení psychicky nemocných a praktické vyjádření vztahu, který k nim společnost zaujímá – jak zachází s jejich problémy a jak reaguje na jejich „rušivé chování“.
- Vývoj systému péče by měl podporovat **deinstitucionalizaci** – to znamená, že těžiště péče by se mělo přesouvat z institucí do přirozených společenství. Měl by se snižovat počet tradičních institucionálních zařízení a zvyšovat počet mimoústavních – komunitních zařízení.
- **Komunitní péči** označujeme nejen péčí v místním společenství, ale chápeme ji také jako služby poskytované obcí – služby zaměřené přímo na potřeby nemocných. Uživatelé této péče mají být vnímáni jako partneři v procesu péče. Primární má být především dostupnost péče, flexibilita, orientace na potřeby uživatelů a rodinných příslušníků.
- Kvalitní péče by měla zahrnovat i **prevenci stigmatizace duševně nemocných**, jde o předsudky, že duševně nemocní jsou nebezpeční a nežádoucí. Stigmatizace či diskriminace se objevuje mezi jednotlivci, ale i ve vztahu celé společnosti k duševně nemocným. Klienti často stigma sami zvnitřňují a snaží se s ním vyrovnat tak, že se izolují, stahují nebo vstupují do agresivních konfrontací s okolím (Matoušek, 2005, s. 133-34).

2.4 Následná péče

Komunitní péče je zaváděna v řadě vyspělých zemí asi od poloviny dvacátého století. Je spojena s deinstitucionalizací a redukcí velkých psychiatrických léčen. V důsledku těchto změn vznikají komunitní týmy duševního zdraví s určenou geografickou oblastí, kde působí. Je kladen důraz na mobilitu služeb, jejich propojenost, péči ve vlastním prostředí pacientů, orientaci na lidská práva a potřeby pacientů. Přesun těžiště poskytování péče ve velkých psychiatrických zařízeních na péči převážně komunitního typu je trendem Evropského společenství a je zakotven v dokumentech, ke kterým se Česká republika připojila: Deklarace o duševním zdraví, Akční plán duševního zdraví pro Evropu (2005), Zelená kniha Komise evropských společenství (2005) (www.psychiatrie.cz , 2012).

Od 90. let minulého století dochází k rozšiřování komunitních služeb i v České republice. Geografické rozmístění denních stacionářů a služeb psychiatrické rehabilitace je

dosti nerovnoměrné, nejvíce těchto služeb je ve velkých městech a v některých krajích. Jednotlivé složky komunitní péče jsou však málo propojeny a jen velmi obtížně se daří poskytovat nemocným koordinovanou a ucelenou péči (www.psychiatrie.cz , 2012).

„Jako komunitní péče je označován systém terapie, pomoci a podpory, který je obsahově a organizačně uspořádán tak, aby byl schopen pomoci i lidem s vážnějším zdravotním postižením žít co možná nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co nejuspokojivějším způsobem“ (Pěč, Probstová, 2009, s. 211).

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. upravuje mimo jiné i podmínky poskytování sociálních služeb. Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní. **Pobytovými službami** se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. **Ambulantními službami** se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je dopravována do zařízení sociálních služeb. **Terénní služby** jsou poskytovány osobě v jejím přirozeném sociálním prostředí.

2.4.1 Krizové služby a domácí léčení

Osoby s duševním onemocněním mohou v této oblasti využívat telefonickou pomoc, krizové kontaktní centrum, krizové centrum s možností krátké hospitalizace nebo mobilní krizovou službu (zákon číslo 108/2006 o sociálních službách).

Krizové centrum – poskytuje neodkladnou, bezbariérovou a nestigmatizující psychiatrickou péči formou krizové intervence, pracuje nepřetržitě 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Zajišťuje neodkladné psychiatrické vyšetření, emergentní psychoterapii, individuální, skupinovou a rodinnou psychoterapii, farmakoterapii a krátkodobý pobyt na lůžku. Cílem těchto intervencí je zvládnout krizi ambulantně a vyhnout se dlouhodobé hospitalizaci v lůžkovém zařízení. Služby krizového centra taktéž zahrnují možnost telefonického nebo osobního kontaktu (www.psychiatrie.cz , 2012).

Mobilní krizový tým – může být zřízen jako samostatná služba nebo v kombinaci s činnostmi krizového centra. Odborný tým – tým psychiatra, klinického psychologa, psychiatrické sestry, zajišťuje krizovou pomoc, neodkladné psychiatrické a psychologické vyšetření, farmakoterapii přímo v místě rozvoje krizové situace (www.psychiatrie.cz , 2012).

2.4.2 Podpora v oblasti bydlení

Chráněné bydlení – poskytuje nemocným ubytování na delší dobu. V naší republice je jich zatím nedostatek a nemohou uspokojit poptávku zájemců. Chráněné bydlení je vhodné

pro nemocné lidi, kteří dokážou poměrně samostatně zvládat každodenní záležitosti. Je zde zaveden denní režim, který by měli obyvatelé dodržovat, v průběhu dne docházejí do denních center, denních stacionářů nebo chráněných dílen (www.psychiatrie.cz , 2012).

Podporované bydlení – služba poskytovaná v přirozeném prostředí – ve vlastním bytě duševně nemocného, specializuje se na podporu a trénink dovedností potřebných pro samostatné bydlení (www.psychiatrie.cz , 2012).

2.4.3 Podpora v oblasti práce a zaměstnávání

Rehabilitační a chráněná dílna – jde o pracoviště pro asi 5 až 15 osob s přizpůsobeným výrobním programem, aby vyhovoval cílové skupině klientů. Pracovní doba je zkrácena a je zde vyvíjen menší tlak na pracovní výkon. Tato služba poskytuje nemocným možnost pracovního a společenského uplatnění formou pracovní činnosti. Návrat do přirozeného společenského prostředí vhodným způsobem umožňují například tréninkové resocializační kavárny. Jde o zajímavé spojení pracovní rehabilitace s kontaktem s běžnou populací, které umožňuje trénování komunikace a antistigmační působení (www.psychiatrie.cz , 2012).

Přechodné zaměstnávání – probíhá na **vybraných pracovních místech** v běžných pracovních podmínkách mimo vlastní organizaci, většinou na zkrácený úvazek a na časově omezenou dobu. Klienti jsou za svou práci finančně odměňováni. Mohou využít individuální podpory terapeutů a sociálních pracovníků. Součástí tohoto systému bývá i klub zájemců o pracovní zařazení a vyhledávání vhodných pracovních míst (www.psychiatrie.cz , 2012).

Podporované zaměstnání – jde o poskytování podpory lidem s duševním onemocněním, kteří si chtějí najít a udržet zaměstnání v běžném pracovním prostředí. Mají možnost využít služeb pracovního konzultanta – pomáhá nemocnému kontaktovat zaměstnavatele a udržet se v pracovním místě (www.psychiatrie.cz , 2012).

Podpůrné edukativní programy při pracovní rehabilitaci (JOB CLUB) – program job clubu učí jak a kde hledat zaměstnání, seznamuje zájemce s jejich právy a povinnostmi v oblasti zaměstnávání – jak sepsat životopis, jak reagovat na inzerát, jak zvládnou pohovor při hledání zaměstnání (www.psychiatrie.cz , 2012).

2.4.4 Podpora v oblasti volného času a sociálních kontaktů

Centra denních aktivit a centra denních služeb – jde o centra docházkového typu s volným přístupem. Nabízejí možnost trávení volného času, kontakt s ostatními klienty

a udržování společenských vztahů, emoční podporu, možnost tréninku sociálních, pracovních a praktických dovedností. Jsou místem, kde nemocní mohou získávat právní informace nebo informace týkající se sociální problematiky a sociálního zabezpečení (www.psychiatrie.cz , 2012).

Denní stacionáře – nabízejí celodenní programy pro osoby se zhoršenou soběstačností a cíleně kombinují výchovné a sociálně terapeutické činnosti. Zajišťují volnočasové aktivity – kluby, výtvarné dílny, sportovní akce, výlety, výuku jazyků, kulturní akce, divadlo a další (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 134).

Svépomocné programy – filozofie svépomocných organizací vychází z myšlenky o základních právech nemocných na práci, bydlení a společenský život. Začaly vznikat ve snaze překonat stigma spjaté s diagnózou schizofrenie a s cílem rozvíjet vzájemnou podporu lidí se stejným postižením. Stigma schizofrenie připravilo řadu nemocných o možnost ucházet se o práci nebo o možnost bydlení. Výsledkem toho byla jejich izolace a diskriminace. Studie potvrzují, že účastníci těchto svépomocných hnutí jsou méně izolováni, mají více praktických znalostí a dovedností, lépe dokážou čelit různým problémům a bývají méně často hospitalizováni v psychiatrických zařízeních (Motlová, Koukolík, 2004, s. 336).

2.4.5 Prevence relapsu

Relaps je návrat akutních psychotických příznaků. Podle statistických závěrů mají psychotická onemocnění vysokou frekvenci relapsů. Nová ataka nemoci postihne přibližně 75 % pacientů během prvního roku, pokud neužívají doporučenou terapii. Riziko relapsu je větší při snižování nebo vysazování medikamentů. Důležité je věnovat pozornost časným varovným příznakům, které mohou být včas zvládnuty například zvýšením dávky léku (Motlová, Koukolík, 2004, s. 43).

Úspěšným řešením může být program prevence relapsu psychotického onemocnění **ITAREPS**. Do praxe byl zaveden v roce 2005 jako originální český projekt a byl první svého druhu na světě. V současné době probíhá v České republice, Slovenské republice, v Japonsku a Nizozemí. Cílem je zajistit, aby byl nemocný a rodinný příslušník v pravidelném kontaktu se svým psychiatrem a průběžně ho informoval o svém aktuálním zdravotním stavu. Princip programu je jednoduchý – jednou týdně ve čtvrtek vyplní nemocný a jeho rodinný příslušník zahrnutý do projektu desetibodový dotazník časných varovných příznaků. Výsledek dotazníku – 10 čísel pak v podobě SMS zprávy odešlou na číslo programu ITAREPS. Pokud skóre v dotazníku překročí vymezenou hodnotu, je příslušný lékař automaticky vyrozuměn e-

mailovou zprávou o zhoršení zdravotního stavu. Lékař provede telefonickou kontrolu a zvýší medikaci o 20 %. Systém je velmi jednoduchý, není nákladný a snižuje míru hospitalizací asi o 70 % (Motlová, Koukolík, 2004, s. 80-82).

2.4.6 Kvalita života duševně nemocných

Národní psychiatrický program z roku 2007 usiluje o zlepšení kvality péče a kvality života pacientů s psychickými poruchami, o zrovnoprávnění úrovně péče s ostatními medicínskými obory (www.psychiatrie.cz , 2012).

Podle Motlové a Koukolíka (2004) se kvalita života duševně nemocných posuzuje podle objektivních a subjektivních ukazatelů. Mezi objektivní kritéria řadíme pojem životní úroveň nebo sociální postavení – vzdělání, zaměstnání, příjem – tedy snadněji měřitelné a posuzované položky.

„ Kvalita života je však především subjektivní charakteristika. Vypovídá o vlivu zdravotního stavu a podmínek jedince: kvalita života je to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, životního stylu a zájmům“ (Motlová, Koukolík, 2004, s. 348).

Motlová a Koukolík (2004) sledovali jaký vliv má účast v rodinných psychoedukačních programech na kvalitu života. Nemocní, kteří prošli těmito programy, byli spokojenější. Čím byla vyšší intenzita poskytovaných služeb a byly poskytovány déle, tím více se zlepšovalo pacientovo sebehodnocení.

3 METODIKA PRÁCE

Pro svou práci jsem zvolila kvalitativní metodu výzkumu.

„Švaříček, Šed'ová (2006) ve své knize popisují kvalitativní výzkum jako proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.“

Kvalitativní výzkum využívá především tyto tři typy dat: data z rozhovorů, data z pozorování a data z dokumentů. Pracuje se tedy se slovy a textem. Termínem kvalitativní výzkum rozumíme jakýkoli výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procesů nebo jiných způsobů kvantifikace. Jedním z nejužitečnějších a nejužívanějších designů kvalitativního výzkumu je případová práce. V případové studii badatel usiluje o komplexní porozumění případu v jeho přirozeném prostředí. Cílem je objasnit interakce mezi případem a okolím. Nezbytné je získání velkého množství údajů z řady rozmanitých zdrojů. Klíčové jsou různé kvalitativní techniky, například všechny formy pozorování, rozhovorů, analýza dokumentů. V těchto šetřeních hledají badatelé takové případy, u kterých se projevují u zkoumaných jevů výjimečné charakteristiky a vlastnosti, co se týče síly či intenzity, nebo se jedná o případy vzácné svým výskytem či souborem svých vlastností. Z tohoto hlediska je případová studie skutečnou výzkumnou strategií uplatňovanou v řadě sociálních věd. Případové studie se používají například v medicíně, psychologii, v pedagogice a v sociologii (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 16).

