

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Diplomová práce

Case management a jeho význam pro člověka se schizofrenií

**Case management and its importance for a man with
schizophrenia**

Vedoucí práce:

Mgr. Tereza Cimrmannová, Ph.D.

Autorka:

Petra Koukalová

Praha 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila pouze uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k umístění této diplomové práce do Ústřední knihovny UK a k možnosti jejímu využívání ke studijním účelům.

V Praze dne

Petra Koukalová

Poděkování

Děkuji Mgr. Tereze Cimrmannové, Ph.D., za její odborné vedení, inspiraci, spolehlivost a za čas, který mi věnovala. Děkuji MUDr. Janu Stuchlíkovi, který mi ochotně poskytoval odborné konzultace a díky jehož kurzu Case management jsem získala mnoho cenného jako podklad pro tuto práci. Děkuji Janě Niklové, DiS., za poskytnutí jejích osobních zkušeností s case managementem.

Děkuji Radku Babánkovi, který mi pomohl s technickými záležitostmi a podporoval mě v mé práci.

Anotace

Tato diplomová práce popisuje kontext case managementu pro lidi se schizofrenií v České republice. Práce je rozdělena do tří kapitol. První kapitola je věnována systému péče o lidi s duševní poruchou, jejímu vývoji a jednotlivým kategoriím. Tématem další kapitoly je schizofrenie, tedy duševní porucha nejvíce se vyskytující mezi klienty využívající služby case managementu. Poslední a stěžejní část této práce je kapitola o case managementu, jeho vzniku, modelech, zásadách a uplatnění v péči o duševně nemocné klienty. Poslední kapitola také popisuje fáze práce s klientem, zabývá se osobou case manažera, postavením klienta a charakteristikou týmu case managementu. Na závěr jsou uvedeny dva rozhovory s case manažery.

Klíčová slova

komunitní péče, schizofrenie, case management, rehabilitace, relaps, sociální síť, terapie, multidisciplinární tým

Annotation

This thesis is describing a context of case management for people with schizophrenia in the Czech republic. The thesis is divided into three chapters. The first chapter is dedicated to a system of the care of people with a mental disorder, its evolution and individual categories. The topic of the next section is schizophrenia, the most common mental illness among clients utilizing case management services. The last and crucial chapter of this dissertation deals with case management, its creation, models, principles and its application in the care of mentally ill patients. The last part also depicts phases of dealing with client, treats of the case manager, status of the client and the case management team characteristics. At the conclusion two dialogues with experts at case management are cited.

Keywords

community treatment, schizophrenia, case management, rehabilitation, relapse, social net, therapy, multidisciplinary team

Seznam zkratek

ACT	Assertive Community Treatment, <i>Asertivní komunitní léčba</i>
aj.	a jiné
AP	antipsychotika
APA	American Psychiatric Association, <i>Americká psychiatrická asociace</i>
atd.	a tak dále
CAN	Camberwell Assessment of Needs
CM	case management, <i>případové vedení</i>
ČR	Česká republika
DISC	Developing Individual Services in the Community
DSM-IV	Diagnostický a statistický manuál ve 4. vydání
EKT	elektrokonvulzivní terapie
ICM	Intensive Case Management, <i>intenzivní case management</i>
km	kilometr
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí v 10. vydání
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MV	Ministerstvo vnitra
např.	například
NIMH	National Institute of Mental Health, <i>Národní institut duševního zdraví</i>
PACT	Psychiatric Assertive Community Treatment
resp.	respektive
SCM	Strengths Case Management
s.	strana
SZO/WHO	Světová zdravotnická organizace/World health Organization
USA	United States of America, <i>Spojené státy americké</i>

Slovník užitých pojmů

depersonalizace – stav sebeodcizení a odosobnění, který se projevuje pocitem, že zážitky jsou vzdálené, nejsou vlastní

depotní preparáty – preparáty s prodlouženou dobou účinku

derealizace – forma depersonalizace; postižen vztah ke světu, který se jeví jako neskutečný, cizí, prázdný

deteriorace – úpadek, zhoršení

dopaminergní aktivita – ovlivňování nervového systému neurotransmiterem dopaminem

extrapyramidový systém – souhrn všech korových a podkorových jader a jejich spojení; souvisí s hybností, se svalovým napětím, s koordinací pohybů

hyperpyrexie – vysoká horečka, 40–41°C

kompliance – míra plnění lékařských doporučení pacientem

neuroleptikum – starší název pro antipsychotikum; ovlivňuje účinek neurotransmiterů

parakineze – porucha souladnosti pohybů

polygenetický – týkající se několika genů současně

premorbidní osobnost – osobnost, jaká byla před vypuknutím choroby

prodromální období – období předcházející, předzvěstné

relaps – opětovné vzplanutí nemoci

remise – dočasné vymizení projevů nemoci

vegetativní – týkající se všech životních funkcí, kromě pohlavního rozmnožování a dráždivosti

viscerální – bolest vycházející z útrob

vulnerabilita – zranitelnost, zvýšená citlivost, nejčastěji jako předpoklad nebo náchylnost k určitému onemocnění

Motto

"Pokud jsme lidští, všichni potřebujeme pomoc. Dnes já, zítra ty. Ale tato potřeba pomoci neznamená, že jeden je bezmocný, a druhý plný síly. Bezmocnost je přechodný stav; schopnost stát i chodit po vlastních nohou je trvalá a obecná."

Erich Fromm, Umění milovat

Obsah

<i>Úvod</i>	<i>11</i>
1. Péče o lidi s duševní poruchou	13
1.1 Vývoj psychiatrie	13
1.1.1 Stadia vývoje psychiatrie	13
1.2 Rozdělení psychiatrické péče v současnosti	14
1.2.1 Ambulantní péče	14
1.2.2 Intermediární péče	15
1.2.3 Lůžková péče	15
1.3 Komunitní péče	16
1.3.1 Definice komunity, komunitní péče	16
1.3.2 Principy komunitní péče	17
1.4 Cílové skupiny komunitní péče	18
1.5 Komparace intermediární a komunitní péče	19
2. Schizofrenie	21
2.1 Základní charakteristika	21
2.2 Epidemiologie	21
2.3 Dědičnost	22
2.4 Etiologie a patogeneze	22
2.4.1 Rizikové faktory	23
2.4.2 Geografické vlivy, imigrace	24
2.4.3 Ostatní vlivy	24
2.5 Prevence	24
2.6 Klinický obraz	25
2.6.1 Pozitivní příznaky	25
2.6.2 Negativní příznaky	26
2.6.3 Kognitivní dysfunkce	27
2.6.4 Další příznaky	27
2.7 Suicidium	28
2.8 Diagnóza a klasifikace	28
2.8.1 Paranoidní schizofrenie	30
2.8.2 Hebefrenní schizofrenie	31
2.8.3 Katatonní schizofrenie	32
2.8.4 Nediferencovaná schizofrenie	33
2.8.5 Reziduální schizofrenie	33

2.8.6 Simplexní schizofrenie	34
2.8.7 Nová typologie schizofrenie	34
2.9 Průběh	35
2.10 Prognóza	37
2.10.1 Příznivé prognostické faktory	37
2.10.2 Nepříznivé prognostické faktory	38
2.11 Léčba	38
2.11.1 Léčba biologická- farmakologická	39
2.11.2 Léčba biologická- stimulační	41
2.11.3 Léčba nefarmakologická	42
2.11.4 Fáze léčby	43
2.11.5 Relaps	44
2.11.6 Důvody relapsu	45
2.11.7 Prevence relapsu	45
2.11.8 Kompliance	45
3. Case management	47
3.1 Vznik a původ case managementu	47
3.1.1 USA	47
3.1.2 Velká Británie	49
3.2 Podstata case managementu	50
3.2.1 Definice case managementu	51
3.2.2 Case manager a klíčový pracovník	51
3.3 Modely case managementu	52
3.3.1 Brokerský model	52
3.3.2 Intenzivní case management	52
3.3.3 Klinický case management	53
3.3.4 Case management založený na silných stránkách klienta	53
3.3.5 Asertivní komunitní léčba	53
3.4 Cílové skupiny je case management určen	54
3.5 Důvody vzniku case managementu	54
3.6 Efektivita case managementu	55
3.7 Zásady case managementu	56
3.8 Ochrana práv klientů	57
3.9 Úkoly case manažera	58
3.10 Fáze práce s klientem	59
3.10.1 Vznik vztahu	59
3.10.2 Budování vztahu	62
3.10.3 Mapování potřeb klienta	63
3.10.4 Stanovení cílů	64

3.10.5 Plánování	66
3.10.6 Realizace plánu	67
3.10.7 Hodnocení	69
3.10.8 Ukončení služby	69
3.11 Koncept úzdravy	69
3.12 Tým v case managementu	70
3.13 Rozhovory s odborníky z oblasti case managementu	74
<i>Závěr</i>	<i>77</i>
<i>Seznam použitých zdrojů</i>	<i>79</i>
<i>Seznam příloh</i>	<i>84</i>
<i>Příloha č. 1</i>	<i>85</i>
<i>Příloha č. 2</i>	<i>86</i>
<i>Shrnutí</i>	<i>88</i>

Úvod

Lidé s duševním onemocněním vždy stáli mimo zájem společnosti. Bylo jim vymezeno místo někde na „okraji“ veškerého dění. Jejich nemoc je pro mnoho lidí tabu. Psychická nemoc dokonce nebývá vnímána jako zdravotní záležitost, ale jako problém způsobený špatnou sebekontrolou nebo špatným charakterem. Je však nutné si uvědomit, že stejně jako si člověk nevolí svou rasu či pohlaví, nemůže ovlivnit své fyzické postižení, tak si také nevolí a nemůže ovlivnit vznik své duševní poruchy. I lidé s takovou nemocí jsou přirozenou součástí naší společnosti, zaslouží si naši pozornost. Měli bychom si též uvědomit, že duševní nemoc je něco, co může potkat každého z nás.