3.1 Metody výzkumu

1. Popis péče o psychoticky nemocné v Psychiatrické léčebně v Opavě.
2. Charakteristika specifík práce sociální pracovnice s psychoticky nemocnými.
Vlastní pozorování a šetření přímo na úseku sociální péče o tyto nemocné.
3. Zpracování kazuistik a sociální prognózy uvedených případů.
4. Zmapování sítě následné péče – vyhledávání na internetu.
5. Vypracování doporučení pro praxi.

4 VÝSLEDKY

V této kapitole popisují péči o psychoticky nemocné včetně nabídky psychoterapie a režimových aktivit v Psychiatrické léčebně v Opavě. Dále uvádím specifika práce sociální pracovníce v opavské léčebně s uvedenou cílovou skupinou nemocných. Na základě studia spisové dokumentace jsem zpracovala 7 kazuistik, které demonstrují průběh onemocnění, zvolené metody a principy práce sociální pracovníce, spolupráci uvedených pacientek a jakých cílů bylo dosaženo při jejich propuštění z léčebny. V závěru kapitoly jsou uvedeny organizace následné péče v Opavě a Ostravě. V příloze bakalářské práce je seznam většiny zařízení následné péče především v Moravskoslezském kraji. Kapitulu uzavírá doporučení pro praxi.

4.1 Péče o psychoticky nemocné v Psychiatrické léčebně v Opavě

Psychiatrická léčebna v Opavě má celkem 9 primariátů pro léčbu duševně nemocných. Tři primariáty se specializují na léčbu psychotických onemocnění.

Primariát C – primariát pro léčbu psychóz – muži. Primariát má celkem 6 oddělení, oddělení 11a a 11b – přijímací oddělení, oddělení 6, 19b, 20a, 20b, kde další léčba pokračuje.

Primariát G – primariát pro léčbu psychóz – ženy, má celkem 5 oddělení, odd. 5 a 7 – přijímací oddělení, oddělení 9, 19a, 18b, kde další léčba pokračuje.

Primariát H – primariát zaměřený na léčbu, doléčování, rehabilitaci a resocializaci pacientů s psychotickým onemocněním. Je úsekem s koedukovanými stanicemi 13, 17b a 17c. Na těchto odděleních probíhá systematická psychoterapie psychóz. Je zde vypracován tzv. „Opavský systém“, který klade důraz na:

- koedukovanost a otevřenost v terapeutické komunitě
- optimální sociální atmosféru na oddělení
- terapeutický vztah
- celotýdenní psychoterapeutický program se skupinami
- rozšiřování sociálních dovedností
- rodinnou terapii – 1x měsíčně setkání s rodinnými příslušníky

Tento systém stojí na hranici mezi intramurální a extramurální formou péče a vytváří důležitou a potřebnou osu mezi **domovem – léčebnou – návratem zpět**. Pacienti jsou v průběhu svého pobytu zařazeni do programu individuální nebo skupinové psychoterapie, režimových aktivit – pracovních, sportovních, kulturně-osvětových, arteterapie, ergoterapie,

sportovní a rodinné terapie. Nezastupitelná je také spolupráce s mimonemocničními zařízeními, organizacemi a občanskými sdruženími již během hospitalizace, nejčastěji s těmito organizacemi – Fokus Opava, Charita Opava, Anima Opava, Ester Javorník, Dům duševního zdraví Ostrava, Mens Sana Ostrava (www.plopava.cz , 2012).

4.2 Specifika práce sociální pracovnice na primariátu G – psychózy ženy

Sociální pracovnice na přijímacím oddělení hovoří s každou pacientkou, vždy v závislosti na jejím aktuálním zdravotním stavu. V rámci pohovoru pracovnice ověřuje základní informace týkající se osobních údajů – trvalé bydliště, kontakty na příbuzné, na praktického lékaře a ambulantního psychiatra, zda je nemocná zaměstnaná, evidována na úřadu práce, invalidní nebo starobní důchodkyně nebo bez pracovního poměru – neevidována. Pokud je zdravotní stav pacientky velmi nepříznivý, pacientka je nekomunikující nebo agresivní, je vhodné vstupní pohovor o několik dnů odložit a vyčkat alespoň částečné úpravy duševního stavu.

Pacientka v pracovním poměru – při přijetí do léčebny se vystavuje dočasná pracovní neschopnost (DPN), I. díl neschopenky se odesílá na OSSZ Opava, III. díl příslušnému zaměstnavateli. Pokud je pacientka přijata již s vystavenou DPN, na OSSZ Opava a praktickému lékaři se odesílá hlášení o převzetí do péče. Hlášení se odesílá na OSSZ i v případě propuštění nemocné z léčebny, pokud není uschopněna a je předávána do další péče ambulantních lékařů. 21 den trvání DPN se odesílá IV. díl a průkaz o trvání DPN zaměstnavateli, nemocná na tomto dílu neschopenky uvede, jakým způsobem mají být nemocenské dávky vypláceny.

Jestliže nemocná upřesní kontakt na zaměstnavatele až po určité době hospitalizace, DPN se vystavuje dodatečně až po písemném souhlasu oddělení nemocenského pojištění OSSZ Opava. Do tří dnů lze vystavit i bez souhlasu OSSZ.

V případě, že pacientce končí podpůrná doba a je v plánu dlouhodobější hospitalizace, sepisuje se buď žádost o prodloužení výplaty nemocenských dávek, nebo žádost o invalidní důchod.

Pacientka vedena v evidenci úřadu práce – na úřad práce odesílá sociální pracovnice potvrzení o hospitalizaci v PL, jako omluvenku nemocné, že se po určitou dobu nemůže na úřadu ve stanovenou dobu hlásit a nedošlo tak k jejímu vyřazení z evidence ÚP. Na žádost pacientky se vyřizuje také přeposílání podpory z ÚP do léčebny.

Při zjištění, že již probíhá správní řízení o sankčním vyřazení nemocné z úřadu práce - pro její nespolupráci, se sociální pracovnice kontaktuje s příslušnou pracovnící ÚP a domlouvá další postup. Na základě lékařského vyjádření, že zdravotní stav byl delší dobu dekompenzován a nemocná tak nemohla s úřadem práce spolupracovat, sepisuje sociální pracovnice žádost, aby nemocná nebyla vyřazována z ÚP, přikládá se i písemné vyjádření nemocné. V případě sankčního vyřazení z úřadu práce, by nemocná neměla hrazeno zdravotní pojištění a zůstala by 6 měsíců bez finančních prostředků.

Pacientka pobírající dávky hmotné nouze – na krajskou pobočku ÚP – oddělení nepojistných sociálních dávek – se odesílá potvrzení o hospitalizaci, žádá se o zaslání dokladu o dávkách hmotné nouze a na základě tohoto dokladu, je nemocná osvobozena od plateb regulačních poplatků, doklad platí 30 dnů, po uplynutí této doby se vyžádá další potvrzení. Podle přání nemocné se dávky hmotné nouze zasílají buď do léčebny, nebo na adresu trvalého bydliště. První měsíc hospitalizace je dávka hmotné nouze vyplacena v plné výši 4310,- Kč, další měsíce hospitalizace je snížena na částku 2200,- Kč, tedy na částku existenčního minima.

Jestliže je pacientka je vedena v evidenci ÚP a nemá dávky hmotné nouze vyřízeny a měla by na ně nárok, sociální pracovnice sepisuje žádost o příspěvek na živobytí nebo žádost o MOP – mimořádnou okamžitou pomoc a odesílá na příslušný úřad práce.

Tato žádost se sepisuje i v případě nemocných, které jsou bez pracovního poměru a neevidovány na úřadu práce. Je důležité, aby byly nemocné finančně zajištěny a mohla být tak před propuštěním řešena jejich další sociální situace – například pobyt v azylovém domě, chráněném bydlení nebo na ubytovně.

Pacientka pobírající invalidní nebo starobní důchod – po dohodě s pacientkou – na její žádost nechává sociální pracovnice zasílat důchod z pošty do léčebny. Pokud je důchod zasílán na účet, je možné jej příkazem k převodu – přes sběrný box nechat přeposlat nemocné do léčebny.

Stává se, že v důsledku špatného zdravotního stavu si nemocná v místě bydliště důchod i několik měsíců nevyzvedává a ten je po necelých 3 měsících vrácen zpět ČSSZ Praha. Sociální pracovnice poté odesílá na ČSSZ žádost o obnovení výplaty důchodu – do léčebny. U delších pobytů bývá zasílán hromadným příkazem do léčebny.

Pacientka s nezletilými dětmi – jestliže je rodina pacientky úplná, péči o nezletilé děti po dobu hospitalizace většinou zajišťuje manžel nebo partner. V případě, že nemocná žije s dětmi sama a je bez příbuzných, bývá kontaktován příslušný odbor sociálně právní ochrany dětí městského úřadu, který na základě předběžného opatření zajišťuje po dobu hospitalizace

další péči o nezletilé děti. Sociální pracovnice taktéž spolupracuje s kojeneckými ústavy, dětskými domovy, domovy pro matky s dětmi a dalšími zařízeními – například Klokánek Dolní Benešov.

Pacientka zbavena nebo omezena ve způsobilosti k právním úkonům – sociální pracovnice odesílá opatrovníkům příslušné tiskopisy k podpisu – například Souhlas opatrovníka s přijetím nemocného do ústavní péče, Souhlas s poskytováním informací, Souhlas s výběrem kapesného a další. Žádá také opatrovníky o pravidelné zasílání kapesného nesvéprávným do léčebny. Sociální pracovnice spolupracuje s opatrovníckým oddělením okresním soudů, v případě, že opatrovník neplní svou funkci, po dohodě s ošetřujícím lékařem PL Opava podává návrh na změnu opatrovníka. S opatrovníkem taktéž domlouvá nutnost sepsání žádostí o umístění do domova pro seniory – domova se zvláštním režimem, pokud nemocná žije sama, stává se nesoběstačnou a nezvládá péči o domácnost. Žádosti o umístění se sepisují i se svéprávnými pacientkami – pokud je nutné řešit jejich další sociální situaci a vzhledem ke svému stavu již nemohou bydlet osaměle.

Je velice obtížné pacientku s duševním onemocněním – s psychózou umístit do domova se zvláštním režimem. Těchto zařízení je nedostatek a vzhledem k cílovým skupinám, kdy je posuzována jejich diagnóza a přijetí je limitováno i věkem pacientky, je větší část těchto žádostí zamítnuta. Jestliže je žádost zařazena do pořadníku čekatelů, je čekací doba nadměrně dlouhá – i několik let. Domovy si tyto klienty vybírají hlavně podle výše důchodu a stupně příspěvku na péči, takže umístění nemocné je v tomto případě „nadlidský výkon“. Řada nemocných je uznána invalidními, ale pro nesplnění podmínek – potřebné doby pojištění nikdy invalidní důchod nedostanou.

Pacientka se soudně nařízenou ústavní psychiatrickou léčbou – při nástupu pacientky k výkonu ochranné léčby odesílá sociální pracovnice na příslušný okresní soud hlášení o přijetí pacientky do léčebny. Všechny důležité údaje poznačí do počítačového programu a eviduje 2letou lhůtu trvání ochranné léčby. Ještě před ukončením této 2leté lhůty odesílá sociální pracovnice okresnímu soudu návrh na změnu ochranné léčby ústavní na ambulantní nebo návrh na zrušení ochranné léčby. Pokud léčba ani po 2 letech nesplnila svůj účel, žádá se o prodloužení ochranné léčby. O veškerých těchto krocích rozhoduje primář oddělení.

Všechny zjištěné údaje eviduje sociální pracovnice elektronicky v počítačovém programu Hippo a i v písemné podobě. Do zdravotnické dokumentace vytiskne **sociální list**, ve kterém jsou poznamenány veškeré důležité záznamy o sociální situaci pacientky. Do

tohoto listu se v průběhu hospitalizace pacientky zapisují další záležitosti, které se postupně vyřizují.

Každá pacientka je při přijetí do léčebny vyšetřena ošetřujícím lékařem a následně přešetřena primářem oddělení. V dokumentaci je uveden záznam z tohoto vyšetření a v konečném plánu jsou zmíněny informace o dalším postupu léčby. Například informace pro sociální pracovníci ohledně vyžádání lékařských zpráv od praktických lékařů či ambulantních psychiatrů, kontaktování příbuzných – informování o přijetí pacientky do léčebny, pozvání příbuzných k pohovoru. Na základě doporučení ošetřujícího lékaře PL Opava sociální pracovníce podává podněty ke změně způsobilosti k právním úkonům, podává žádosti o invalidní či starobní důchod, sepisuje žádosti o umístění do domova se zvláštním režimem, do chráněného bydlení, do azylového domu, domova pro matky s dětmi a další. Při své práci sociální pracovníce spolupracuje s okresními soudy, českou správou sociálního zabezpečení a jejími pobočkami, s městskými úřady, policií a úřady práce.

4.3 Kazuistiky

4.3.1 Kazuistika č. 1

Osobní anamnéza:

Žena 35 let, národnost česká, svobodná, 1 dcera.

Rodinná anamnéza:

Otec neznámý.

Matka alkoholička, s pacientkou se nestýkají, několik let se neviděly.

Sourozence nemá.

Zdravotní anamnéza:

Diagnóza: Paranoidní schizofrenie

Porod a raný vývoj v normě, somaticky vážněji neléčena, operována nebyla. Ve svých 22 letech užívala drogy, rok šňupala pervitin, občas kouřila marihuanu, nyní popírá užívání drog, alkohol příležitostně.

Sociální anamnéza:

Pacientka bydlí s přítelem, s matkou se nestýká. Vyučena prodavačkou, v oboru pracovala krátce, je evidována na úřadu práce, pobírá sociální dávky.

Popis případu:

Pacientka byla v Psychiatrické léčebně v Opavě hospitalizována 6krát.

1. pobyt: 10. 3. 2004 – 20. 4. 2004 – akutně ošetřena v Krizovém centru v Ostravě, toulala se po venku nedostatečně oblečená, špinavá, zvonila na zvonky. Policií dopravena do KC a ambulantním psychiatrem odeslána do léčebny. Při přijímacím vyšetření byla nepřiléhavá, úzkostná a podezřívavá. Křičela, aby se jí nikdo nedotýkal. Měla strach o přítele, vnitřní hlas jí řekl, že mu hrozí nebezpečí. Byla přijata na uzavřené oddělení, po částečné stabilizaci zdravotního stavu byla přeložena na oddělení s „polouzavřeným režimem“. Matka pacientky byla pozvána do léčebny k pohovoru k probrání další sociální situace – nedostavila se a ani se nekontaktovala. Vedena v evidenci úřadu práce, sociální dávky byly vyžádány do léčebny. Pacientka v době vycházek po 42 dnech hospitalizace z léčebny utekla.

2. pobyt: 1. 5. 2005 – 5. 9. 2005 – přivezena Policií ČR, byla agresivní, napadala sousedy a děti z okolí, vyhrožovala jim. Při přijetí byla špinavá, zanedbaná, zapáchající, hematomy v obličeji, bizarního vzhledu – oholená hlava. Při přijímacím pohovoru neklidná, odmítala komunikovat. Postupně během léčby začala spolupracovat, necítila se ohrožená nebo sledovaná. Z úřadu práce byla pro nespolupráci sankčně vyřazena, požádáno o jednorázovou sociální dávku na vyřízení rodného listu a poté občanského průkazu. Během pobytu podána žádost o invalidní důchod. Po 4 měsících propuštěna v komponovaném stavu z léčebny, odchází sama, bydlet bude u přítele.

3. pobyt: 28. 6. 2006 – 8. 9. 2006 - LSPP dopravena do psychiatrické ambulance v místě bydliště a odtud odeslána sanitkou do léčebny. Byla agresivní na sousedy, hlučná a vulgární, na veřejnosti pobíhala nahá. Při přijetí tvrdila, že je v kontaktu s Hitlerem, rodí mu děti. Opět zanedbaná, špinavá a zapáchající. Od posledního propuštění z léčebny s psychiatrickou ambulancí nespolupracovala, léky neužívala. Na OSSZ zjištěno, že pacientce byl od října 2005 přiznán plný invalidní důchod – z pošty vyžádán do léčebny. Po obdržení důchodu začala nadměrně utrácet, kupovala panenky, během několika dní utratila celý důchod. Se

souhlasem pacientky dohodnuto v pokladně PL „řízené“ vybírání peněz – jednou týdně čerpala stanovený finanční obnos. V průběhu hospitalizace zjištěno, že přítel pacientky je ve výkonu trestu, o byt přišel z důvodu dlužného nájmu. Pacientce nabízena možnost chráněného bydlení – odmítla, chce bydlet s pacientem z PL, má 6pokojový domek. Během pobytu zařazena do programu – léčebná výchova k soběstačnosti, propuštěna ve stabilizovaném stavu, z léčebny odchází sama, slibuje spolupráci s psychiatrickou ambulancí, navedena na depotní injekce.

4. pobyt: 31. 7. 2007 – 17. 10. 2007 – přivezena Policií ČR pro agresivní a nepřiléhavé chování. Do psychiatrické ambulance opět nedocházela, léky nebrala – na injekce nechodila. Při přijetí patrna bludná produkce – má 4 manžely a 20 dětí, narodila se v Americe, do Ostravy ji přivezli vrtulníkem. Z počátku neochotná, zlostná, postupně začala spolupracovat. Asi 8 měsíců od posledního propuštění bydlela u pacienta, kterého poznala v PL. Poté 3 měsíce žila venku. Proto opakovaně pacientce vysvětlována vhodnost umístění do chráněného bydlení – souhlasila. Po několika dnech oznámila, že do chráněného bydlení nechce a žádala o zajištění bydlení v azylovém domě. Propuštěna v doprovodu pracovnice občanského sdružení do Azylového domu v Ostravě.

5. pobyt: 14. 12. 2007 – 5. 11. 2008 – do léčebny odeslána sanitkou z Krizového centra v Ostravě. Byla zadržena policií, když se zmateně potulovala po městě. S psychiatrickou ambulancí nespolupracovala, léky neužívala. Zjištěna gravidita pacientky – 5. měsíc. V azylovém domě vydržela 2 týdny a pak odešla, bydlela v bunkru, umývala se na nádraží. Na OSSZ zjištěno, že pacientka si nevyzvedávala důchod, proto byl po 3 měsících vrácen ČSSZ. Odeslána písemná žádost pacientky o uvolnění důchodu, poté plánováno vyřízení nových dokladů. Ztráta občanského průkazu nahlášena na oddělení OP Magistrátu města Opavy, vydán náhradní doklad. V únoru 2008 podán u příslušného okresního soudu podnět ke změně způsobilosti k právním úkonům. Dne 29. 4. 2008 porodila dceru, která byla následně umístěna do Dětského centra Domeček v Ostravě. Pacientka byla zbavena rodičovských práv a dcera byla nabídnuta k adopci. V září 2008 bylo ve spolupráci s Občanským sdružením Anima zajišťováno chráněné bydlení. Pátý pobyt pacientka ukončila v listopadu 2008 útekem.

6. pobyt: 11. 5. 2009 – 2. 4. 2012 – odeslána z ostravského centra akutní psychiatrie, v supermarketu kradla jídlo, sanitkou dopravena do léčebny. Opět nespolupráce s psychiatrickou ambulancí, bez terapie. Bezdomovkyně, žila v bunkru. Při přijetí tenzní, ostražitá, nesouvislá samomluva. U okresního soudu zjištěno, že pacientka byla v listopadu 2008 zbavena způsobilosti k právním úkonům, opatrovníkem ustanoven Úřad městského

obvodu Ostrava -Vítkovice. Všechny sociální záležitosti řešeny ve spolupráci s opatrovníkem, po dobu hospitalizace byla zajištěna kapesným. Nepravidelně žádáno o uvolnění mimořádného kapesného na zakoupení ošacení a obuvi. Dne 26. 6.2009 uloženo okresním soudem ústavní ochranné léčení psychiatrické za neoprávněné držení platební karty a pokus o výběr hotovosti z bankomatu. Dne 19. 5. 2011 podán návrh na zrušení ochranného léčení, ochranná léčba byla zrušena. Ve spolupráci s opatrovníkem byly podány žádosti do domovů se zvláštním režimem a chráněného bydlení. V březnu 2012 proběhla návštěva chráněného bydlení opavské charity, pacientka spokojená, nové bydlení se jí líbí, těší se tam a slibuje spolupráci. Dne 15. 3. 2012 odchází pacientka z léčebny v doprovodu pracovníka opavské charity, nastupuje do chráněného bydlení.

Sociální prognóza:

Prognóza je optimistická, v chráněném bydlení je pacientka pod dohledem, jsou „hlídány“ pravidelné kontroly ambulantním psychiatrem a užívání léků, je kladem důraz na pravidelné aktivity – návštěvy programu občanského sdružení. Sociální záležitosti spravuje opatrovník pacientky, pacientka je zajištěna kapesným, platby za bydlení hradí opatrovník. Během posledního dlouhodobého pobytu získala alespoň částečný náhled a její spolupráce byla lepší, než v předchozích pobytech. Při telefonickém rozhovoru se sociální pracovníci opavské charity zjištěno, že pacientka bydlení v chráněném režimu zvládá, je šikovná a spolupracuje. Nejsou s ní problémy.

4.3.2 Kazuistika č. 2

Osobní anamnéza:

Žena 30 let, národnost česká, svobodná, bezdětná,

Rodinná anamnéza:

Matka zemřela v 53 letech.

Otec od rodiny v 6 letech pacientky odešel.

S bratrem se nestýkají.

Zdravotní anamnéza:

Diagnóza: Simplexní schizofrenie

Porod a raný vývoj v normě, mívá žaludeční problémy, jiné somatické onemocnění popírá, operována nebyla, v době studií experimentovala s drogami – marihuana, aktuálně drogy nebere, alkohol nepije

Sociální anamnéza:

Bez bydliště – po smrti matky neplatila nájemné, z bytu byla vystěhována, přespává u známých. Vyučena kuchařkou, v oboru nepracovala, živila se jako prodavačka a v poslední době jako servírka. Nyní nezaměstnaná, není evidována na úřadu práce.

Popis případu:

Pacientka byla v Psychiatrické léčebně v Opavě hospitalizována celkem dvakrát.

1. pobyt: 7. 5. 2007 – 23. 7. 2007 – do léčebny přivezena sanitkou z Ostravy, zajištěna policií, působila zmateně a vystrašeně. Při přijetí zanedbaná, špinavá, nedostatečně oblečená a bez bot. S ošetřujícím personálem nekomunikuje, postupem času začíná spolupracovat, ale odpovědi neurčité, chaotické. Podána žádost o mimořádnou okamžitou pomoc na vyřízení nového občanského průkazu a na zajištění základních osobních potřeb. Se sociální pracovnící Azylového domu v Ostravě domlouván nástup pacientky po propuštění z léčebny. Pacientka odchází z léčebny ve zlepšeném stavu, poučena o nutnosti zaevidovat se na úřadu práce.

2. pobyt: 22. 3. 2008 – 8. 3. 2009 – odeslána z ostravského centra akutní psychiatrie – zmateně bloudila po frekventované cestě. Při přijetí vystrašená a nekomunikující. V psychiatrické ambulanci byla jen dvakrát, poté již léky nebrala. Z azylového domu po 2 měsících odešla, protože chtěla cestovat. Z úřadu práce pro nespolupráci sankčně vyřazena, opět bez financí a občanského průkazu. Podán podnět ke změně způsobilosti k právním úkonům. Odeslána žádost o mimořádnou okamžitou pomoc na vyřízení rodného listu a nového občanského průkazu, nahlášena ztráta občanského průkazu. Vyřízeny nové doklady a požádáno o plný invalidní důchod. Snaha o navázání kontaktu s tetou – pacientka dodatečně uvedla adresu. K pohovoru se však nedostavila a neozvala se ani telefonicky. Pacientka zpočátku málo komunikující, samotářská a otažitá, postupně se stává živější, zapojuje se do aktivit na oddělení, je snaživá a dokáže se již soustředit na určitou činnost. Zvládá vycházky po areálu léčebny i do města. Doprovod pacientky do Občanského sdružení Anima, je spokojená, projevila zájem navštěvovat počítačový kurz a 3měsíční kurz pracovní rehabilitace, po kterém následuje placená práce v kavárně Animka. Podána taktéž žádost do

chráněných dílen ve Fokusu Opava – vedena v poradníku. Jednou týdně navštěvuje Setkavárnu opavské charity – nabídka společenských her, besed, výletů. V Setkavárně se seznamuje se s ostatními klienty chráněného bydlení. Podána žádost o chráněné bydlení v Charitě Opava a Mens Sana Ostrava – u obou zařízení zařazena v poradníku. V březnu 2009 se uvolnilo místo v Chráněném bydlení Charity Opava, z léčebny odchází v doprovodu jejich sociálního pracovníka. Je zajištěna plným invalidním důchodem, zbavena způsobilosti k právním úkonům, v březnu 2009 opatrovníkem ustanoven ÚMOB Ostrava-Poruba.

Zůstáváme v kontaktu s pracovníky opavské charity, pacientka je i nadále v dobrém duševním stavu, navštěvuje psychiatrickou ambulanci a léky užívá. Pravidelně se zapojuje do denních aktivit, našla si kamarádky. Zaměstnána v chráněných dílnách Fokusu Opava, 3x týdně chodí do práce.

Sociální prognóza:

Prognóza příznivá, pacientka po dlouhodobějším pobytu v léčebně získala náhled na své onemocnění a svou situaci. Snaží se v rámci svých možností spolupracovat, v chráněném režimu zdárně funguje, potřebuje trpělivé a vlídné vedení. Sama cítí změnu k lepšímu a je spokojená, že má podporu ostatních klientů a také zaměstnanců občanského sdružení. Není už na všechno sama.

4.3.3 Kazuistika č. 3

Osobní anamnéza:

Žena 37 let, národnost česká, svobodná, bezdětná.

Rodinná anamnéza:

Otec zemřel v roce 1994, autonehoda.

Matka zemřela v roce 1996 – rakovina střev.

Sestra 40 let, účetní, zemřela v roce 2010, pacientka neupřesní příčinu smrti.