Cílem této práce je přiblížit metodu case managementu a její užití při práci s osobami, které onemocněly se schizofrenií. Zaměřím se na specifika a kontext užívání této péče v České republice. Úvodní část bude věnována zařazení case managementu, tedy způsobu práce s lidmi s duševním onemocněním, do celého systému péče o tyto lidi. Tento systém stojí přesně na pomezí zdravotnické a sociální péče, z čehož vyplývají jistá specifika, kterými je potřeba se zabývat.

Druhá část je zaměřena na deskripci schizofrenie. Case management lze používat i při práci s lidmi s jinými duševními poruchami, avšak nejvíce jej využívají právě lidé trpící schizofrenií. V této práci nebude zmíněna problematika schizofrenie v dětství. Je to především proto, že děti nepatří do cílové skupiny, která se management využívá. Ve třetí části bude popsán case management, jeho vznik, definice, jednotlivé modely a možnosti užití. Své místo má v case managementu samozřejmě sám case manažer, proto budou ve třetí části popsány jeho kompetence, způsob jeho práce s klientem, zásady, kterými se musí při své práci řídit. Charakteristickou vlastností case managementu je multidisciplinární tým, proto se v práci zaměřím také na popis této oblasti. Na konci této části budou umístěny dva rozhovory s lidmi, kteří se case managementu profesionálně věnují anebo věnovali.

Cílem práce není vědecky zkoumat efektivitu case managementu, její součástí proto není empirická část. Je velice problematické case management zkoumat z hlediska efektivity. Jediný model, u kterého lze tuto stránku zkoumat, je asertivní komunitní léčba (ACT), která má přesně stanovenou podobu, profesní složení, rozsah poskytovaných služeb atd. Tento model se však v České republice nepoužívá, jeho efektivita s vynikajícími výsledky byla zaznamenána pouze v zahraničí. V naší zemi jsou užívány jiné modely, u nichž je hodnocení efektivity značně obtížné. Je to dáno odlišností jednotlivých týmů (různý počet členů týmu

a různé profesní zaměření, odlišné možnosti komunity, různý počet klientů a jejich problémů, které s nimi tým řeší). Další překážkou ve zkoumání českého typu case managementu je to, že v České republice je tato služba málo dostupná, týmů je pouze pět nebo šest, a proto není k dispozici dostatečný vzorek pro přesný výzkum.

Zaměřila jsem se na sběr poznatků, o kterých zatím chybí ucelenější materiály, práce je tedy především kompilační. U zrodu této práce stojí absolvování akreditovaného kurzu Case management, který proběhl ve Fokusu Praha a kde jsem získala mnoho informací o tomto tématu.

Case management považuji za užitečný způsob práce s lidmi s duševním onemocněním a spatřuji v něm velký potenciál. Oblast péče o lidi v psychické krizi se pomalu vymaňuje z pozadí zájmu veřejnosti a věřím, že nás v tomto směru čeká lepší budoucnost. Ráda bych, aby práce přispěla k přiblížení této problematiky a informace se dostaly do povědomí širší veřejnosti.

1. Péče o lidi s duševní poruchou

1.1 Vývoj psychiatrie

„Psychiatrie (řecky psyche – duše, iatrea – lékařství) je vědní a klinickou disciplínou, zabývající se prevencí, diagnostikou a léčbou duševních poruch. Její medicínský i společenskoekonomický význam v moderních společnostech narůstá“ (Raboch, Zvolský, 2001, s. XI).

V péči o duševně nemocné byl v průběhu staletí zaznamenán rozsáhlý vývoj. Do konce 18. století systematická péče prakticky neexistovala. Duševně nemocným pomáhali jednotlivci, církevní a charitativní organizace, vězeňská zařízení, někdy obce. Tato pomoc však byla omezená, nikoli samozřejmá a nebyla dostupná každému. Péče byla velmi jednoduchá a vztahovala se hlavně na nejtěžší poruchy, především psychotiky, lidi s mentální retardací a stařeckými poruchami (Baudiš, 2004).

Společenské změny konce 18. století vedly, kromě jiného, také k reformám veřejného zdravotnictví. Tyto reformy zasáhly i do péče o duševně nemocné. Nastala doba, kdy začaly vznikat první lůžková zařízení pro tyto pacienty. Je důležité zmínit tři významné osobnosti oné doby, které posunuly péči o duševně nemocné až do podoby, jaká je dnes. První z nich je Philippe Pinel. Tento lékař a současník Velké francouzské revoluce symbolizuje osvobození duševně nemocných z bídných podmínek věznic, kde byli umístěni. Anglický psychiatr John Conolly prosazoval humánní přístup v péči o duševně nemocné. Němec Heinrich Damerow prosazoval přístup k člověku jako celku – jednota těla, duše a mysli. *„Tvrdil, že stav veřejné péče o duševně choré podává neklamné měřítko o stupni kulturní vyspělosti země“* (Baudiš, 2004, s. 636).

Psychiatrie byla jako vědní obor zpočátku vyvíjena samostatně, od ostatních oborů medicíny byla vyčleněna. Až ve 30. letech 20. století se psychiatrie začala integrovat mezi klasické medicínské obory. Přestože je dnes psychiatrie považována za součást medicíny, je stále jakoby na okraji, je jí věnována menší pozornost (Baudiš, 2004).

1.1.1 Stadia vývoje psychiatrie

V oboru psychiatrie lze pozorovat několik období, kterými prošla až do současnosti.

V prvním stadiu byl tento medicínský obor založen na kustodiálním přístupu. Týká se to časového období 19. století až do počátku století 20. V tomto časovém úseku byly zakládány

velké psychiatrické léčebny. Léčebné metody byly velmi jednoduché: hlavním prostředkem byla izolace, dále se používala pracovní terapie a očekávalo se spontánní ukončení duševní nemoci.

Druhé stadium lze spatřovat od 30. let 20. století, kdy byly prováděny nové léčebné pokusy a hledaly se vhodnější léčebné postupy- elektrokonvulzivní léčba, farmakologie. Hledaly se i nové formy psychoterapie. Začaly se objevovat ambulantní péče o duševně nemocné. V této době se psychiatrický obor včlenil do systému klasické medicíny.

Třetí stadium nastalo na konci 20. století. Společnost začala vyjadřovat větší zájem o svoje psychické zdraví, práva pacientů, spolupráci zdravotnických a sociálních služeb. Klade se důraz na sociální rehabilitaci, péči o potřeby duševně nemocných. Odborníci se zabývají snižováním počtu hospitalizací. Aktuální je otázka zřizování krizových center, denních sanatorií a dalších typů zařízení pro lidi s duševní poruchou. Obecně převládá názor, že duševní poruchy lze léčit kombinací biologické a farmakologické léčby s psychoterapií a metodami sociální péče (Baudiš, 2004).

1.2 Rozdělení psychiatrické péče v současnosti

V dnešní době lze psychiatrii rozdělit na několik typů podle toho, jaký druh péče je v nich poskytován. Podle diagnózy, její závažnosti, možností oblasti či regionu, pacientových preferencí pak obvykle lékař doporučí, jaký typ péče je pro pacienta nejvhodnější.

1.2.1 Ambulantní péče

Tento typ péče je poskytován psychiatrickými ambulancemi. Spadají sem ambulance samostatné, či v rámci psychiatrických oddělení nemocnic, klinik nebo léčeben (Bouček, 2001).

V České republice je ambulancí asi 750 (Baudiš, 2004). Z hlediska profesního zastoupení zde mají největší podíl lékaři se specializací v psychiatrii. Pracují zde však i kliničtí psychologové. Tyto ambulance jsou z větší části nestátní. Ročně poskytnou asi 2 100 000 ošetření či vyšetření týkajících se asi 370 000 osob (Baudiš, 2004).

V oblasti péče o pacienty s duševní poruchou je potřeba, aby byl těchto zařízení dostatek a aby pokrytí bylo vyhovující. Pro pacienty je žádoucí, aby nebyly přerušeny jejich denní zvyky v rodině, zaměstnání a v dalších sociálních aktivitách. Stále se však stává, že pacient musí být hospitalizován pouze kvůli nedostatku ambulantních zařízení (Bouček, 2001).

1.2.2 Intermediární péče

Do zařízení intermediární péče patří krizová centra, denní sanatoria, telefonní pomoc, výjezdová psychiatrická první pomoc, kluby nemocných, zařízení poskytující možnost bydlení a možnost práce s úlevami, podporu a vedení. Hlavní myšlenkou tohoto typu péče je úsilí převádět chronicky duševně nemocné z léčeben, pokud není potřeba intenzivní psychiatrická léčba. Tyto služby jsou vhodné pro ty, kteří se potýkají se sociálními problémy. Smyslem této péče, která je v psychiatrii poměrně nová, je snažit se duševně nemocného člověka navrátit nebo přiblížit (podle možností) běžnému životu a fungování v přirozeném sociálním prostředí. V českých a moravských léčebnách je asi 6000 osob hospitalizováno dlouhodobě, více než 1 rok (Baudiš, 2004).

1.2.3 Lůžková péče

Lůžková péče může být pojmenována také jako stacionární (Bouček, 2001). Lze ji rozdělit do dvou částí:

a) psychiatrické léčebny

Léčebny jsou nejstarší psychiatrická zařízení v ČR. Baudiš (2004, s. 637) vysvětluje, jak je to s jejich kapacitami, se zaměřením na pacienty: „*V České republice je 21 léčeben (z nich 4 pro děti a dorost, 1 protialkoholní a protitoxikomanická) s celkem 10 075 lůžky. Lůžka v psychiatrických léčebnách představují asi 1/4 lůžek odborných léčebných ústavů včetně lázní a asi 1/8 celkové lůžkové kapacity.*“

Zaměření léčeben by mělo být na dlouhodobější hospitalizaci. Jednou z funkcí je i tzv. ochranná léčba pro osoby, které spáchaly trestný čin (Baudiš, 2004).

Bouček uvádí, že v moderní psychiatrii je trendem převádět velké léčebny do lůžkových zařízení s menším počtem lůžek. K takovým změnám pak nutně patří i vznik dalších navazujících služeb reagujících na potřeby konkrétního města či oblasti (Bouček, 2001).

b) psychiatrická oddělení nemocnic

V České republice je psychiatrických 32 oddělení s kapacitou kolem 1500 lůžek. Zaměřeny jsou na diagnostiku a léčbu akutních poruch, jako jsou neurózy, deprese, psychosomatické poruchy a akutní psychózy. Mezi klady těchto typů zařízení patří lepší návaznost na ostatní lékařské obory (Baudiš, 2004). Hospitalizace v nemocničním zařízení bývá pacienty lépe akceptována než hospitalizace v psychiatrické léčebně. „*Pacienta, který je propuštěn z psychiatrického oddělení všeobecné nemocnice, přijde do práce a řekne: „Jo, byl jsem si*

lehnout do naší nemocnice tady v Ústí,“ přijmou všichni daleko lépe, než když řekne, že se vrací z psychiatrické léčebny Horní Beřkovic. To je velké stigma. Psychiatrická léčebna, to je nálepka, to je blázeň a ten blázeň, to je on. Tohle označování výrazně zasahuje do života pacientů. I když se o stigmatizaci občas hovoří, je stále ještě hodně podceňovaná. Už ten fakt, jestli řekne, že přichází z psychiatrické léčebny, nebo ze všeobecné nemocnice, hraje roli.” (Jarolímek, 2009, s. 11-12). MUDr. Jarolímek však ještě dodává, že existence obou druhů lůžkové péče má svůj smysl: *„Na druhou stranu současný trend, navyšovat lůžkovou kapacitu na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic a redukovat lůžka v psychiatrických léčebnách, má také svá úskalí. Nedávno jsem navštívil ortopedické oddělení a samotného mě napadlo, co by se stalo, kdyby vedle existovalo otevřené psychiatrické oddělení, z něhož jakýkoli psychiatrický pacient může přijít třeba na ortopedii nebo na gynekologii. I hospitalizace na psychiatrickém oddělení v nemocnici je vhodná jenom pro pacienty v určitém klinickém stavu.“* (tamtéž, s. 12).

1.3 Komunitní péče

Péče o lidi s duševní poruchou nemusí být zastávána pouze v rovině medicínské. Duševně nemocný člověk dnes nemusí využívat pouze zdravotnická zařízení jako jsou ambulance, psychiatrická oddělení nemocnic či psychiatrické léčebny. V současné době lze spatřovat tendence k využívání podpory komunity, ve které nemocní lidé žijí.

1.3.1 Definice komunity, komunitní péče

Pojmy komunita a komunitní péče mají na poli sociální práce své místo a v posledních letech získávají na důležitosti i v České republice. Také v systému péče o duševně nemocné hrají významnou roli a proto je účelné je nejprve vysvětlit.

„Komunita je v širším smyslu přirozené společenství v určité lokalitě nebo skupina lidí sdílejících společné zájmy, termín pro lidské společenství, např. sousedství, zaměstnanci určité organizace aj.“ (Hartl, Hartlová, 2009, s. 267)

Matoušek (2008, s. 255) definuje komunitní péči takto: *„Jde při ní o směřování k takovému uspořádání služeb (zejména zdravotních a sociálních, ale např. i vzdělání, doprava atd.) pro skupiny "na okraji" (osoby hendikepované, seniory, duševně nemocné atd.), aby mohly zůstat se svým hendikepem ve své komunitě a žít v ní plnohodnotný život. Tento přístup je opakem institucionální péče, která předpokládá, že péče v ústavu je lepší (levnější, efektivnější atd.).“*

Pod termínem komunitní péče se skrývá široký systém terapie, pomoci a podpory, který je uspořádán tak, aby mohl pomoci lidem s duševní poruchou žít co možná nejvíce v podmínkách odpovídajícím běžnému životu, subjektivně co nejuspokojivějším způsobem (Pfeiffer, 2004). V komunitní péči není důležitá jen zdravotní péče, ale na stejné úrovni jsou chápány i potřeby psychologické a sociální.

Profesionálové, kteří jsou zpojeni do tohoto typu péče, by měli působit co nejbližší komunitě, lze říci, že přímo v ní. Vztah komunita – komunitní péče, resp. lidé ji poskytující, by neměl být nerovnocenný, ale partnerský a veškeré kompetence by neměly být přenášeny pouze na profesionály, komunita by se měla také zodpovědně do procesu zapojovat.

Komunitní péče se začala objevovat až v moderní době, přibližně od poloviny 20. století. Na počátku byl nový pohled na člověka- individuum, které má svá práva. Po druhé světové válce se začalo upozorňovat na nevyhovující etické i hmotné podmínky péče o duševně nemocné. Začalo se negativně nahlížet na institucionalizaci a na hierarchickou strukturu, v níž byl pacient brán jako podřadný článek (Pfeiffer, 2004).

Komunitní péče však nevznikla jako nový nástupce klasické nemocniční péče a nemá za úkol ji nahradit, má být součástí nového pojetí celého oboru psychiatrie. Metody, které jsou v komunitní péči využívány, jsou dvojího druhu. Jednak jsou využívány metody převzaté z institucionální péče, jednak se používají se i metody nové, vzniklé až během rozvoje komunitní péče.

Komunitní péče začala být dominantním trendem v řadě vyspělých zemí. Je spojena s tzv. deinstitucionalizací, která sleduje redukci velkých psychiatrických léčeben a jejich alespoň částečnou přeměnu ve služby komunitní. Prostředkem těchto změn je vytváření komunitních týmů duševního zdraví, které mají určenou geografickou oblast působení. Novější koncept tzv. vyvážené péče (balanced care) klade důraz na integrativní pojetí, ve kterém jsou do systému péče zapojeni praktičtí lékaři, specializované ambulantní psychiatrické služby a týmy, psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic, krizové služby a denní stacionáře, rezidenční péče v komunitě a služby psychiatrické rehabilitace (Pěč, 2010).

1.3.2 Principy komunitní péče

Podmínky, které jsou potřeba k rozvoji a působení systému komunitní péče v roce 1973 definoval dokument WHO in Pfeiffer (2004):

- Služby určené lidem s duševní poruchou mají být umístěny lokálně, mají mít jasně

definovanou oblast, pro jejíž obyvatele jsou určeny. Nabízené služby musí být komplexního charakteru a nezbytné je zajištění jejich kontinuity. Veřejnost o těchto službách musí být dobře informována. Pokud jsou některé služby vysoce specializované, mohou být určeny i pro lidi mimo určenou geografickou oblast.

- Chroničtí pacienti a ti, kteří sami neumí požádat o pomoc a často se na ně proto zapomíná, jsou ve středu zájmu těchto služeb. Je to z toho důvodu, že služby obvykle vyhledávají klienti, kteří jsou schopni aktivnější spolupráce.

- Dalším principem je komplexní plánování služeb a je důležité, aby byly brány v potaz odlišnosti různých oblastí regionů.

- Své místo v komunitní péči má multidisciplinární tým.

- Uplatňuje se moderní vzdělávání odborníků zapojených do komunitní péče v moderních technikách péče – case management, rehabilitace, týmová práce.

- Základ tvoří standardy péče jak pro celek tak pro jednotlivé dílčí části.

- Zákony nesmí připustit vyčlenění duševně nemocných ze společnosti.

1.4 Cílové skupiny komunitní péče

Je nutné si uvědomit, čím jsou lidé se závažnou duševní poruchou, tedy lidé, kterým je komunitní péče určena, charakterističtí, jakým problémům musí čelit, nebo jaké mají potřeby péče.

Především se jedná o velice různorodou skupinu. Patří do ní mladí lidé, dospělí i starší osoby. Rozmanitost se vztahuje i na samotné psychiatrické poruchy: od psychotických onemocnění, afektivních poruch, přes organické poruchy, poruchy osobnosti, poruchy aktivity a pozornosti, závažné poruchy závislosti a jejich kombinace (van Weeghel, 2009). Rozmanitost diagnóz je ještě rozšířena rozmanitostí intenzity příznaků, průběhem. Z toho všeho vyplývají nejrůznější potřeby péče a podpory, navíc tyto potřeby mohou během života dost kolísat (van Weeghel, 2009).

Tato různorodost je ještě znásobena tím, že každý z těchto lidí, kromě výše uvedených specifik, má odlišná přání a problémy. Nelze také opomenout, že odlišnosti jednotlivců jsou dány i tím, v jaké životní fázi jsou, jaká je jejich sociálně-ekonomická situace a z jaké kultury pocházejí (např. v souvislosti s příslušností k nějaké etnické menšině).

Uvedené aspekty, které definují rozmanitost všech lidí trpících duševní nemocí, následně ovlivňují samotnou míru využití profesionální péče. Někteří lidé využívají běžnou

psychiatrickou zdravotní péči, jiní využívají sociální služby a jejich pomoc, další zase dávají přednost neformální péči a podpoře. Existuje též velká skupina těch, kteří zůstávají téměř bez péče (van Weeghel, 2009).

Kromě zmíněných odlišností mají lidé s vážnou duševní poruchou i některé věci společné. Pociťují značná omezení, která vyplývají ze samotného psychiatrického onemocnění, ale také z premorbidních vlastností osobnosti. Patří sem nepříznivé životní okolnosti, což může být nízký příjem, absence sociální podpory a dlouhodobý pobyt v psychiatrickém zařízení a sociální bariéry ve formě stigmatizace nebo třeba nedosažitelné sociální role. Lidé s psychiatrickou diagnózou také mívají obvykle menší sociální síť a z toho vyplývá, že se jim dostává menší sociální podpory. S tím vším souvisí i to, že tito lidé negativně posuzují vlastní finanční situaci, převládají u nich negativní pocity a jsou méně spokojeni se svým životem (van Weeghel, 2009). „*To vše silně kontrastuje se skutečností, že lidé s psychickými omezeními mají většinou stejná přání a cíle jako ostatní občané: dobré zdraví, pohodlné bydlení, dobré vztahy s rodinou a partnerem, skutečnou práci a smysluplný denní program, opravdové přátele, sebeúctu, uznání druhých a osobní rozvoj*“ (van Weeghel, 2009, s. 16).