Zdravotní anamnéza:

Diagnóza: Paranoidní schizofrenie

Porod a raný vývoj v normě, v dětství časté záněty průdušek, jinak žádné vážnější somatické onemocnění, drogy a alkohol nikdy neužívala,

Sociální anamnéza:

Pacientka bydlí v 3pokojovém panelákovém bytě, žije sama, je zajištěna ID/III.

Popis případu:

Pacientka byla v Psychiatrické léčebně Opava hospitalizována celkem 16krát, nyní aktuálně v posledním pobytu.

1. pobyt: 13. 9. 1990 - 3. 12. 1990 – do léčebny odeslána z Nemocnice Ostrava, první pobyt v 15 letech. Mnohmluvná, nesouvislé a zabíhavé myšlení. Uvádí, že již 3 měsíce ji sledují policajti, je těhotná s Karlem Gottem, budou se brát. Vedena s dg. Manický syndrom. Po stabilizaci stavu propuštěna v doprovodu rodičů domů.

Další pobyty v rozmezí 1992 – 2005 probíhají obdobně, přijata vždy neklidná, hlučná, v noci nespí a křičí, na oddělení nepřístupná domluvě, infantilní projevy chování.

V roce 1994 zemřel pacientce při autonehodě otec, v roce 1996 na rakovinu střev matka, starší sestra se odstěhovala, má 2 nezletilé děti, bydlí společně s manželem ve Frýdku - Místku, s pacientkou jsou v kontaktu, vztahy jsou dobré. Pacientka bydlí v panelákovém bytě sama.

Po stabilizaci stavu pacientka vždy propuštěna do místa bydliště, z léčebny odchází sama.

13. pobyt: 2. 12. 2008 – 8. 1. 2009 - odeslána z psychiatrické ambulance pro zhoršení základního onemocnění, při přijetí neklidná, zlostná, odmítá odpovídat na otázky, necítí se ohrožena nebo sledována, hlasy neslyší.

Sestra pacientky pozvána do léčebny k pohovoru ohledně probrání sociální situace pacientky, kontaktovala se telefonicky s ošetřujícím lékařem – je po úraze, nemůže přijet, s pacientkou se nepravidelně vídá. Pacientka nemá žádné kamarádky, většinou vysedává doma, bývá hlučná – mívá spory se sousedy.

Před propuštěním z léčebny pacientce předány kontakty na Centra denních služeb a na Denní stacionáře ve Frýdku - Místku, kde je poměrně bohatá nabídka následné péče pro duševně nemocné. Pacientka vše odmítá, do žádných aktivit chodit nechce, nebaví jí to, je nepřístupná jakýmkoliv domluvám.

14. pobyt: 17. 2. 2009 – 3. 6. 2009 – dopravena policií, byla agresivní na sousedy, od posledního propuštění vůbec nebrala léky. Při přijetí bizarně upravená – bílý rolák – zespoda rozstříhaný nůžkami až k výstřihu, pod rolákem nahá. Tvrdí, že je těhotná se svým psychiatrem, čeká paterčata, родit bude až za rok.

Během pobytu na uzavřeném oddělení dochází ke stabilizaci stavu, přeložena na otevřené oddělení, se sestrou pacientky telefonicky dohodnuta víkendová dovolenka, bude u sestry – dohlídne na ni. V průběhu další hospitalizace již pacientka opět domlouvá propuštění, chce domů, má tam svůj klid. Opět doporučována spolupráce s občanskými sdruženími – zapojení se do volnočasových aktivit, kontakt s vrstevníky – pacientka nezměnila svůj názor, nesouhlasí.

Během pobytu odeslána kontrolní lékařská prohlídka na OSSZ a na žádost pacientky vyřízeno dosílání důchodu na účet, vyzvedávání na poště pacientce nevyhovovalo.

15. pobyt: 24. 2. 2012 – dosud – odeslána z psychiatrické ambulance v místě bydliště, v ambulanci vztahovačná – několik měsíců ji sleduje bývalý přítel, má z něj strach. Pacientka má při přijetí poraněné levé oko – uvádí, že se píchla nožem do oka – vytahovala špunt z vany, tvrdí, že to nebylo úmyslné, „nůž ji jen nešťastně sjel“ a víc se o tom odmítá bavit. Proveden operační zákrok – vyňata čočka, šitá rohovka a skléra.

Ve Frýdku zůstala úplně sama, sestra před rokem zemřela, se švagrem se nestýká – obral jí o 100 tisíc korun, už mu nevěří.

Pacientka prošla uzavřeným oddělením, nyní umístěna na psychoterapeutickém oddělení č. 13, v léčbě v rámci oddělení zatím spolupracuje.

Sociální prognóza:

Prognóza nedobrá, pacientka je zcela bez rodinného zázemí, bez jakýchkoliv sociálních kontaktů, po ukončení hospitalizace vysazuje léky a s psychiatrickou ambulancí spolupracuje pouze nepravidelně, zcela bez náhledu. Nechce navštěvovat žádné sociální služby pro duševně nemocné, celý den prosedí v nečinnosti doma, čímž dochází postupně ke zhoršování zdravotního stavu a opětovným hospitalizacím.

4.3.4 Kazuistika č. 4

Osobní anamnéza:

Žena 37 let, národnost česká, rozvedená, 1 syn.

Rodinná anamnéza:

Otec starobní důchodce.

Matka starobní důchodkyně.

Syn 16 let, student.

Zdravotní anamnéza:

Diagnóza: Paranoidní schizofrenie

Porod a raný vývoj normální, somaticky vážněji neléčena, operována nebyla, alkohol příležitostně, drogy nikdy neužívala.

Sociální anamnéza:

Pacientka bydlí s 16letým synem, s rodiči si moc nerozumí – vídají se sporadicky. Asi půl roku žila s přítelem – bývalým pacientem z léčebny, rozešli se. Vyučena prodavačkou, 6 let nezaměstnaná, vedena na úřadu práce, pobírá dávky hmotné nouze a dávky státní sociální podpory. Posudkovou komisí OSSZ Opava byla uznána invalidní – ID/I, ale pro nesplnění podmínek – potřebné doby pojištění nebyl důchod přiznán.

Popis případu:

Pacientka byla v léčebně hospitalizována celkem 12krát.

1. pobyt: 12. 11. 2007 – 19. 12. 2007 – přivezena sanitkou přímo ze sociálního odboru v místě bydliště, chovala se nepřiléhavě, zmateně. Ventilovala svou bludnou produkci – je světovou princeznou, má řídit a zachránit celý svět...., v bytě má kamery a mikrofony.

Pacientka přijata na uzavřené oddělení, neustále se dožaduje propuštění, je zdravá a léčit se nepotřebuje.

S odborem sociálně právní ochrany dětí v místě bydliště řešena situace pacientky – o 11letého syna se budou během hospitalizace starat rodiče pacientky. Rodiče se telefonicky kontaktovali – pozváni do léčebny k pohovoru, situaci pacientky zlehčují, vztahy chladné, nemocná v nich nebude mít příliš velkou oporu.

V tomto pobytu vedena ještě s diagnózou Akutní polymorfní psychotická porucha, od druhého pobytu již předdiagnostikováno na Paranoidní schizofrenii.

Po 5 týdnech pacientka ve zlepšeném stavu propuštěna, slibuje spolupráci s psychiatrickou ambulancí. Zajištěn dohled odboru sociálně právní ochrany dětí nad péčí o syna. Budou vypomáhat i rodiče pacientky.

2. pobyt: 18. 2. 2009 – 1. 4. 2009 – do léčebny dopravena policií, přišla k nim žádat o ochranu, cítí se ohrožena. Snažila se utéct z auta – nechce být přijata do léčebny.

Na sociálním odboru ověřováno, zda je zajištěna péče o syna – starají se rodiče pacientky. Je evidována na úřadu práce, dávky hmotné nouze nemá nyní vyřízeny, nedoložila potřebné doklady. V tomto pobytu podána žádost o invalidní důchod.

Ve stabilizovaném stavu propuštěna domů

3. pobyt: 3. 11. 2009 – 6. 12. 2009 – okolnosti přijetí obdobné jako v předchozích pobytech, ztratila klíče od bytu, cítí se ohrožená, šla to hlásit na policii, s psychiatrickou ambulancí nespolupracuje.

S péčí o syna vypomáhají rodiče. Pacientka stále v evidenci úřadu práce, pobírá dávky hmotné nouze, posudkovou komisí byla uznána ID/I – bez nároku na výplatu, nesplnila potřebnou dobu pojištění. Po měsíci z léčebny propuštěna v doprovodu rodičů. Odbor sociálně právní ochrany dětí vykonává dohled v rodině pacientky.

V rozmezí let 2010 – 2012 evidujeme celkem dalších 9 hospitalizací v psychiatrické léčebně, probíhají v obdobném scénáři jako výše uvedené 3 pobyty.

Pacientka je nekritická ke svému onemocnění, v domácích podmínkách selhává. Dle sdělení matky pacientka přestává po nějaké době doma vždy užívat léky – stěžuje si, že ji z nich bolí žaludek. Ošetřujícím lékařem vysvětlována možnost depotních injekcí – pacientka odmítá, na injekce chodit nebude.

12. pobyt 2. 5. 2012 – dosud – přijata opět po necelých 2 měsících ve zhoršeném stavu, nyní na přijímacím uzavřeném oddělení. Je neklidná, nespolupracuje, odmítá komunikovat. Stále vedena na úřadu práce, zajištěna dávkami hmotné nouze.

Sociální prognóza:

Prognóza není příznivá, pacientka velmi nepravidelně spolupracuje s psychiatrickou ambulancí – dochází, až když je nejhůř. Léky vždy po určité době vysazuje, depotní injekce nechce. Rodiče vypomáhají s výchovou a péčí o syna, pacientku ale příliš nepodporují k jakékoliv změně. Je bez širších sociálních kontaktů, nemá žádné známé a kamarádky.

Byla několikrát poučena o možnosti navštěvovat aktivity organizované občanskými sdruženími v Opavě nebo Ostravě, nemá o nic zájem, nezvládla by to ani finančně – dojíždění

do zmíněných zařízení. Nabízena pomoc při zajištění pracovního místa v chráněných dílnách – odmítá.

4.3.5 Kazuistika č. 5

Osobní anamnéza:

Žena 49 let, národnost česká, rozvedená, 2 synové.

Rodinná anamnéza:

Otec důchodce, nestýkají se.

Matka zemřela.

Bratr 51 let, řidič, opatrovník pacientky.

Syn 29 let, dělník.

Syn 25 let, student.

Zdravotní anamnéza:

Diagnóza: Porucha s bludy

Porod a raný vývoj v normě, v dětství a dospívání bez vážnějších somatických onemocnění, nyní se léčí s hypertenzí, 1/2009 - stav po krvácení do mozku, 5/2005 – gynekologická operace. Alkohol nepije, nekouří.

Sociální anamnéza:

Bydlí na ubytovně, o byt přišla v souvislosti s duševním onemocněním – neplatila nájem. Oba synové byli po rozvodu svěřeni do péče svého otce, s pacientkou se stýkají. Vyučena prodavačkou, pracovala v oboru, nyní je zajištěna invalidním důchodem.

Popis případu:

Pacientka byla v Psychiatrické léčebně hospitalizována celkem 5krát.

1. pobyt: 1. 3. 1999 – 25. 6. 1999 – odeslána obvodním lékařem pro rozvoj psychotického onemocnění, onemocnění se vyvíjelo plíživě asi 2 roky. Sama cítí, že se s ní něco děje, nevydrží mezi lidmi, má tělesné potíže – jakoby ji někdo znásilňoval. Při přijetí stažená,

úzkostná, přiznává pocity ovlivňování. Bydlí na ubytovně, před 5 lety se s ní manžel rozvedl, synové svěřeni do jeho péče. Evidována na úřadu práce, pobírá sociální dávky.

Během hospitalizace podána žádost o invalidní důchod. Propuštěna ve stabilizovaném stavu v doprovodu známé, bydlet bude na ubytovně.

2. pobyt: 13. 1. 2003 – 31. 3. 2003 – dostavila se do psychiatrické ambulance – léky jí nedělají dobře, je ji po nich špatně, proto je vysadila. Cítí se sledovaná, baví se o ní v rádiu i televizi.

Stále bydlí na ubytovně, od roku 1999 přiznán invalidní důchod. Má finanční problémy, po zaplacení nájmu a dluhů na výživném na syny jí zůstává pouze 1000,- na měsíc. Již si domlouvala splácení v nižších částkách.

Během pobytu zlepšena, přeložena na otevřené psychoterapeutické oddělení. Je samotářská, kontakt s ostatními sama nevyhledává, má problémy s komunikací. Postupně se zapojuje do aktivit, před propuštěním předány kontakty na Mens Sanu Ostrava a Domeček duševního zdraví Ostrava. Doporučena práce v chráněných dílnách, dostane se mezi lidi a finančně si vypomůže.

3. pobyt: 13. 4. 2003 – 13. 8. 2003 – do psychiatrické ambulance nedocházela, léky nebrala, bohatá psychotická produkce – je napojena na sdělovací prostředky, v hlavě má štenici. Po zklidnění na přijímacím oddělení přeložena na stanici s psychoterapeutickým programem. Před propuštěním domlouvány aktivity v Občanském sdružení Anima Ostrava.