1.5 Komparace intermediární a komunitní péče

V úvodu kapitoly je popsána hlavní charakteristika intermediární péče. Název napovídá, že se jedná o péči, která se nachází ve středu: intermediární služby se skutečně nachází mezi lůžkovou a ambulantní péčí. Tato část psychiatrické péče spadá do resortu zdravotnictví.

Služby meziresortní bývají poskytovány nestátními neziskovými organizacemi. Spadají do sociálních služeb. Jejich činnost je však zdravotně-sociální. Především poskytují psychiatrickou rehabilitaci (podpora práce a zaměstnání, podpora v bydlení, v sociální oblasti a využívání volného času) a poradenství (sociální, právní). Jednotlivé služby se mohou sdružovat do různých celků a úzce mezi sebou spolupracovat či tvořit společné týmy. Ideální stav je kombinace ambulantních, lůžkových, intermediárních a meziresortních zařízení (Pěč, 2010).

Rozdíl mezi službami spadajícími do intermediární péče a službami komunitní péče nespočívá tedy ani tak v typu poskytované péče. Jednotlivé typy mohou být zařazeny jak do péče intermediární, tak do komunitní. Základní rozdíl mezi nimi je v systému financování a tím, do jakého resortu spadají. Proto krizové centrum zřízené pod psychiatrickým oddělením nemocnice (případně psychiatrické léčebny) patří do péče intermediární, zatímco krizové centrum provozované nestátní neziskovou organizací spadá do péče komunitní.

Bouček (2001) užívá pro intermediární a komunitní péči jednotný pojem komplementární psychiatrická péče. Nerozděluje jednotlivé služby této péče podle financování či příslušnosti pod jednotlivé resorty, avšak hodnotí je jako nedílnou část a podmínku kvalitní péče. Problematiku výhod a nevýhod jednotlivých typů zařízení shrnuje zásadami, které jsou udávány moderními trendy. Zdůrazňuje důležitost podpory celostního pojetí nemoci a mezioborovou týmovou spolupráci. Péče o člověka s duševní poruchou by měla být individualizovaná a časově správně řízená.

2. Schizofrenie

2.1 Základní charakteristika

Schizofrenie se řadí mezi duševní poruchy. Je charakterizována poruchou téměř všech psychických funkcí. Zásadním způsobem je narušeno myšlení a vnímání, emotivita je neadekvátní či oploštělá. Schizofrenní člověk není schopen se srozumitelně chovat a adekvátně jednat.

Tato porucha spadá mezi psychotická onemocnění. Psychóza se projevuje bludy, halucinacemi a dezorganizovaným slovním projevem a chováním. Je také narušeno vnímání reality.

Pojmenování „porucha“ pochází z MKN-10 (2000, s. 20): *„V celé klasifikaci užíváme termín „porucha“, abychom se vyhnuli ještě větším problémům při užívání termínů „nemo“ a „onemocnění“. „Porucha“ není přesný termín, ale užíváme ho zde pro označení existence klinicky rozpoznatelného souboru příznaků nebo chování, který je ve většině případů spojený s pocitem tísně a narušením funkce. Sociální deviace nebo samotný konflikt bez narušení osobního fungování zde nejsou zahrnuty, protože neodpovídají definici duševní poruchy.“*

Při pojmenovávání schizofrenie někdy bývá termín „nemoc“ užíván. Zde je ale problém v tom, že u nemoci se obvykle hovoří o funkčním poškození a také je známa příčina. Ani jednu z těchto uvedených částí definice „nemoci“ však duševní poruchy, v tomto případě schizofrenie, nemívají.

2.2 Epidemiologie

Schizofrenií trpí přibližně 1 % obyvatelstva bez ohledu na zeměpisnou polohu či sociální zařazení. Také z hlediska pohlaví, je výskyt této poruchy zastoupen stejně. Rozdíl je však v průběhu onemocnění. U žen je pozorován benignější průběh, onemocnění začíná později (nejčastěji mezi 25. a 35. rokem), lépe reagují na léčbu, jsou méně často hospitalizovány a lépe sociálně fungují. Je to pravděpodobně dáno vlivem hormonů (konkrétně estrogenu) na dopaminergní systém. U mužů toto onemocnění začíná obvykle dříve (mezi 15. a 25. rokem). Ze všech psychiatrických hospitalizací za rok je schizofrenie diagnostikována u přibližně 25 % z nich. V celkovém počtu všech psychiatrických zařízení je to 50 % (Češková, 2005).

2.3 Dědičnost

Genetické studie ukázaly, že genetické faktory mají na vzniku schizofrenie velký podíl. U dětí rodičů, kteří mají diagnózu schizofrenie, je až desetinásobné riziko, že touto poruchou také onemocní. Studie na dvojčatech rovněž poukázaly na velký význam genetických faktorů. Pravděpodobnost, že potomek onemocní, je u jednovaječných dvojčat téměř třikrát vyšší než u dvojčat dvojevaječných (Libiger, 2004). Věda však genetický význam na rozvoji schizofrenie nevysvětluje jako přímý (mendelovský) přenos genu schizofrenie. Na tuto problematiku pohlíží jako na polygenetický multifaktoriální model (Češková, 2005). Znamená to, že vědci v oblasti genetiky objevily spíše místa, kde se mohou vyskytovat geny vulnerability pro schizofrenii, konkrétně jde o chromozom 6, 22 a 8. Toto tvrzení dokazuje fakt, že i zdravému páru se může narodit potomek, který může touto poruchou onemocnět.

2.4 Etiologie a patogeneze

Je nutné si uvědomit, že na vzniku poruchy se podílí více faktorů. Tomuto přístupu k příčinám psychických poruch se říká multifaktoriální přístup (Češková, 2008). Tyto faktory se dají dále charakterizovat jako vnitřní a vnější. Předpokladem je pak určitá interakce mezi těmito faktory. Předpokládá se, že zevní faktory se připojují ke genetickým a biologickým a jsou s nimi ve vzájemné interakci, což pak může vyústit v rozvoj psychotické poruchy.

Ještě donedávna byl obor psychiatrie v jistém smyslu znevýhodněn. Zatímco ostatní medicínské obory měly pro určování zdravotního stavu pacientů rentgeny, EKG, krevní odběry a ultrazvuky, psychiatrie podobnými možnostmi nedisponovala, jinými slovy nebylo možné se do mozku podívat. Dnes jsou již k dispozici velmi komplikované metody (např. pozitronová emisní tomografie, magnetická rezonance), které umožňují mozek zkoumat (Češková, 2008).

Pomocí magnetické rezonance bylo zjištěno snížení objemu některých mozkových struktur (spánkový lalok, amygdala aj.), popsána byla také redukce bílé hmoty mozkové. Může být také zjištěn nižší počet neuronů nebo mohou být uspořádány s jistými odchylkami. Existuje řada hypotéz, např. v oblasti biochemie mozku, které se snaží vznik této poruchy vysvětlit. Avšak je třeba zdůraznit, že přesná etiologie vzniku schizofrenie není až do současné doby objasněna. Mnoho metod je navíc značně nákladných, proto se užívají spíše při výzkumech, nežli pro diagnostiku. V zásadě však lze říci, že psychické poruchy, a s nimi tedy i schizofrenie, jsou dnes považovány za poruchy mozku (Češková, 2008).

Luc Ciompi in Dörner a Plog (1999, s. 88) je autorem přehledného a výstižného shrnutí

z roku 1984: „Na jedné straně geneticky-organicky-biochemické a na druhé straně psychogenní a sociogenní soubory faktorů vedou v proměnlivé kombinaci k vývoji zranitelných premorbidních osobností, které mají sklon nadprůměrně silně reagovat na zatížení napětím, úzkostí, zmateností, poruchami myšlení, derealizačními a depersonalizačními prožitky až k bludům a halucinacím. Po akutní psychotické fázi (jedné nebo několika) je další vývoj určován ve vzájemném působení s výchozími charakteristikami osobnosti pravděpodobně převážně psychosociálními faktory, odkud plyne též enormní rozmanitost průběhů od úplného uzdravení, přes různě výrazné reziduální stavy, až po těžkou chronifikaci.“

2.4.1 Rizikové faktory

Již bylo zmíněno, že schizofrenie je porucha, jejíž vznik je podmíněn biologicky, především odlišným biochemismem mozku a určitým genetickým přenosem. Vnější spouštěcí faktory, které se s těmito vnitřními potkávají a reagují spolu, mohou být nejrůznějšího rázu. Patří sem například emoční krize. Jakákoli krize znamená pro člověka riziko a potenciální změnu (Lorenc, 2009). Dále může být rizikovým faktorem ztráta blízké osoby, sociální izolace, nemoc, trauma či užívání drog (Češková, 2005).

Pokud člověk přísluší k nižší sociálně ekonomické skupině a žije v městské aglomeraci s větší hustotou obyvatelstva, představuje to pro něj zvýšené riziko rozvoje schizofrenie. Je skutečností, že v industrializovaných zemích je více schizofreniků v nižších socioekonomických třídách, počet hospitalizací pro schizofrenii je vyšší v městských oblastech než v zemědělských vesnických oblastech. Pro vysvětlení těchto skutečností existují dvě hypotézy (Češková, 2005).

První hypotéze se nazývá sociální posun (drift). Pokud člověk onemocní schizofrenií nebo pokud je v prodromální fázi, znamená to pro něj díky psychickým změnám omezení života a pracovních schopností (pracovní neschopenka, invalidní důchod). Člověk je proto finančně znevýhodněn. Druhá hypotéza je sociální příčina. Pokud je člověk sociálně či ekonomicky deprivován, je to spojeno se stresem a ten je rizikovým faktorem pro vznik schizofrenie. V současné době je preferována první hypotéza, avšak roli můžou hrát obě (Češková, 2005).

2.4.2 Geografické vlivy, imigrace

Vyšší počet případů schizofrenie byl pozorován u imigrantů. Je to zřejmě dáno tím, že imigranti zažívají velký stres a potíže při zařazování do nové kultury. Pokud má jedinec navíc dispozice k vulnerabilitě, zvyšuje to opět možnost onemocnět.

Kromě výskytu poruchy u imigrantů byly také pozorovány odlišnosti, co se týče geografické polohy. Na severní polokouli se narodí více nemocných v lednu a březnu, na jižní v červenci a v srpnu (Česková, 2005).

2.4.3 Ostatní vlivy

Pro člověka mohou být rizikové i další faktory jako je třeba určitý typ rodinné interakce, porodní komplikace nebo virová onemocnění. Mohou vést k rozvoji nemoci, jejímu propuknutí či relapsu, mohou také způsobovat chronicitu onemocnění.

Existují názory, že vysoce rizikovým prostředím je rodina, kde se přehnaně vyjadřují emoce. Jedná se o rodiny, které neposkytují prostor pro vlastní intimitu, soukromí, osobní tajemství apod. Tato „dotěrnost“ může být hostilní (nepřátelská) či kritická, ovládající, kontrolující a zahánějící do infantilnosti. Rovněž problematickou může být rodina, která má určitá tabuizovaná témata, ať už se jedná o smrt, nevěru, rozvod či jiné věci (Praško, Höschl, 1997). V rodině hraje roli také její uspořádání ve smyslu určitých hranic, především hranic mezi rodiči a dětmi, ale i mezi manželi, sourozenci. Porušení těchto hranic může vést k vážným komplikacím ve vývoji rodiny. Nutnou hranicí je i ta osobní, kterou má každý člen rodiny (Kalina, 2001). „*Každý člen rodiny je zvláštní, od ostatních odlišná osobnost, dokonce i na novorozence je třeba tak pohlížet z hlediska jeho potřeb a vývoje*“ (Kalina, 2001, s. 113).

2.5 Prevence

V souvislosti se schizofrenií nelze hovořit o primární prevenci. Na vzniku této duševní poruchy se podílí mnoho faktorů. Jejich souvislosti a vzájemné interakce nejsou doposud natolik prozkoumány, aby bylo možné vyvodit konkrétní závěry vztahující se k prevenci. V současné době se zkoumá, zda včasný farmakologický zásah u vysoce rizikových jedinců (dětí schizofrenních rodičů) s prodromálními příznaky, by mohl zabránit manifestaci psychotických projevů.

Sekundární prevence již zaujímá důležité místo při léčbě schizofrenního člověka (sekundární prevence znamená opatření, které zabraňuje možnému relapsu, tj. znovu propuknutí nemoci).

2. 6 Klinický obraz

„*Symptomy je snadnější pocítit než popsat*“ (Eugen Bleuler, 1911 in Motlová, Koukolík, 2004, s. 21).

Klinické projevy jsou u schizofrenie velmi heterogenní. „*Každý nemocný má svou vlastní schizofrenii*“ (Dörner a Plog, 1999, s. 90). Ovlivněna je většina psychických funkcí a mezi jednotlivými schizofreniky jsou značné rozdíly. Rozdílné projevy jsou spatřovány ale i na jedinci v průběhu času. V praxi se lze setkat s rozlišováním příznaků do několika skupin. Pro přehlednost v diagnostice se často užívá dělení na pozitivní a negativní symptomatiku a kognitivní dysfunkce (Češková, 2005).

2.6.1 Pozitivní příznaky

Pozitivním příznakům se také říká psychotické. Představují nejčastější příčinu hospitalizace. Jsou způsobeny zvýšenou dopaminergní aktivitou.

Do této skupiny patří halucinace (poruchy vnímání), bludy a dezorganizace (poruchy myšlení).

„*Poruchami vnímání se rozumějí vjemy, pro které v objektivním světě neexistují žádné odpovídající podněty: např. slyším hlasy, ačkoli nikdo nemluví (akustické halucinace). Cítím doteky, ačkoli se mne nikdo nedotýká (haptické halucinace); dále existují čichové a optické halucinace*“ (Dörner a Plog, 1999, s. 89).

Při poruše vnímání člověk spatřuje souvislosti mezi věcmi, které spolu nesouvisí. Může také pociťovat, že součástí jeho osoby je něco, co k němu nepatří. Obtížně rozlišuje podstatné od nepodstatného. Z nepodstatných věcí se stanou důležité – člověk třeba začne považovat určitý zvuk či obraz za hlavní předmět jeho vnímání. Může se také stát, že předměty z okolí začnou mít takový význam, že se pak člověk cítí být jimi pozorován nebo ohrožen. Schizofrenik mívá pocit, že ocitl v centru zájmu a pozornosti druhých. Dále může mít pocit, že věci kolem vnímá jako odcizené, změněné, zkreslené. A může se to týkat věcí a lidí, ale stejně tak i třeba vzduchu nebo času. Zvláštnosti pociťují schizofrenici i přímo na sobě, na svém vlastním těle – jednotlivé části se zdají být větší či menší, dále nebo blíže. Také jim může připadat, že tělo není jejich, tělesné pohyby vnímají jinak než dříve. Pokud se jedná o pocity odcizení světa, označují se jako derealizace. Když člověk pociťuje odcizení vlastní osoby, hovoří se o depersonalizaci (Dörner a Plog, 1999).

Pokud má člověk poruchu myšlení, ztrácí, podobně jako při poruše vnímání, schopnost rozlišovat podstatné od nepodstatného. Myšlenky jsou nesouvislé a nelogické. Stává se, že

myšlenka najednou zmizí (tomu se říká myšlenkový záraz). Myšlenky se rozpadají, jsou nesourodé. Člověk neví, jakou myšlenku by měl vyslovit dříve, protože jsou zcela ambivalentní. To se projevuje šroubovaným a složitým mluvním projevem. Dalším projevem bývají neologizmy neboli novotvary. Tyto výše jmenované projevy patří do formálních poruch myšlení. Dále pak existují poruchy myšlení obsahové. Sem patří bludy. Část bludu je založena na obecně uznávané nebo převzaté představě z rodinné tradice nebo třeba z dětského světa. Tím, že schizofrenní člověk vymyslí nutkavé konstrukce, mu umožní orientovat se v okolním světě. Současně může být blud i jakousi obranou před vnitřním konfliktem, který člověk vnímá jako neřešitelný. Může být brán i jako výraz hlubokých lidských potřeb, často hluboko skrytých. „*Pomocí bludných představ je možné udržet si identitu a kontakt s okolním světem. Je-li blud zpochybněn, vzniká ohromná úzkost; proto jsou bludná přesvědčení nepřístupná námitkám a rozumovým argumentům. Často se proto stává, že při zpochybňování bludu je do něj člověk vtažen jako nepřítel, čímž se znovu ozřejmuje jeho obranná funkce*“ (Dörner a Plog, 1999, s. 89). Bludy mohou mít podobu pronásledování, ovlivňování a vztahovačností.

2.6.2 Negativní příznaky

Jsou způsobeny sníženou dopaminergní aktivitou. Znamenají ochuzení psychiky, především emotivitu a volní aktivitu. Člověk s negativní symptomatikou je apatický, bez motivace, neprožívá radost. Tomuto stavu se říká emoční oploštělost. Nemá postížena pouze intenzita emocí. Ochuzen je celý emocionální svět. Řeč a myšlení jsou také ochuzeny. Často se stává, že výraz ve tváři, mimika a gesta neodpovídají obsahu řeči nebo situaci.

Lidé trpící schizofrenií obvykle mají málo vztahů k lidem. Vztah k druhému člověku pro ně často znamená problém. V jednom jediném vztahu může být obsažena přílišná vazba a zároveň nezájem. To způsobuje téměř neschopnost vztahu k druhým lidem.

Jedinec se schizofrenií bývá sociálně stažen, nachází se ve stavu derealizace. Může dojít až k extrémní formě ztráty světa. Člověk se stáhne zcela do sebe, což se projeví v autismu. Autismus se pak projeví v jednání. Tak jak byla popsána ambivalence v myšlení (člověk neví, co má říci dříve), v jednání dochází k současnému chtění i nechtění něco učinit. Konečným projevem je pak stupor. Také se vytrácí odvaha začít znovu. Tato nerozhodnost potom navenek působí jako apatie.

Tyto příznaky jsou zodpovědné za funkční neschopnost a snížení kvality života. Bývají přítomny u první epizody schizofrenní poruchy a jsou považovány za primární, tedy dané

chorobným procesem.

Sekundární negativní příznaky souvisí s pozitivními (má-li nemocný halucinace, znemožňuje mu to komunikovat s okolím), dále pak s depresí, extrapyramidovými vedlejšími účinky (snížená motorika) a institucionalismem (jedinec je nedostatečně sociálně stimulován) (Dörner a Plog, 1999).

2.6.3 Kognitivní dysfunkce

Tato oblast znamená narušení poznávacích schopností. Konkrétně se jedná o paměť včetně pracovní paměti. Člověk proto ztrácí schopnost uchovávat informace a dále je zpracovávat. S pamětí souvisí učení, v tomto případě bývá nejvíce ovlivněno verbální učení. Další kognitivní oblastí, která je narušena, je pozornost. Schizofrenik mívá také zhoršenou schopnost plánovat a řešit úkoly, začít s nějakou činností.

Tyto příznaky jsou přítomny ještě před začátkem nemoci. Jsou také považovány za hlavní příčinu sociální maladaptace po odeznění pozitivních příznaků. Tyto dysfunkce jsou trvalé a pokud psychóza odezní a nastane remise, obvykle to neznamená, že se kognitivní funkce vrátí do stavu, v jakém byly před vypuknutím nemoci. Jen 15 % (Češková, 2005) schizofreniků se vrátí do úrovně zdravých, klinicky významná dysfunkce zůstane u 40 – 60 % nemocných. U části nemocných bohužel dochází k progresi. Avšak při dobré reakci na léčbu (pokud nemocný dobře reaguje na AP, psychoterapii a při dobré komplianci (viz kapitola 2.11) se některé složky kognitivních funkcí mohou zlepšovat. Zde mají lepší prognózy ti, kteří prodělali první epizodu. Zajímavé je, že určitou kognitivní dysfunkci lze najít i u příbuzných, kteří nikdy neonemocní (Češková, 2005).