4. pobyt: 28. 4. 2009 – 14. 10. 2009 – odeslána z léčebny dlouhodobě nemocných – 2měsíční pobyt po mozkovém krvácení. Na oddělení smutná, bez nálady, nechce nic řešit. Léky doma nebrala vůbec, s psychiatrickou ambulancí nespolupracovala.

Z ČSSZ Praha vyžádán invalidní důchod, 4 měsíce si ho nevyzvedávala. Sdělení sociální pracovnice Občanského sdružení Fokus – pacientka bydlela v jejich chráněném bydlení – před nástupem do LDN již samostatné bydlení nezvládala, sociálně selhávající.

Podána žádost o umístění do Domova se zvláštním režimem v Ostravě. Pracovníci Fokusu nakonec přislíbilo, že s pacientkou podepíší nájemní smlouvu alespoň do doby, než se uvolní místo v domově. Dohodnuta zkušební dovolenka v chráněném bydlení, pacientka však svůj pobyt ukončila předčasně útekem.

5. pobyt: 21. 10. 2009 – 7. 4. 2011 – přijata opět po týdnu od propuštění, chtěla si všechno zajistit sama, jela za bratrem – nezastihla ho. Přivezena policií – dráždivá, neklidná, dezorientována, odmítá veškerou medikaci, chce být propuštěna.

Během dlouhodobého pobytu podán podnět ke změně způsobilosti k právním úkonům, opatrovníkem ustanoven bratr pacientky.

Odeslány další žádosti o umístění do domovů se zvláštním režimem, pacientka byla zařazena do pořadníku čekatelů na umístění – přijetí do domova bylo pravidelně opatrovníkem i sociální pracovníci PL urgováno. V dubnu 2011 nás kontaktovali z Domova Slunovrat v Ostravě, že se jim uvolnilo místo, pacientku přijmou. Dne 7. 4. 2011 byla v doprovodu bratra – opatrovníka převezena do uvedeného zařízení.

Sociální prognóza:

Prognóza je optimistická, pacientka má zajištěno bydlení, je pod dohledem ošetřujícího personálu – pravidelně užívá léky, je v kontaktu s ostatními spoluobyteli domova, nabídka denního programu a volnočasových aktivit, výletů, kulturních akcí. Sociální záležitosti spravuje opatrovník.

4.3.6 Kazuistika č. 6

Osobní anamnéza:

Žena 30 let, národnost česká, svobodná, 1 dcera.

Rodinná anamnéza:

Otec 56 let, opravář bot.

Matka 52 let, prodavačka.

Sestra 27 let, sekretářka.

Dcera 6 let.

Zdravotní anamnéza:

Diagnóza: Schizoafektivní porucha, manický typ

Vývoj v dětství normální, ve 13 letech otřes mozku, somaticky vážněji neléčena, užívání alkoholu a drog popírá.

Sociální anamnéza:

Pacientka bydlí s 6letou dcerou u svých rodičů, má bytovou jednotku v 1. patře rodinného domku, rodiče bydlí v přízemí.

Vystudovala učební obor sklář, v oboru nepracovala, byla zaměstnána jako dělnice, nyní pobírá ID/III.

Popis případu:

Pacientka byla v Psychiatrické léčebně v Opavě hospitalizována celkem 7krát.

1. pobyt: 26. 9. 1997 – 12. 11. 1997 – do léčebny odeslána z dětského oddělení spádové nemocnice pro nespavost, několikadenní odmítání jídla a nepřiléhavou komunikaci. Přijata na dětské oddělení Psychiatrické léčebny Opava ve svých 15 letech. Zpočátku byla zmatená a úzkostná, postupně během léčby zklidněna, ve zlepšeném stavu byla předčasně propuštěna na žádost rodičů. V prvním pobytu pacientka vedena ještě s diagnózou Akutní schizoformní porucha.

2. pobyt: 10. 11. 1999 – 22. 12. 1999 – byla pravidelně sledována v psychiatrické ambulanci, léky téměř celou dobu užívala. Několik hypomanických stavů zvládnuto ambulantně, nyní aktuálně přijata pro odmítání medikace, tento pobyt ještě absolvovala na dětském oddělení. Od této hospitalizace již vedena jako Schizoafektivní porucha, manický typ. Na oddělení hovorná, naléhavá, hlučná, postupně se stav stabilizoval, zapojena do školy – individuální výuky. Aktivně se zapojovala do aktivit a režimu oddělení, spolupráce lepší než v předchozím pobytu. Propuštěna ve stabilizovaném stavu v doprovodu rodičů.

3. pobyt: 8. 8. 2003 – 9. 10. 2003 – na kontroly docházela pravidelně, užívala doporučenou medikaci. Zpočátku dohled rodičů nad užíváním terapie, poté postupně v tomto ohledu samostatná, v červnu 2003 léky svévolně vysadila. Došlo ke zhoršení stavu, objevily se pocity únavy a nespavost. V sebevražedném úmyslu snědla 2 balení léků, ošetřena na interním oddělení spádové nemocnice a odeslána do léčebny. Od ledna 2003 začala pracovat jako dělnice, práci zvládala. Zpočátku hospitalizována na uzavřeném přijímacím oddělení, po stabilizaci stavu přeložena na psychoterapeutické oddělení, kde byla aktivně zapojena do nabízeného programu.

4. pobyt: 31. 5. 2004 – 2. 7. 2004 – do léčebny přijata k vyšetření pracovních schopností a k rekondičnímu pobytu. Nemocná v pracovním poměru selhává, je nutno řešit otázku jejího dalšího zaměstnávání. Pacientka prošla psychologickým vyšetřením, které prokázalo, že její pracovní kapacita je do značné míry omezena. V tomto pobytu podána žádost o invalidní důchod, na OSSZ odeslána zjišťovací lékařská prohlídka.

5. pobyt: 18. 1. 2006 – 15. 2. 2006 – přeložena z Psychiatrické léčebny Kroměříž k doléčení. Bydlí stále u rodičů, je svobodná, nedávno se rozešla s přítelem. Je zajištěna ID/II, nepracuje, vedena na úřadu práce. V létě 2005 si vysadila léky, měla pocit, že už je nepotřebuje. S přítelem pak cestovali po republice, spali pod stanem. Po nějaké době začala být zvýšeně aktivní, hlučná a mnohmluvná, od listopadu se rodiče snažili pacientku přimět k nástupu do léčebny. Během hospitalizace v PL Kroměříž zjištěna gravidita pacientky, v době překladu do opavské léčebny byla pacientka asi ve 23. týdnu těhotenství. Před propuštěním podána žádost o ID/III, bylo provedeno kontrolní psychologické vyšetření, které potvrdilo sníženou pracovní schopnost. Vzhledem k opakovaným obavám pacientky, zda bude dostatečně zvládat péči o dítě, jí byly předány kontakty na několik Domovů pro matku a dítě. Byla poučena, že tato zařízení poskytují služby matkám s dětmi i těhotným matkám a to až do doby věku 4 let dítěte. Pacientka zvažovala možnost odstěhovat se od rodičů z důvodů jejich vzájemných občasných neshod. Ale zvažovala i eventualitu nabídnutí dítěte k adopci. Na toto téma vedla několik rozhovorů s psychologem oddělení v rámci individuální psychoterapie. Z léčebny odcházela v doprovodu rodičů, pochvalovala si, že se cítí zklidněna a je jí dobře.

6. pobyt: 24. 5. 2006 – 7. 6. 2006 – do léčebny přeložena z porodnického oddělení spádové nemocnice, dne 19. 5. 2006 porodila dceru, porod proběhl bez komplikací. Při vyšetření popisovala výčitky a obavy, zda zvládne péči o dceru a zda udělala správně, že si dítě ponechala. Během pobytu zastavována laktace pacientky. V doprovodu rodičů navštěvovala dceru v Kojeneckém ústavu v Opavě. Psychický stav pacientky se velice rychle upravoval, před ukončením hospitalizace byl v kojeneckém ústavu domluven krátkodobý pobyt k nácviu péče o dceru. V květnu 2006 pacientka obdržela rozhodnutí ČSSZ Praha o přiznání plného invalidního důchodu a zároveň byla zajištěna peněžitou pomocí v mateřství.

7. pobyt: 18. 6. 2007 – 29. 8. 2007 – přijetí k ústavní léčbě telefonicky domlouvali rodiče pacientky – pacientka nějakou dobu špatně spí, začíná být zvýšeně aktivní a mnohmluvná. Při pohovoru s lékařem byla hlučná, dráždivá a vulgární. Péči o dítě po dobu hospitalizace zajišťovali rodiče pacientky, nemocná bydlí u nich v rodinném domku, s dcerou jí vypomáhají. Závažnější konflikty mezi sebou nemají. Pacientka se snaží spolupracovat, terapii užívá. Po několika týdnech byla v doprovodu rodičů propuštěna ve stabilizovaném stavu domů.

Nemocná posledních 5 let poctivě spolupracuje s psychiatrickou ambulancí, a protože dojíždí k ambulantnímu psychiatrovi do opavské léčebny, máme o ní aktuální informace. Bydlí u svých rodičů, péči o dítě dobře zvládá s jejich pomocí. Je stále svobodná, má přítele. Je

zajištěna invalidním důchodem a před 3 měsíci se jí podařilo najít práci. Nedávno nám telefonicky sdělila, že je v práci velmi spokojená a daří se jí. Psychicky se cítí velmi dobře, je ráda, že má podporu rodičů a její malá dcera je pro ni motivací „proč spolupracovat“. Našla si známé a kamarádky v občanském sdružení pro duševně nemocné, má možnost si předávat informace a pocity ohledně své nemoci. Dodává jí to odvahu a ví, že není jediná, která musí s touto nemocí bojovat. Je spokojená, že se jí to daří.

Sociální prognóza:

Prognóza je velmi dobrá. Myslím, že vzhledem k výše uvedenému, již není nutné více dokládat. Mají z ní radost její rodiče i ambulantní psychiatr.

4.3.7 Kazuistika č. 7

Osobní anamnéza:

Žena 62 let, národnost česká, vdova.

Rodinná anamnéza:

Rodiče již nežijí.

Syn 40 let, automechanik, ženatý, 2 děti

Dcera 38 let, zdravotní sestra, vdaná, 2 děti

Matka byla psychiatricky léčena.

Zdravotní anamnéza:

Diagnóza: Schizoafektivní porucha, smíšený typ

Léčí se pro vysoký krevní tlak, jiné somatické nemoci popírá, v minulosti závislost na alkoholu, nyní abstínuje.

Sociální anamnéza:

Bydlí sama ve dvoupokojovém bytě, syn bydlí v sousedství, vystudovala zdravotní školu, několik let pracovala v oboru, pobírá invalidní důchod ID/III, s penězi vychází.

Popis případu:

Pacientka byla v Psychiatrické léčebně v Opavě hospitalizována celkem 28krát.

1. pobyt: 20. 2. 1978 – 3. 4. 1978 – odeslána z psychiatrické ambulance s diagnózou mánie a popisem hyperaktivního chování, při vyšetření je mnohomluvná, zpívá si, vykládá vtipy, má spoustu myšlenek v hlavě, v noci nespí – nemá potřebu spánku. Pracuje v léčebně dlouhodobě nemocných jako zdravotní sestra, syn 9 let, dcera 3 roky, péči o děti zvládá s pomocí manžela. Během hospitalizace stav zlepšen, pacientka zklidněna, po 42 dnech pobytu propuštěna domů. Následovalo množství dalších pobytů s popisem manické a depresivní fáze. Ve 22. a 23. pobytu uveden v diagnóze i Syndrom alkoholové závislosti, v dalších pobytech již uvádí, že abstínuje.

24. pobyt: 6. 6. 2011 – 22. 7. 2011 – pacientka přivezena synem do léčebny v důsledku akutního zhoršení stavu, při vyšetření mnohomluvná, hůře usměrnitelná. Syn sděluje, že matka přestává zvládat sebeobsahu a péči o domácnost, začíná sociálně selhávat. Po 6 týdnech pobytu je duševní stav pacientky stabilizován, propuštěna v doprovodu syna. Ten slibuje, že zajistí dohled a podporu matky.

25. pobyt: 26. 10. 2011 – 1. 2. 2011 – nemocná přivezena synem, doma byla vystrašená, depresivní, něčeho se bála. Na kontroly do psychiatrické ambulance dochází, léky ale vynechává, neužívá pravidelně. Žije sama, s dětmi je v kontaktu. Dle jejich informací neustále sedí doma, není v kontaktu s ostatními lidmi, odmítá cokoli měnit. Postupně se stává nesoběstačnou, děti se snaží vypomáhat, zvažují podání žádosti do domova pro seniory. Rodinným příslušníkům předány informace ohledně zařízení, které poskytují sociální služby pro seniory. Vysvětleny možnosti – podání žádosti do domovů se zvláštním režimem, do doby umístění zajistit v místě bydliště pečovatelskou službu popřípadě denní stacionář. Záležitost probírána i s pacientkou, striktně odmítá, do žádného domova nepůjde, má svůj byt a vše zvládá. Po tříměsíčním pobytu odchází v doprovodu syna domů. Předán kontakt na pečovatelskou službu pro případ, že by pacientka souhlasila se zajištěním těchto služeb v místě bydliště - s možností donášky obědů, výpomoci při hygieně a úklidu.