2.6.4 Další příznaky

Vedle všech výše zmíněných příznaků se může objevit deprese, především v počátku nemoci. Deprese je součástí akutní psychotické ataky a po odeznění této ataky pak deprese vystupuje více do popředí (postpsychotická deprese). Až 10 % nemocných spáchá suicidium (otázka, zda-li to je z důvodu deprese nebo třeba ze zoufalství a strachu z pronásledování apod., je položena v kapitole 2.7). Negativní příznaky spolu s kognitivní dysfunkcí představují pro mnoho schizofreniků výraznou komplikaci při pokusu začlenit se zpět do normálního života a obstát na trhu práce (Češková, 2006).

2.7 Suicidium

Literatura uvádí, že přibližně 10 % schizofreniků ukončí život sebevraždou (Motlová, Koukolík, 2004). Zvýšené riziko je především u schizofreniků v adolescentním období. Warnes in Malá (2005, s. 111) uvádí mnoho výsledků různých studií a lze je shrnout takto:

- *Vysoké riziko suicidia mají mladí pacienti muži, kteří byli před onemocněním vysoce výkonní a u kterých se rychle vyvine pocit beznaděje.*
- *Se zvyšujícím věkem se u pacientů zvyšuje výskyt negativních symptomů nebo defektu s apatií a ztrátou motivace k jakémukoliv jednání, tedy i sebevražednému.*
- *S věkem se též u schizofrenních pacientů zvyšují kognitivní poruchy- podobné, jaké mají pacienti s organických psychosyndromem, u nichž je však relativně nízké riziko suicidia.*
- *Život bez partnera se zdá být vysoce rizikovým faktorem u mladých schizofreniků; starší, žijí-li sami, jsou daleko častěji dlouhodoběji hospitalizováni.*
- *Převažují muži nad ženami, protože u mužů je časný začátek častější.*

Dále se uvádí další rizikové faktory související se suicidiem. Může to být například předchozí sebevražedný pokus, užívání drog, deprese, beznaděj a mužské pohlaví, chronický průběh s častými relapsy, časté krátké hospitalizace, negativní postoj vůči léčbě, vysoké IQ před vypuknutím psychózy (Motlová, Koukolík, 2004).

Může se zdát, že pacienti s pozitivními symptomy jako jsou imperativní halucinace (sluchové halucinace, které člověku rozkazují) a bludy (pronásledování) mohou mít větší tendence ke spáchání sebevraždy. Tato souvislost však nebyla potvrzena. Bylo však zjištěno, že sluchové halucinace mohou být spouštěčem u těch schizofreniků, kteří v premorbidním období chtěli suicidium spáchat (Motlová, Koukolík, 2004).

2.8 Diagnóza a klasifikace

„Každý nemocný má svou vlastní schizofrenii. Smysl pojmenování spočívá především v dorozumívání mezi profesionály“ (Dörner a Plog, 1999, s. 90).

Vágnerová (2008) schizofrenii uvádí jako nemoc, která je pravděpodobně stará jako lidstvo

samo. O příznacích, které si dnes spojujeme právě s tímto duševním onemocněním, byla nalezena zmínka na 3400 let starém fragmentu z Ajurvedy. Ovšem jako předmět vědeckého a medicínského zkoumání začala být brána až mnohem později. Na konci 19. století ji německý psychiatr Emil Kraepelin oddělil od maniodepresivity (bipolární poruchy) a nazval ji dementia praecox. Praecox značí předčasnost, tedy fakt, že toto onemocnění vzniká v mládí, předčasně. Jako demenci ji pojmenoval pro závažné a nevratné změny na mozku. Jelikož však k těmto změnám nemusí docházet vždy, přišel v roce 1911 profesor Eugen Bleuler s termínem schizofrenie (Libiger, 2001). Slovo schizofrenie etymologicky znamená „šílenství z rozštěpení“. Kromě zavedení tohoto termínu se Bleuler také zasloužil o rozlišení základních symptomů schizofrenie. V psychiatrii jsou tyto symptomy obecně známy jako „tři A“: autismus, porucha afektivity a asociací (Libiger, 2004).

V současné době se pro klasifikaci duševních poruch používá 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí z roku 1992 (MKN-10) a Diagnostický a statistický manuál ve 4. vydání (DSM IV). Jedná se o klasifikace, které třídí veškeré dosud popsané nemoci. MKN-10 je klasifikace vypracovaná Světovou zdravotnickou organizací (SZO/WHO), DSM IV vypracovala Americká psychiatrická asociace (APA). Schizofrenní poruchy se podle převažujících znaků psychopatologie dělí na několik klinických forem (Češková, 2006).

Přesné zařazení schizofrenie podle MKN-10 je následující:

F20 – F29

Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy

F20.0 Paranoidní schizofrenie

F20.1 Hebefrenní schizofrenie

F20.2 Katatonní schizofrenie

F20.3 Nediferencovaná schizofrenie

F20.4 Postschizofrenní deprese

F20.5 Reziduální schizofrenie

F20.6 Simplexní schizofrenie

F20.8 Schizofrenie nespécifikovaná

Pátý znak specifikuje průběh:

.x0 Chronický

.x1 V atakách s postupným defektem

.x2 V atakách se stabilním defektem

- .x3 V atakách s remisemi
- .x4 Neúplná remise
- .x5 Úplná remise
- .x8 Jiný

„Kritéria MKN-10 požadují přítomnost minimálně jednoho z příznaků a) až d) nebo dvou příznaků e) až i) trvajících minimálně po dobu jednoho měsíce:

a) manipulace s myšlenkami (slyšení vlastních myšlenek, vkládání, odnímání, vysílání myšlenek)

b) bludy ovládnutí (kontrolovatelnosti)

c) sluchové halucinace (komentující chování nemocného)

d) jiné bludy

e) jiné halucinace

f) formální poruchy myšlení (zárazy, inkoherece)

g) katatonní příznaky (vzrušenost, setrvávání v nastavených pozicích, vosková ohebnost, negativismus, mutismus, stupor)

h) negativní příznaky (apatie, ochuzení řeči a emočních reakcí)

i) nápadně kvalitativní změny v chování (ztráta zájmu, bezcílnost, nečinnost, sociální stažení)“ (Češková, 2005, s. 21).

Oba klasifikační systémy definují schizofrenii podobně. Rozdílně však určují dobu, po kterou mají příznaky trvat. MKN-10 požaduje dobu trvání jeden měsíc. DSM IV požaduje 6 měsíců a navíc požaduje deterioraci (tj. zhoršení či narušení) funkce. Definice DSM IV je tedy o něco užší.

K diagnostice jsou k dispozici různá strukturovaná interview. Jejich význam spočívá i ve vyloučení ostatních diagnóz a odhalení komorbidity, která může ovlivnit průběh, reakci na léčbu a prognózu.

2.8.1 Paranoidní schizofrenie

Představuje nejčastější typ této poruchy a její diagnostika je ze všech typů nejméně problematická. Je charakterizovaná především bludy, které bývají stálé a nejčastěji paranoidní. Spolu s bludy jsou přítomny i další pozitivní symptomy – halucinace. Nejčastěji to bývají sluchové halucinace verbální, které sami schizofrenici nazývají „hlasy“. Tyto smyslové halucinace člověku hrozí, nadávají mu, přikazují mu, vysmívají se, ponižují ho.

Zvláštním podtypem paranoidní schizofrenie je tzv. pozdní schizofrenie. Je pro ni charakteristický pozdní začátek – může se objevit až po 40. nebo dokonce 50. roku věku. U této pozdní schizofrenie se objevují halucinace kombinované. Jedinec má tedy nejen halucinace sluchové, ale také tělové, taktilní i viscerální, čichové, chuťové nebo kinestetické (Libiger, 2004).

Při akutní formě je člověk výrazně vzrušený, není schopen rozlišit, co je skutečné a co ne, co je pouze myšlené a co naopak skutečné. Dörner a Plog (1999) upozorňují, že je potřeba odlišit, co je iluze a halucinace. Iluze jsou obvykle reakcemi na úzkost. Při takovém stavu může člověk například keř vnímat jako postavu, paprsek světla jako přibližující se vozidlo. Halucinace jsou podněty, které vnímá pouze schizofrenik (alespoň tedy v tomto případě; halucinace jako takové mohou mít lidé i s odlišnou diagnózou, např. způsobené návykovými látkami), jedná jako by existovaly. Pro ostatní lidi jsou však nepřítomné.

V některých kulturách jsou halucinace považovány za religiózní zkušenost (Motlová, Koukolík, 2004).

2.8.2 Hebefrenní schizofrenie

Tento typ schizofrenie nejčastěji propuká v období dospívání až časně dospělosti. Hlavními znaky jsou podobnost s pubertálním obdobím – chování je nezodpovědné, pošetilé, nepředvídatelné, časté bývá manýrování. Emoce jsou neodpovídající, oploštělé a nepřiměřené. Verbální projev je nesouvislý (inkohorentní). Hebefrenik jedná v životních situacích nezrale a dětinsky. Může se objevovat pseudofilosofování a odtržení myšlení od skutečného světa. Dalším projevem může být velká proměnlivost emocí.

Je narušeno i navazování kontaktů. Člověk není schopen vázat se ve vztahu, má tendence izolovat se a vystačit si sám. Může také na lidi v okolí působit hrdě či povýšeně. Navázat a udržet kontakt s takovým člověkem může být dost problematické, jeho projevy jsou nepředvídatelné (Libiger, 2005). Nemocný někdy používá agresi, která je pro něj nástrojem k překonání rozdílu mezi vlastními prožitky a prožitky ostatních.

Hebefrenní schizofrenie se může projevit jednorázově nebo jako opakované vývojové adolescentní krize (Dörner a Plog, 1999).

Bludy a halucinace mohou být také přítomny, ale ne v takové míře jako u paranoidní schizofrenie.

V americkém systému se této schizofrenii říká dezorganizovaná (Svoboda, 2006).

2.8.3 Katatonní schizofrenie

Tento typ charakterizují poruchy volní motoriky. Projevy mohou být dvojího typu. Jedním jsou takové, které jsou způsobeny zvýšenou motorickou aktivitou. Takový člověk pak může dělat přehnaná gesta, grimasy, může být až k neudržení a divoce mlátit kolem sebe (tento stav nazýváme katatonní vzrušení). Druhá skupina projevů pak souvisí naopak se sníženou motorickou aktivitou. Člověk ztratí schopnost hýbat se a jakoby zkamení (takovému stavu se říká katatonní stupor). U obou typů projevů však platí jedno – člověk je ve vnitřním napětí, inhibovaný (zpomalený) a vnitřně vzrušený.

Existuje ještě další dělení projevů katatonního syndromu. První skupina projevů spadá do pohybové autonomie. Znamená to, že tyto projevy jsou nezávislé na okolí. Konkrétními projevy jsou parakineze (porucha souladnosti pohybů), manýrování (nesmyslně složité nebo obřadné posuňky a řeč), grimasování. Projevy patřící do druhé skupiny projevů jsou naopak závislé na vnějších podnětech. Člověk pak opakuje stále stejný, zautomatizovaný povel nebo setrvává v nastavené poloze. U této formy schizofrenie je nápadná bezcílnost, neodůvodněnost a nepřiměřenost pohybů. (Libiger, 2004) Dále uvádějí, že mutističtí a negativističtí katatonici mohou mít sklony úporně setrávat i sebepoškozujícím jednání. Ve verbálním projevu a v chování katatoniků se objevují stereotypie. Podrobněji jsou katatonní příznaky uvedeny a vysvětleny v tabulce 1.

Změny v jednání, resp. neschopnost ovládat jednání, není v této formě jedinou komplikací, která je přítomna. Mohou se totiž objevit i problémy s oběhovým systémem. Člověk totiž v katatonním stavu může mít vysoké teploty a hrozí mu riziko dehydratace.

Dnes se již vzácně objevuje extrémně vystupňované psychomotorické vzrušení. Projevuje se bezcílným neklidem, přecházejícím přes stupor do stavu vyčerpání, vegetativního rozvratu a hyperpyrexie. Může skončit smrtí (letálně). Zvládnout jej lze pouze pomocí vysokých dávek AP a intenzivní péčí. Stuchlík vysvětluje různé typy katatonní schizofrenie následovně: *„Eva Malá (Schizofrenie v dětství a adolescenci) zmiňuje pojmy febrilní katatonie, Stauderova smrtná katatonie (nebo letální Stauderova forma), perniciosní katatonie a akutní letální katatonie jako synonyma pro extrémně závažné formy katatonní schizofrenie. Každopádně katatonní symptomatologie obecně je velmi vzácná (patrně od zavedení neuroleptik ještě podstatně vzácnější než dříve) a zmíněné „jednotky“ nemají už dnes oporu v MKN. Pojmenování závažné formy katatonní schizofrenie je závislé především na tom, jaké prameny – především archaické – ten který autor užil“* (Stuchlík, 2010).

Tab. 1: Katatonní příznaky nejčastěji se vyskytující u schizofrenie

Manýrování	Běžné jednání je doplněno o nepřiměřené bizarní projevy. Výsledkem je nepřírozenost nebo situaci neadekvátní obřadnost, např. při stolování, oblékání nebo psaní.
Stereotypie	Opakující se pohyby určitých částí těla, bez souvislosti s celkovou pohybovou aktivitou.
Povelový automatismus	Automatické a okamžité reakce na povel, jakkoli nesmyslný, přičemž jinak pacient nespolupracuje.
Katalepsie	Stav, kdy jedinec setrvává v té pozici, do níž byl uveden, byť jde často o pozici nezvyklou (nástavy). Stojícímu nemocnému je například ohnuta noha v kolenu, tudíž setrvává v postoji na jedné noze. Ležícímu nemocnému je odebrán podhlavník. Místo toho, aby hlavu volně položil na lůžko, leží s hlavou zvednutou – příznak „podušky“.
Flexibilitas cerea	Vosková ztuhlost, při manipulaci s částí těla imponující končetiny jako by byly z vosku, kladou plastický odpor. Například při pokusu postavit pacienta z předchozího příkladu na obě nohy.
Grimasování	Nezvyklé, nevhodné a více či méně nápadné výrazy v obličeji.
Negativismus	Aktivní: chování přesně opačné, než je požadováno (na výzvu pojd'te dopředu jde dozadu). Pasivní: na výzvu nereaguje.
Echomatismy	Automatické opakování projevů druhého člověka (opičení se).
Stupor	Vymizení pohybové aktivity a řeči při plně zachovalém vědomí.
Excitace, raptus	Výrazný psychomotorický neklid s bezcílným jednáním. Např. pacient s nezúčastněným výrazem vytrhává radiátory ústředního topení ze zdi.

Motlová, 2004, str. 27

2.8.4 Nediferencovaná schizofrenie

U tohoto typu nelze rozhodnout, jaké symptomy převažují. Buď příznaky nejsou tak silné, aby splňovaly kritéria pro některou z forem schizofrenie a nebo je jich tolik, že splňují kritéria pro více forem.

Tento typ schizofrenie se vyskytuje poměrně často (Libiger, 20004).

2.8.5 Reziduální schizofrenie

Pokud odezní akutní příznaky schizofrenní ataky, může nastat chronický stav, který je pojmenován jako reziduální. Symptomy v tomto případě bývají méně intenzivní. Projevem jsou především negativní příznaky jako je podivínství a lenošnost, které souvisí i se zanedbáváním sebe i okolí, jedinec se také může různě toulat. Běžně se vyskytuje emoční plochost, sociální stažení, pasivita. Příznaky mohou být odpovídající těm, které měl nemocný

v prodromální fázi. Tyto symptomy se objevují jen v určitých situacích. Obvykle se to týká nějaké zátěže, které je nemocný vystaven. A i obyčejné situace mohou být vnímány jako stresové události. Při diagnostikování této formy schizofrenie se jako další příznaky objevují zhoršená pozornost a paměť.

Libiger (2004) uvádí, že dříve byla tato forma diagnostikována jako postpsychotický defekt nebo psychopatizace.

2.8.6 Simplexní schizofrenie

Představuje typ obzvláště chudý na symptomatiku a je velmi těžko uchopitelná. Často je proto diagnostikována až po delší době pozorování. Důležitým klíčem pro rozpoznání projevů tohoto typu poruchy je zásadní změna postojů vůči rodině, škole, zaměstnání. Hlavní charakteristikou těchto postojů je nesrozumitelnost. Tato nesrozumitelnost napomáhá odborníkům odlišit tuto poruchu od ostatních neurotických a psychopatických změn (Libiger, 2004)

Tento typ je charakterizován stažením a redukcí volní složky a oploštěnou emotivitou. Po dlouhou dobu se člověk postižený touto formou projevuje slovy jako „už nechci“ nebo „už nemohu“ (Dörner a Plog, 1999) a jakoby ztrácí životní sílu. S tímto stavem se pojí i neochota a neschopnost o sebe dbát. Často se stává, že lidé v okolí – a patří sem i třeba psychiatrický personál – toho chování hodnotí jako neposlušnost i přesto, že se jedná o příznak. Při takovém chybném zhodnocení může jít o myl se závažnými následky (Dörner a Plog, 1999).

U jedince se simplexní formou se objevují neurotické obtíže. Prožívá stavy úzkosti nebo hysterie, které nejsou zcela pochopitelné, lidé v okolí nechápou důvody tohoto chování. Kromě toho člověk může prožívat stesk a cítí se nespokojený.

2.8.7 Nová typologie schizofrenie

Výše uvedené formy schizofrenie jsou užívány v souvislosti s klasifikací dle diagnostických manuálů (MKN-10 a DSM-IV). Je však důležité zmínit, že existují i dělení podle jiných pravidel. Odvíjí se především od přítomnosti pozitivních a negativních příznaků. Odborníci se však neshodují v tom, zdali jsou oba typy příznaků na sobě nezávislé. Není ani jisté, jestli jsou některé příznaky typicky spjaté pouze s určitým stadiem chorobného procesu (Libiger, 2001).

2.9 Průběh

Průběh schizofrenie je v mnoha ohledech specifický. Především je velice proměnlivý, variabilní, neexistují dva schizofrenici, u nichž by nemoc probíhala stejně nebo alespoň podobně. Je to dáno mnoha vlivy – vlastním chorobným procesem a samotnou osobností nemocného (jeho fyzickým stavem, schopností adaptace, sociálním prostředím atd.). Přes četnost faktorů, které se podílejí na průběhu onemocnění, je přeci jen možné najít rysy, které bývají nemocným společné. Týká se to především stadií nemoci.

Než nemoc zcela propukne (manifestace), můžeme na člověku pozorovat některé změny. Úplně prvnímu období, kdy se tyto změny začnou vyskytovat, se říká období premorbidní (tedy před nemocí). Libiger (2004) uvádí, že se odlišnosti v podobě jemných odchylek v motorickém a sociálním vývoji mohou objevovat již během prvním pěti let života. Tyto odchylky mají také tendenci se prohlubovat. Takový člověk může mít poruchy pozornosti, může být sociálně stažen. Tyto premorbidní změny mohou být zcela nenápadné.

Premorbidní období pak plynule přechází do období dalšího, prodromálního. Nejčastěji se prodromy objevují v adolescenci. Příznaky tohoto období mohou být již nápadnější, napovídají, že se s psychikou něco děje. Prodromy mohou být přítomny i poměrně dlouhou dobu, může to být i několik let. Stává se, že v této době se člověk poprvé dostane do kontaktu se zdravotnickým prostředím. Okruh příznaků se rozšiřuje. Konkrétně se může jednat o zvláštnost chování, pocitů a myšlenek, člověk může být úzkostlivý, depresivní, hloubavý. Mezi typické příznaky patří ty negativní – dá se pozorovat ochuzení řeči až nemluvnost, emoční stažení. Lidé bývají neobvykle vztahovační. Bývají přítomny i změny ve vnímání. V neposlední řadě se prodromy projevují nespavostí, podrážděností (Libiger, 2004).