26. pobyt: 1. 1. 2012 – 3. 2. 2012 – nemocná opět přivezena synem pro zhoršení duševního stavu, doma měla pocity ohrožení a pronásledování. Zamkla se v bytě a nechtěla nikoho pouštět dovnitř, zabarikádovala si vchod do bytu. Při přijetí do léčebny byla neklidná a úzkostná, doma neužívala léky, syn našel v šuplíku větší množství léků - schovávala si je. Popírala, že by je chtěla užít v sebevražedném úmyslu.

Během hospitalizace byly se synem a dcerou opakovaně probírány otázky dalšího fungování pacientky. Příbuzní sami vidí, že situace nemocné se postupně zhoršuje, intervaly mezi jednotlivými pobyty v léčebně se zkracují. Syn i dcera jsou zaměstnaní a nejsou schopni zajistit celodenní dohled a péči. Pacientka svůj názor na umístění do domova pro seniory nezměnila. Žádost byla sepsána a spolu s lékařským vyjádřením byla předána synovi. Pokusí se matce i nadále vysvětlovat nutnost podání žádosti do domova pro seniory a po podepsání předá do příslušného zařízení.

27. pobyt: 1. 3. 2012 – 6. 4. 2012 – odeslána z psychiatrické ambulance, stav se snažili zvládnout v domácích podmínkách navýšením terapie, ale již se nepodařilo, důvody přijetí jsou obdobné jako v předchozích hospitalizacích. Byla slovně agresivní na syna i sousedy. Přiznává, že léky nebrala pravidelně, syn ji léky chystá do dávkovače, ale přesto je zapomíná užívat. Ke konci pobytu zklidněna, sama občas uvádí obavy z budoucnosti. Neví, kdo se o ni postará, některé věci již nezvládá. Před propuštěním souhlasila s podáním žádosti do domova, žádost odeslána do Domova pro seniory ve Vítkově – domov se zvláštním režimem pro duševně nemocné. Příbuzní byli poučeni, aby podali žádost o příspěvek na péči a očekávali sociální pracovníci, která provede v místě bydliště pacientky sociální šetření.

28. pobyt: 8. 5. 2012 – dosud – pacientka je aktuálně hospitalizována v opavské léčebně, dopravena synem měsíc po posledním propuštění. Volala synovi, že se necítí dobře, opět zhoršování stavu, depresivní. Žádost o umístění do domova pro seniory byla podána.

Sociální prognóza:

Prognóza je oproti minulému pobytu o něco příznivější, nemocná již souhlasí s umístěním do zařízení sociálních služeb, žádost byla podána a je zařazena do pořadníku čekatelů na umístění. Čekací doba na tato zařízení je neúměrně dlouhá, syn má přislíbeno umístění do jednoho roku, bude pravidelně urgovat. V domově pro seniory bude nemocná zajištěna, bude mít pravidelné kontroly ošetřujících lékařů a dohled nad užíváním léků. Příznivě budou působit kontakty s ostatními obyvateli, nastavený režim domova, nabízené aktivity a kulturní akce.

4.4 Nabídka následné péče pro duševně nemocné

V opavském regionu je poměrně bohatá nabídka následné péče pro duševně nemocné.

Občanské sdružení Anima Viva nabízí služby sociální poradny, dále 2x týdně program sociální rehabilitace v tréninkové kavárně, vzdělávací a aktivizační činnosti, pořádá besedy a přednášky pro nemocné, jejich rodiče i příbuzné (www.animaviva.cz , 2012).

Občanské sdružení Fokus podporuje nemocné v oblasti samostatného chráněného bydlení, sociální rehabilitace a v oblasti pracovních míst v chráněných dílnách (www.fokusopava.skolanawebu.cz , 2012).

Občanské sdružení Ekipa zajišťuje chráněné bydlení pro mnohé klienty opavské léčebny v programu Maják, zároveň nabízí možnost sociální rehabilitace (www.ekipa.cz , 2012).

Psychiatrická léčebna dlouhodobě spolupracuje s **Občanským sdružením Integra** v oblasti nabídky chráněného bydlení v sociálních bytech, nemocní do prostor občanského sdružení docházejí na filmový klub, účastní se kulturních a sportovních akcí (www.integra-opava.cz , 2012).

Široký okruh následných služeb pro zmíněnou cílovou skupinu nabízí i **oblast Ostravy. Dům duševního zdraví** pořádá 3týdenní intenzivní skupinovou psychoterapii pro duševně nemocné, dále program komplexní psychiatrické rehabilitace a skupinových setkávání, nácvik komunikačních dovedností a kognitivních funkcí, nácvik soběstačnosti – praní, žehlení, úklid. Nemocní se účastní kulturních a sportovních akcí, programu PRELAPS, ve kterém jsou společně s příbuznými a známými edukováni o duševní nemoci (www.ddz.cz , 2012).

Mens Sana je organizací, která poskytuje již dlouhodobou podporu lidem s duševním onemocněním ve sféře sociálního poradenství, podporovaného a chráněného bydlení, terénních služeb. Pro klienty jsou přínosné různé vzdělávací programy, skupinová terapie, arteterapie a muzikoterapie, tvůrčí a pohybové programy (www.menssana.cz , 2012).

Další nabídka následné péče je uvedena v příloze bakalářské práce.

4.5 Doporučení pro praxi

Na základě provedeného výzkumného šetření, teoretických poznatků, praktických zkušeností z práce s psychoticky nemocnými a uvedených 7 kazuistik jsem vypracovala následující doporučení pro praxi. Myslím, že plnění těchto doporučení ze strany nemocného dokáže do značné míry pozitivním způsobem ovlivňovat jejich další fungování a zlepšit tak i kvalitu jejich života. Mezi tato doporučení řadím:

- pravidelnou spolupráci s psychiatrickou ambulancí

- pravidelné užívání předepsané terapie
- podpora ze strany rodinných příslušníků
- udržování sociálních kontaktů
- zapojení se do následné péče a návštěv programů občanských sdružení
- udržení kvalitního vztahu pacienta a pomáhajícího pracovníka

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo seznámení veřejnosti s problematikou psychoticky nemocných a s řešením jejich sociální problematiky. Cíle práce byly ověřeny a splněny. Z uvedených teoretických poznatků, praktických zkušeností a vlastního šetření vyplývá, že ke zvládnutí akutního rozvoje nemoci a poté i k udržení kvalitní remise je nezbytná především včasná léčba, pomoc a individuální přístup pracovníků multidisciplinárního týmu, zapojení do psychoterapeutického programu a rehabilitačních aktivit během hospitalizace. Dalším důležitým navazujícím krokem je nasměrování nemocného do systému následné péče a předání kontaktů na sociální pracovníky v terénu a na nestátní organizace a zařízení poskytující pomoc a podporu duševně nemocným. Jde především o navazování nových a udržování stávajících sociálních kontaktů. V případě, že nemocný zůstává osamocen a izolován pouze ve svém domácím prostředí, nemá důležité podněty a kontakty, je pouze otázkou času, kdy se ocitne opětovně v bludném kruhu své nemoci. Proto je nezastupitelná podpora rodinných příslušníků a kvalitní rodinné zázemí. Tam, kde rodina chybí nebo odmítá spolupracovat, je vhodné doprovodit duševně nemocného ještě v době hospitalizace do některého z občanských sdružení a navázat co nejdříve spolupráci. Seznámit ho s možnostmi chráněného bydlení a zaměstnávání v chráněných dílnách v daném regionu. Již v době ústavního pobytu jsou nemocný i jeho příbuzní informováni o nutnosti pravidelné spolupráce s psychiatrickou ambulancí a dlouhodobého – několikaletého užívání předepsané medikace. Zmíněné metody a postupy napomáhají integrovat duševně nemocného zpět do společnosti a tím zlepšovat kvalitu jeho života.

Jedním z cílů Národního psychiatrického programu 2007 je také bojovat proti stigmatizaci onemocnění. Odborníci dokonce uvádějí, že úkolem psychiatrie 21. století je schizofrenii přejmenovat. Už název tohoto onemocnění budí mezi širokou veřejností přinejmenším rozpaky a obavy. Například v Japonsku změnili název této nemoci již před několika lety za méně stigmatizující název – poruchu integrace. Zůstává pravdou, že duševně nemocných se laická veřejnost bojí, někdy v důsledku nedostatku informací o duševním onemocnění a někdy i v důsledku negativní zkušenosti s agresivním duševně nemocným člověkem. Případy těchto nestabilizovaných pacientů ve většině případů souvisí právě s jejich nespoluprací a nekritickým postojem ke svému onemocnění. Z léčebny odcházejí v komponovaném stavu, doma se pak necítí nemocní a vysazují doporučenou terapii. Pomoc nevyhledávají sami a bývají do léčebny dopraveni záchrannou službou nebo Policií ČR. Dopad psychózy na život nemocných je obrovský a stejně tak zátěž, která se přenáší na rodinné

příslušníky a jejich známé. Proto je snahou pracovníků pomáhajících profesí opakovaně se snažit „vtáhnout“ tyto nespolupracující nemocné do procesu léčby a přimět je ke spolupráci. Ne vždy se to podaří, ale i malý pokrok nebo úspěch těchto nemocných je pak i našim úspěchem.

SOUHRN

Bakalářská práce se zabývá teoretickými poznatky o psychózách, popisuje jejich příznaky, průběh a léčbu. Uvádí potřebné terapeutické a rehabilitační postupy, vztah mezi sociálním pracovníkem a pacientem, jednotlivé metody a postupy práce sociální pracovnice a opodstatněnost další následné péče o tuto cílovou skupinu. Praktická část obsahuje vlastní šetření a případy 7 kazuistik, které dokládají, že pro udržení kvalitní remise je důležitá spolupráce nemocného s psychiatrickou ambulancí, pravidelné užívání doporučené terapie, podpora rodinných příslušníků a známých, udržování sociálních kontaktů, zaměstnávání v chráněných dílnách, návštěva programů občanských sdružení, specializujících se na poskytování sociálních služeb duševně nemocných – to znamená zapojení se do již zmíněné následné péče. Tyto uvedené postupy směřují ke zkvalitnění života duševně nemocných lidí.

SUMMARY

This thesis deals with theoretical knowledge of the psychoses, describes their symptoms, course and treatment. Features needed therapeutic and rehabilitative procedures, the relationship between social worker and the patient, the individual methods and social work staff and merits further follow-up care for this target group. The practical part contains its own investigations and cases of seven case studies that demonstrate that quality to maintain remission is important to cooperate with the patient's psychiatric clinic, regular use of recommended therapies, support for family members and friends, maintaining social contacts, employment in sheltered workshops, visiting programs, civic associations , specializing in providing social services, mental illness - that is engaging in the aforementioned follow-up care. The following procedures are intended to improve the quality of life of mentally ill people.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L.; ŠPANIEL, F. *Schizofrenie*. Praha: Mladá fronta a.s. 2011. ISBN 978-80-204-2494-5.
2. BAUDIŠ, P.; LIBIGER, J. *Psychiatrie a etika..* Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-104-1.
3. DOUBEK, P.; PRAŠKO, J.; HONS, J. a kol. *Psychóza v životě*. Praha: Maxdorf s.r.o. 2010. ISBN 978-80-7345-231-5.
4. DRAGOMIRECKÁ, E.; PALČOVÁ, A.; PAPEŽOVÁ, H. *Sociální psychiatrie v čase změn..* Praha: Psychiatrické centrum, 2000. ISBN 80-85121-08-5.
5. DUŠEK, K.; VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch..* Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6.
6. HRDLÍČKA, M. *Elektrokonvulzivní terapie*. Praha: Galén, 1999. ISBN 80-7262-004-5.
7. KALINA, K. *Jak žít s psychózou?* Praha: Avicenum, 1987. 08-080-87.
8. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-122-0.
9. LIBIGER, J.; HÖSCHL, C.; ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. Praha: Tigis, spol. s r.o. 2002. ISBN 80-900130-1-5.
10. MAHROVÁ, G.; VENGLÁŘOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada a.s. 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.
11. MALÁ, E.; PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.
12. MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8.
13. MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. 80-7367-002-X.
14. MOTLOVÁ, L.; KOUKOLÍK, F. *Schizofrenie*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-277-3.
15. PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. *Psychózy, psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.
16. PRAŠKO, J.; LÁTALOVÁ, K.; TICHÁČKOVÁ, A. a kol. *Klinická psychiatrie*. Praha: Tigis, 2011. ISBN 978-80-87323-00-7.
17. RABOCH, J.; ZVOLSKÝ, P. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-140-8.
18. RAHN, E.; MAHNKOPF, A. *Psychiatrie*. Praha: Grada , 2000. ISBN 80-7169-964-0.

19. STROSSOVÁ, I. *Skupinová psychoterapie psychotiků v praxi*. Praha: Tiskařské závody, 1984. ÚVTEI 73142. VÚPS č. 71.
20. SYŘIŠŤOVÁ, E. *Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžším somatickým postižením*. Praha: Avicenum, 1989. 08-052-89.
21. ŠVAŘÍČEK, R.; ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
22. www.animaviva.cz [online]. [cit. 2012]. Dostupné z: <http://www.animaviva.cz>
23. www.ddz.cz [online]. [cit. 2012]. Dostupné z: <http://www.ddz.cz>
24. www.ekipa.cz [online]. [cit. 2012]. Dostupné z: <http://www.ekipa.cz>
25. www.fokusopava.skolanawebu.cz [online]. [cit. 2012]. Dostupné z: <http://www.fokusopava.skolanawebu.cz>
26. www.integra-opava.cz [online]. [cit. 2012]. Dostupné z: <http://www.integra-opava.cz>
27. www.menssana.cz [online]. [cit. 2012]. Dostupné z: <http://www.menssana.cz>
28. www.plopava.cz [online]. [cit. 2012]. Dostupné z: <http://www.plopava.cz>
29. www.psychiatrie.cz [online]. [cit. 2012]. Dostupné z: <http://www.psychiatrie.cz>
30. ČESKO. Zákon číslo 108/2006 o sociálních službách.

SEZNAM CIZÍCH SLOV

abulie	ztráta vůle a iniciativy
adolescence	dospívání
acetylcholin	látka přenášející vzruchy v nervové soustavě, neurotransmitter
agitovanost	neklid a zvýšená motorická aktivita v důsledku silného vzrušení
afazie	porucha tvorby a porozumění řeči
alogie	ochuzení řeči
ambivalence	současná existence protichůdných pocitů
anticholinergika	skupina látek blokujících účinek acetylcholinu
astenická	slabá – štíhlá postava
autoakuzační	sebeobviňující
bludy dimorfické	zaměření na předpokládanou tělesnou deformitu, zohyzdění
bludy erotomanické	bludy, při kterých je nemocný přesvědčen, že je milován významnou postavou
bludy inventorní	bludy vynálezecké
bludy kverulantské	nemocný se snaží domáhat svých domnělých představ soudní cestou
bludy perzekuční	nemocný se cítí pronásledován, odposloucháván
dekompenzace	zhoršení
dementia praecox	předčasná demence, původní označení schizofrenie
depotní injekce	injekčně podávaná antipsychotická terapie, působí kontinuálně 2–4 týdny
destigmatizace	odstranění „značkování“ lidí s duševním onemocněním
dopamin	látka hrající důležitou roli v nervovém systému, neurotransmitter
dyskinéze	porucha souhry normálních pohybů
dystonie	porucha tonu napětí, nežádoucí reakce na podávání antipsychotik
elektrokonvulze	léčebná terapie, elektrická stimulace mozku
ergoterapie	metoda léčby a rehabilitace duševně nemocných
expanzivní chování	nálada vyznačující se nadneseností, velikášstvím, vměšováním
extramurální péče	péče vyžádána hospitalizující nemocnicí a provedená v jiném zdravotnickém zařízení
extrapyramidové příznaky	poruchy hybnosti, mohou být navozeny vlivem léků

farmakogenní ztuhlost	poléková ztuhlost
farmakorezistence	„odolnost“ vůči léčbě, terapeuticky neovlivnitelný
fragmentace bludů	rozštěpení bludů
halucinace imperativní	přikazující halucinace
halucinace intrapsychické	pocity vkládání nebo odnímání myšlenek z hlavy
halucinace kinestetické	halucinace pohybové
halucinace taktilní	hmatové halucinace, nemocný cítí dotyky, svědění
halucinace viscerální	falešné vnímání svých útrob či vnitřních orgánů
chlorpromazin	antipsychotikum
chronifikace	zdlouhavé trvání nemoci
inkohERENCE	nesouvislé myšlení, narušení logických, formálních i obsahových vazeb řeči
institucionalizační syndrom	hospitalismus, přizpůsobení se nemocničnímu prostředí
intramurální péče	nemocniční péče
itareps	program prevence relapsu psychotického onemocnění díky rozpoznání časných varovných příznaků
jádrové příznaky	hlavní příznaky nemoci
katatonní stupor	porucha psychomotoriky, vymizení všech aktivních pohybů a spontánních i reaktivních projevů
koedukované oddělení	oddělení pro léčbu psychóz, společné pro muže a ženy
kvalitativní design	plán výzkumu
manýrování	porucha volního jednání, nemocný přidává k běžnému jednání nepřiměřené prvky
myorelaxancia	látky uvolňující křeče
premorbidní osobnost	osobnost, jaká byla před zahájením nemoci
neologizmy	nově utvořená slova, novotvary
neuroleptika	starší název, nyní užívaný výraz antipsychotika
neurotransmitery	chemické látky v mozku, které se účastní přenosu nervového vzruchu mezi neurony
neutropenie	pokles počtu neutrofilů v krvi
nozologická klasifikace	klasifikace nemocí, třídění nemocí
oxygenace	okysličení
oploštělá emotivita	zchudnutí emocí, snížení emocí
paratymie	emoční nepřiléhavost například situaci

parkinsonská hypokineze	zpomalení pohybů, zmenšení rejstříku pohybů
polymorfní poruchy	poruchy s více příznaky zároveň
postpsychotický stav	stav po proběhlé psychotické atace
premorbidní období	období před rozvinutím nemoci, kdy se mohou objevit jemné odchylky
prodromální období	období, kdy se objevují nespecifické příznaky ohlašující poruchu, příznaky jsou již nápadnější
profylaxe recidivy	ochrana před znovuvzplanutím choroby
reedukace	využití metod speciální pedagogiky při úpravě narušených funkcí
relaps	opětovné vzplanutí příznaků nemoci
remise	návrat k původnímu fungování nemocného před vypuknutím nemoci
resocializace	znovuzačlenění do společnosti
reziduum	zbytek
serotonin	chemická látka přirozeně vznikající v mozku, neurotransmitter
sociální stažení	obtížné navazování a udržování sociálních vztahů
stigmatizace	nálepkování
suicidium	sebevražda
tenze	napětí, tlak
tremor	třes

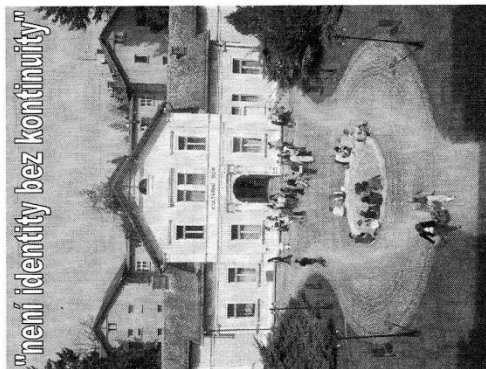
SEZNAM ZKRATEK

CNS	centrální nervová soustava
ČLS	Česká lékařská společnost
ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
ECT	elektrokonvulzivní léčba
HIPPO	informační systém v psychiatrii
ID/III	invalidní důchod třetího stupně
ITAREPS	program prevence relapsu psychózy
JOB CLUB	program při pracovní rehabilitaci
KC	krizové centrum
LSD	halucinogenní látka
LSPP	lékařská služba první pomoci
MOP	sociální dávka, mimořádná okamžitá pomoc
Oddělení OP	oddělení občanských průkazů
OSSZ	Okresní správa sociálního zabezpečení
PL Opava	Psychiatrická léčebna Opava
ÚMOb	Úřad městského obvodu
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1	Komplexní terapie psychóz v praxi z roku 2009
Příloha 2	Nabídka následné péče
Příloha 3	Souhlas ředitele PL Opava se zpracováním kazuistik
Příloha 4	Časopis Posel – občasník vydávaný primariátem H PL Opava

KOMPLEXNÍ TERAPIE PSYCHÓZ V PRAXI



Opavský systém komplexní léčby psychózy (rozvíjí se od r. 1962) zdůrazňuje bio-psycho- sociální pohled

Komplexní péče je komplexní tehdy, jestliže s biologickou léčbou duševních chorob (kterou sledují, rozvíjejí neuropsychiatrické vědy) se souběžně rozvíjí i psychoterapie a sociálně psychiatrická síť s centry (s tréninkem sociálních dovedností, vytvářením životního prostředí, kterému se může člověk s psychiatrickou zkušeností optimálně přizpůsobit).

Opavský systém komplexní léčby psychiatrických poruch se rozvíjí od počátku 60tých let, kdy v r. 1962 vznikají koedukovaná oddělení- první svého druhu v republice, v r. 1963 Klub pacientů, v r. 1972 samostatný primariát pro doléčování a resocializaci psychotiků, v r. 1994 doléčovací ambulance, v r. 1997 práce s rodinou a denní stacionář.

Intenzivně spolupracuje s rodičovskými organizacemi Rovnováha Ostrava, Anima Viva Opava a následnými organizacemi - Charita Opava, MensSana Ostrava, ČSDZ Ostrava, Denní centrum Frýdek Místek, Anima Viva Opava, Fokus Opava, Ester Javorník, Jordán Třinec, Galaxie Karviná atd.

Organizační výbor:

Prim. MUDr. Ivan Drábek, ing. Arnošt Graca, prim. MUDr. Petr Taraba, MUDr. Jan Tatarko, MUDr. Wiesław Galuszka, PhDr. Václav Kunohorský, Mgr. Libor Kundrata, Hana Henzalová, Jana Luzarová, Naděžda Býmová, Jana Kožalová, Eva Klimešová, Ivona Orságová, Ivana Džemlová, Bc. Barbora Klimešová, Gabriela Pokorná, Simona Slaná

14. - 15. května 2009 v Opavě

Psychiatrická léčebna v Opavě ve spolupráci s Psychiatrickou společností ČLS JEP pořádá u příležitosti

120. výročí otevření Psychiatrické léčebny v Opavě

a
50. výročí založení psychodramatické skupiny v PL Opava

PROGRAM KONFERENCE

♦ ČTVRTEK 14. KVĚTNA 2009

9.30 - Slavnostní zahájení

prim. MUDr. Ivan Drábek (ředitel PL v Opavě)
ing. Zbyněk Stanjura (primátor v Opavě)

9.45 hod - Kulturní vystoupení

10.00 - 12.45 hodin – koordinátoři- I. Drábek, Z. Stanjura

1. R. Grumlík (Opava-Kroměříž) – Historie Psychiatrické léčebny v Opavě v období války
2. I. David (Praha) – Historické proměny cílů a forem péče o duševně nemocné
3. K. Nazimek (Polsko - Opole) – Historie spolupráce mezi Psychiatrickou léčebnou v Opavě a nemocnicí pro léčbu nervových a psychických poruch v Braněch
4. J. Foral, M. Lukasová (Brno) – Psychiatrické léčebny na počátku 3. tisíciletí z pohledu ombudsmana - závěry šetření ombudsmana v psychiatrických zařízeních - zanedbáno na PL v Opavě
5. K. Nazimek (Polsko - Opole) - Léčba nervových a psychických poruch v Opolském kraji - vývoj k současnému systému

Polední přestávka – 12.45 – 13.30

13.30 - 15.40 hodin – koordinátoři – P. Augustin, M. Bažantová

6. M. Bažantová (Hradec Králové) - Současné terapie psychóz v Tádžikistánu
7. P. Augustin (Opava) - Péče o neklidné nemocné v rámci Evropského projektu ke vzniku pavilonu pro psychotiky v ÚSP Náš Svět v Praze
8. K. Pavlíková (Ostrava - Opava) - Naroubované psychózy - duální diagnóza
9. T. Szymanská (Hradec Králové) - Depotní antipsychotika v léčbě schizofrenie
10. L. Frankovič (Slovensko-Bojnice) - Léčba psychóz v Bojnicih
11. J. Bažant (Hradec Králové) - Terapie „šitá na míru“ pomocí diagnostiky

VEČÍREK - KULTURNÍ DŮM od 19.00 hodin

♦ PÁTEK 15. KVĚTNA 2009

9.00 - 11.30 hodin – koordinátoři - O. Vinař, J. Sokol

12. J. Sokol (Praha) - Předkové a potomci - mezigenerační vztahy jako závazky, myšlenka „dluhu života“
13. V. Blažek (České Budějovice) - Jak je k jedincům s chováním a la schizofrenie přístupováno v různých a zvláště tradičních společnostech
14. O. Vinař (Praha) - Jazyk klíč ke komplexní léčbě psychóz
15. P. Taraba (Opava) - Duální diagnózy v komplexní léčbě psychóz
16. P. Tesařová, H. Brňáková (Opava) - Spolupráce s psychiatrickou léčebnou a rodící duševně nemocných pacientů

Přestávka – 11.30 – 12.30

12.30 - 14.30 hodin – koordinátoři - A. Staněk, J. Petrenko

17. J. Bartková (Opava) - Proměny opavského socioterapeutického klubu očima terapeuta
18. E. Svobodová, I. Strossová (Opava) - Činnost občanského sdružení Fokus a spolupráce s Psychiatrickou léčebnou v Opavě
19. A. Staněk (Javorník - Zálesí) - Spolupráce s Psychiatrickou léčebnou - chráněné bydlení
20. J. Petrenko (Praha - Koalice pro zdraví) - Pohled patientských organizací na práci v psychiatrických léčebnách
21. J. Sokol (Praha) - Mravy, morálka a etika - co si se svobodou počít

14.45 hodin - závěr konference

Změna programu vyhrazena

(aktualizace k 7.5.2009)

Příloha 2

Občanská sdružení, Rodičovské aktivity, Denní stacionáře

BRUNTÁL

Slezská diakonie-Kofoedova škola,
vzdělávací kurzy, kondiční cvičení, tvůrčí dílna, sociální poradenství,
Bruntál, Kavalcova 7, tel: 554 254 654 bruntal@kofoedovaskola.cz

Středisko Rút

sociální rehabilitace + projekt podporovaného zaměstnávání
Bruntál, Kavalcova 7, tel. 910806223, 736670771

ČESKÝ TĚŠÍN

Středisko slezské diakonie RÚT

sociální rehabilitace v oblasti pracovní, společenské i volnočasové
Český Těšín, Třanovského 1758/10, tel. 558 990 403, 736 509 301

FRÝDEK-MÍSTEK

Denní centrum MAJÁK pro psychicky nemocné

Frýdek-Místek, F. Čejky 450
vedoucí p. Mgr. Vlastimil Petr, 732 463412
provoz v prac.dny od 8.-15.00 hod.
www.fm.charita.cz/dcmajak, dennicentrum.f-m@caritas.cz

Terénní služba ZOOM

Frýdek-Místek, Sadová 604, 4.poschodí- poradenství, doprovod ap.

RÚT – Slezská diakonie

pro osoby se zdravotním postižením poskytuje podporu při získávání
návyků a dovedností pro běžný život
Frýdek-Místek, tř. T.G.Masaryka 1101, tel. 558639463, 737227857,
734369694 www.slezskadiakonie.cz

JAVORNÍK

OS ESTER Zálesí + Javorník

tréninkové a chráněné bydlení pro duševně nemocné
Zálesí 111, Dům Trend - Polská 492, Javorník 790 79
Kontakt p. Abé Staněk, pí. Svobodová - 737 929 078, 584 440 141
ester.zalesi@seznam.cz

KRNOV

Slezská diakonie - Středisko Rút

sociální rehabilitace+ projekt podporovaného zaměstnávání
Hlubčická 18, vedoucí p. Volná-733142404

NINIVE

bezbariérová kavárna a čajovna Dvořákův okruh 21, Krnov,

Bezbariérová kontaktní kancelář Dvořákův okruh 21, Krnov
každou středu: 9.-11.00 hod. telef. kontakt 554 645 027 www.sdk.cz

NOVÝ JIČÍN

Centrum pro zdravotně postižené Moravskoslezského kraje

detaš. prac. Nový Jičín, Sokolovská 617/ 9
poskytuje sociálně- právní poradenství, osobní asistenci a aktivizační
činnosti

kontakt.osoba - p. Hlisnikovská, tel. 556 709 403, středa 9-12,13-17

OPAVA

ANIMAVIVA, o.s:

1. Centrum Anima Opava-Kylešovice,Liptovská21
centrum prac. rehabilitace, volnočasových aktivit, tel. 553034600
2. Sociální poradna - sociální poradenství, pomoc při řešení
problémových situací (bydlení, práce, vzdělávání aj.)
Mgr. Tesařová739404544,- SN Opava (po,stř: 9-15 hod.) Opava-
553766684
3. Klub Kafe Ostrava-Zábřeh Čujkovova ul, 732 781 757
pracovní rehabilitace, po-pá 8.00-14.00 hod.
4. Kafárna Ostrava, U Oblouku 10/501,
chráněné pracoviště, tel. 596 630 692
5. Kavárna Animka – při Centru Anima Opava, Liptovská 21, Opava-
Kylešovice chráněné pracoviště, tel. 553 734 619
www.animaviva.cz, animaopava@seznam.cz

CHARITA Opava

chráněné dílny, chráněné bydlení, občanská poradna, klubové aktivity
Kylešovská 10 – 553 770 124 (kont.os.p. Vilášek, Vichová)
www.charitaopava.cz, chranene.bydleni@charitaopava.cz

FOKUS

Středisko pro osoby s duševním onemocněním, chráněná práce,
sociální rehabilitace, podpora samostatného bydlení, Vávrovická
70/77, 747 07 Opava
následná péče: tel. 553 652 433, terénní tým: 723 457 998,
podporované bydlení: Jateční ul.7 (na 2 roky-cca 3.000/měs)
sídlo Opavská 33, Svobodné Heřmanice
www.fokusopava.cz, fokusopava@seznam.cz

EKIPA, Kylešovská 26, Opava,

chráněné bydlení MAJÁK, sociální rehabilitace MOZAIKA
kontakt: p. Stoklasa, 604 662 555 www.ekipa.cz

Integra, Provaznická 2,Opava

chráněné bydlení, telef.kontakt553650722, 553628125
kontakt: Mgr. Cibulková www.integra-opava.cz

Centrum pro zdravotně postižené MK,

Liptovská 21, 553734109, www.czp-msk.cz
pro zdravotně postižené – osobní asistence, výchovné, vzdělávací a
aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a obstarávání
osobních záležitostí a další

OSTRAVA

MENS SANA – Občanské sdružení

podpora samostatného bydlení, sociální rehabilitace
Ukrajinská 1533/13, Ostrava – Poruba, tel. 596 918 104, 777 034 883
www.menssana.cz, menssana@menssana.cz

Dům DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

Skautská 1081, Ostrava-Poruba, tel. 596 912 009, mobil 737 508 106
www.ddz.cz, ddz@ddz.cz

PAVUČINA

p. Petra Kubínová, 596 912 612, 733681996,
p. Pouchlá, projekt na doručování a propojování zdrav. a sociálních
služeb

MEDART - Kaštanový krámek (chráněné pracoviště, dílny)

Ostrava Svinov, Stanislavského 582/10, email:

info@kastanovykramek.com

kontakt.os. Lenka Niklová 739 670 269; http:

www.kastanovykramek.com

MLÝNEK – Česká společnost pro duševní zdraví

svépomocné setkávání duševně nemocných

Nádražní 196, Ostrava-Přívoz, p. Pientka- zást.737403380, tel. 596
115 427

www.klubmlynek.webnode.cz, klubmlynek@seznam.cz

OSTRAVA- KRIZOVÉ CENTRUM

poskytuje služby psychologické, psychoterapeutické, sociální

Nádražní 196, Ostrava – Přívoz ontakt: Bc.Ďásková, 605528270, tel.:
732 957 193, p. Janošová 596 110 882-5

Nabízí nepřetržité terapeutické služby pro klienty v krizi
(svátky, soboty i neděle), ambulantní, stacionární program,součástí
jsou krizová lůžka. <http://www.kriceos.cz>

CHARITA

Sv. Alexandra,Holvekova 28/651, 718 O-Kunčičky

(ředitelství, chráněné dílny), Jeremenkova 8, O-Vítkovice (poradna)

tel.: 596 611 207, Mobil: 731 625 840 soc.prac. pí. KseničováNabízí
psychosociální a právní poradenství, práci v chráněných dílnách,
humanitární pomoc.

Chráněné bydlení pro duš.nemocné

kontakt: p. Palaugari Jan, 733 676 704, 596 237 831

www.charitasvalexandra.cz, sop.alexandr@caritas.cz

TARGET

Jeremenkova 8, Ostrava-Vítkovice

podporované zaměstnání, psychosociální a právní poradenství

tel. 596 611 208, 731 534 049, pz-alexandr@charita.cz

ASOCIACE TRIGON

Skautská 1045, Ostrava-Poruba

aktivizační a motivační středisko, podporované zaměstnání, chráněné bydlení tel.: 596 910 022, <http://www.asociacetrigon.eu/cs/home/>
info@asociacetrigon.eu

OLOMOUC

MANA – občanské sdružení

Olomouc, Dolní nám. 51, tel.774403431, www.mana.estranky.cz

Psychosociální centrum - poskytuje komplexní terapeutické sociální, psychologické a psychiatrické služby pro lidi s duševním onemocněním.

Nabízí volnočasové aktivity, poradenství, sociální pomoc a asistenci edukaci pro rodinné příslušníky.

CHARITA

1. Dům Sv. Vincence, Řezníčkova 8, Olomouc-Hodolany

provozuje centrum denních služeb, chráněné bydlení tel.585313897

2. Kavárna Betreka - Wurmova 5, Olomouc, 736 489 376

<http://www.olomouc.charita.cz/socialni-sluzby-SDO>

ROŽNOV P.R.

ISKÉRKA - občanské sdružení,

Rožnov p. R.ul., 1. máje 864

poskytuje pomoc dospěl. lidem v dlouhodobé duš.nemoci a v období živ. krize. Nabízí sociální rehabilitaci, pracovní terapii, volnočasové aktivity, skupinovou psychoterapii, psychoedukaci, duchovní podporu.

tel. kontakt 774 274800, www.iskerka.info, iskerka@centrum.cz

TŘINEC

JORDÁN

sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním

postižením Třinec-Kanada, Hraniční č. 280, p. Dobšová (737142714),

p. Golasovská tel. kontakt 558 329 880 koordinátor Miroslav Hlaváč – 737 478 288 www.slezskadiakonie.cz, jordan@slezskadiakonie.cz

VSETÍN

Vzdělávací a komunitní centrum INTEGRA Vsetín

občanská poradna, vzdělávací programy, kulturní programy,

volnočasové aktivity, ubytovací služby, odborné poradenství

Rybnička 1628, Vsetín, tel. 571411957, 571419941

Sociální rehabilitace ELIM pro zdravotně handicapované a sociálně vyloučené

Smetanova 1484, Vsetín, tel. 571412018, www.elimvsetin.cz

PŘÍLOHA 3

Ředitelství PL Opava
MUDr. Ivan Drábek

Žádost o souhlas se zpracováním bakalářské práce a kazuistik v Psychiatrické léčebně v Opavě

Obracím se na Vás s žádostí o udělení souhlasu se zpracováním bakalářské práce na téma "Akutní a následná péče u psychoticky nemocných". Obsahem mé bakalářské práce je problematika duševně nemocných, kteří byli přijati do psychiatrické léčebny a řešila se jejich sociální situace - bydlení, finance, péče o děti a další následná péče.

V praktické části bakalářské práce budu zpracovávat kazuistiky jednotlivých pacientů s psychotickou zkušeností.

Konzultantem mé bakalářské práce je MUDr. Kateřina Kikalová z pedagogické fakulty Univerzity Palackého Olomouc.

Děkuji za vstřícnost.

V Opavě dne 11.4.2012

Dagmar Dostáliková
sociální pracovnice primariátu G

Vyjádření ředitele PL Opava


prim. MUDr. Ivan Drábek
ředitel PL v Opavě

PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA
OPAVA, Olomoucká 88
PSČ 746 01

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Dagmar Dostálíková
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	MUDr. Kateřina Kikalová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2012

Název práce:	Akutní a následná péče u psychoticky nemocných
Název v angličtině:	Acute and subsequent care in mentally disturbed persons
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá teoretickými poznatky o psychózách, popisuje jejich příznaky, průběh a léčbu. Uvádí potřebné terapeutické a rehabilitační postupy, vztah mezi sociálním pracovníkem a pacientem, jednotlivé metody a postupy práce sociální pracovnice a opodstatněnost další následné péče o tuto cílovou skupinu. Praktická část obsahuje vlastní šetření a případy 7 kazuistik, které dokládají, že pro udržení kvalitní remise je důležitá spolupráce nemocného s psychiatrickou ambulancí, pravidelné užívání doporučené terapie, podpora rodinných příslušníků a známých, udržování sociálních kontaktů, zaměstnávání v chráněných dílnách, návštěva programů občanských sdružení, specializujících se na poskytování sociálních služeb duševně nemocných – to znamená zapojení se do již zmíněné následné péče. Tyto uvedené postupy směřují ke zkvalitnění života duševně nemocných lidí.
Klíčová slova:	Psychóza, schizofrenie, sociální práce, následná péče

Anotace v angličtině:	This thesis deals with theoretical knowledge of the psychoses, describes their symptoms, course and treatment. Features needed therapeutic and rehabilitative procedures, the relationship between social worker and the patient, the individual methods and social work staff and merits further follow-up care for this target group. The practical part contains its own investigations and cases of seven case studies that demonstrate that quality to maintain remission is important to cooperate with the patient's psychiatric clinic, regular use of recommended therapies, support for family members and friends, maintaining social contacts, employment in sheltered workshops, visiting programs, civic associations , specializing in providing social services, mental illness - that is engaging in the aforementioned follow-up care. The following procedures are intended to improve the quality of life of mentally ill people.
Klíčová slova v angličtině:	Psychosis, schizophrenia, social work, aftercare
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1 Komplexní terapie psychóz v praxi z roku 2009 Příloha 2 Nabídka následné péče Příloha 3 Souhlasředitele PL Opava se zpracováním kazuistik Příloha 4 Časopis Posel – občasník vydávaný primariátem H Psychiatrické léčebny Opava
Rozsah práce:	69 stran (112 254 znaků), 4 přílohy
Jazyk práce:	CZ