Libiger (2004) dále píše, že v odborných kruzích převládá názor, že již prodromy si zaslouží léčbu. Většinou k ní však dojde až v průběhu první psychotické ataky. Stává se totiž, že se lékař zdráhá pojmenovat přítomné příznaky jako chorobu, aby nedošlo ke zbytečné léčbě a stigmatizaci mladého člověka procházejícího adolescentní krizí.

Po prodromálním období pak přichází první psychotická epizoda. Zde jsou již změny náhlé, intenzivní a hlubší. Psychotické příznaky pak vedou často k hospitalizaci. V tomto bodě se již setkáváme s floridními příznaky, které jsou uvedeny u jednotlivých forem schizofrenie.

Výzkumy, konkrétně Liebermanův (Libiger, 2004), ukazují, že u 75 % pacientů, kteří prodělali první psychotickou epizodu, nastane remise, u 12 % se příznaky zmírní, tj. jsou

reziduální. Po první epizodě dochází u většiny pacientů k relapsům, ale u 15-22 % ze sledované skupiny pacientů s první epizodou je možné pozorovat úplné vymizení příznaků. Češková (2005) upřesňuje, že přibližně třetina pacientů, kteří se léčí se schizofrenií, je po jedné či několika málo epizodách schopna vrátit se k běžnému životu, příznaky u této části pacientů téměř vymizí. Další třetinou jsou ti, u nichž se celý život střídají psychotické epizody s remisemi. Pro tyto lidi bývá velmi obtížné získat zpět své zaměstnání. Často jim tedy musí být přiznán invalidní důchod. Poslední třetinou jsou lidé, u kterých léčba nepomůže zbavit se příznaků psychózy. Proto nejsou schopni samostatného života a jsou odkázáni na pomoc blízkých, případně zdravotnického zařízení.

Zároveň je potřeba zdůraznit, že jednotlivé studie a výzkumy se trochu liší. Je to dáno určitou rozdílností metodologie těchto studií (Češková, 2005).

Již bylo zmíněno v kapitole 2.6, že to, v jakém stavu bude člověk po prodělání první epizody, záleží na tom, jaká byla premorbidní osobnost nemocného. Týká se to především míry narušení kognitivních funkcí. Dalším faktorem, který se podílí na průběhu nemoci po prodělání první epizody, je povaha poskytované léčby a její včasnost. Významnou roli hraje pro schizofrenika jeho sociální prostředí, především rodina a blízcí. Důležitá je i jeho společenská a pracovní perspektiva.

Na začátku kapitoly bylo uvedeno, že schizofrenie se projevuje u každého člověka specificky. Lze však rozpoznávat nejen jednotlivá stadia onemocnění (i před samotným vypuknutím). Bylo zjištěno několik možností, jaký může mít samotná nemoc průběh z hlediska počtu akutních epizod. Těmto možnostem průběhu se věnuje Vágnerová (2008). Jako první uvádí epizodický průběh. V tomto případě člověk prodělá jednu jedinou epizodu a poté příznaky vymizí, dá se říci, že zdravotní stav se upraví. Druhou možností je opakovaný průběh. Pacient prodělává opakované epizody s remisemi. Třetí možností je maligní průběh. Znamená rychlý nástup nemoci a zároveň rychlá změna osobnosti nemocného. Týká se to emotivity, kognitivních funkcí i změn v chování a sociálním uplatnění. Čtvrtým typem průběhu nemoci je průběh chronický. I zde se opakují remise a zároveň dochází k nepříznivým změnám. Člověk ztrácí schopnost se adaptovat. V tomto případě je riziko, že nemoc začne být reziduální a s postupným úpadkem osobnosti nemocného. Reziduální, resp. chronický průběh onemocnění, je považován za pátou možnost průběhu schizofrenie. Tento průběh hrozí především u těch lidí, jejichž nemoc se projevuje negativními příznaky. U tohoto typu příznaků je totiž charakteristické oslabení nebo ztráta normálních funkcí. Člověk může v chronickém stavu ztratit mnoho ze svých dřívějších kompetencí. Vágnerová (2008) ještě

doplňuje, že tento stav bývá označován jako syndrom zlomené pružiny. Člověk není schopen pracovat, je pomalý, jeho výkonnost je tedy výrazně snížena. Také jeho adaptační schopnosti jsou horší a s velkými obtížemi zvládá i běžné a banální zátěže. Emotivita je mělká, bez schopnosti prožívat radost. Člověk je snadněji unavitelný, cítí se být fyzicky nemocný. Tito lidé sami o sobě mluví jako o změněných, vnímají rozdíl mezi tím, jací bývali a jaká změna se s nimi udála až do současnosti. Tento reziduální stav bývá považován za obranný mechanismus proti nadměrným vnějším podnětům, které nemocný člověk nedokáže eliminovat a vhodně zpracovat. Proto na tuto pasivitu a snahu vyhýbat se činností bývá nahlíženo jako na obranný mechanismus (Mentzos, 2005). Bohužel však právě tento mechanismus ztěžuje, nebo spíše znemožňuje, zapojení nemocného zpět do normálního života.

Poslední, šestou možností průběhu schizofrenie je vznik postprocesuální změny osobnosti. Zde dochází k negativním proměnám vlastností a projevů, může dojít i k závažným a progredujícím změnám v psychosociální oblasti. Může se stát, že člověk v tomto stavu není vůbec schopen se o sebe postarat a musí být odkázán na péči jiné osoby či instituce.

2.10 Prognóza

Je zajímavé uvést faktory, které pozitivně a negativně ovlivňují prognózu této duševní poruchy podle Českové (2005).

2.10.1 Příznivé prognostické faktory (dobrá prognóza a naděje na remisi):

- ženské pohlaví
- premorbidní manželský život nebo alespoň stabilní partnerský vztah
- dobré premorbidní sociální fungování
- začátek onemocnění
- začátek v pozdějším věku než v dětství
- pokud je v rodinné anamnéze duševní onemocnění, pak lepší prognózu má výskyt afektivní poruchy
- afektivní odpověď v akutním stadiu (elace, tj. povznesená nálada, nebo deprese)
- lepší socioekonomické zázemí
- kratší délka eventuální hospitalizace
- paranoidní typ schizofrenie

- převaha pozitivních příznaků nad negativními

2.10.2 Nepříznivé prognostické faktory:

- mužské pohlaví
- nízký věk na začátku onemocnění
- nenápadný začátek, nepřítomnost spouštěcích faktorů
- premorbidní život bez partnera
- schizofrenie v rodinné anamnéze
- dezorganizovaný nebo nediferencovaný typ schizofrenie
- autistické chování, oploštělá emotivita
- převaha negativních příznaků
- zneužívání drog
- život v dysfunkční rodině s vysokým stupněm emoční atmosféry (Češková, 2005)

2.11 Léčba

Léčba schizofrenie je velmi široké téma a zahrnuje mnoho oblastí. Cílem léčby je podle Češkové (2006) snížení morbidity, mortality, snížení frekvence a závažnosti opakovaných epizod, psychotických exacerbací, zlepšení funkční kapacity a zlepšení kvality života. To znamená komplexní a kontinuální péči po celý život.

Základem je léčba farmakologická. Ta spadá do kompetence lékařů, konkrétně psychiatrů. Pro sociálního pracovníka (např. case manažera) není farmakologická léčba stěžejním tématem v rámci jeho práce. Avšak je vhodné a užitečné, aby i sociální pracovník měl dostatečný přehled o této oblasti. Rozšiřuje tak znalosti, které může aplikovat při práci s klienty.

Znalost základů psychofarmakologie má fakticky dva hlavní důvody. Člověk pracující s klienty, kteří mají psychickou poruchu, potřebuje znát, jaké mají léky hlavní a vedlejší účinky, jak jsou snášeny, co se děje, přestane-li klient léky užívat. Sociální pracovník také může hrát důležitou roli při psychoedukaci klienta, při které se bez znalostí základů farmakologie těžko obejde. Proto kapitola týkající se léčby bude uvedena právě léčbou farmakologickou.

2.11.1 Léčba biologická – farmakologická

Farmakologie je vědní disciplínou, která v posledních desetiletích způsobila rychlý vývoj v oblasti léčby duševních onemocnění a poruch. Původně se při léčbě používala elektrokonvulzivní terapie (EKT) neboli léčba elektrošoky. Díky experimentům a pozorování se farmakologům podařilo objevit látku, která účinkovala u pacientů se schizofrenií. V roce 1952 tato látka začala být úspěšně podávána jako lék pacientům trpícím neklidným psychotickým onemocněním. Jedná se o chlorpromazin, který je používán dodnes. Tento objev symbolizuje dobu, která následovala. Nástup moderní farmakoterapie v 60. letech je označován jako psychiatrická revoluce. Je pro to několik důvodů. Jednak se to týká změn v péči o pacienta. Češková (2005) to upřesňuje tak, že podoba psychiatrických oddělení se začala přibližovat oddělením ostatním, bylo možné zredukovat omezovací prostředky. Také to umožnilo snížit počet lidí, kteří byli dlouhodobě hospitalizováni. Je také důležité zdůraznit, že nemocným byl umožněn návrat do běžného života, což do doby před nástupem psychofarmak nebylo možné. Dalším důvodem, proč je doba psychiatrické revoluce považována za zásadní, je vliv na další bádání. Tato doba dala podnět ke vzniku mnoha důležitých teorií a hypotéz o vzniku psychických poruch.

Po zavedení chlorpromazinu bylo objeveno mnoho dalších antipsychotik. Obecně se dělí antipsychotika (AP) do dvou skupin – na starší, klasická, kterým se říká antipsychotika I. generace, typická, konvenční, a nová, atypická, tedy antipsychotika II. generace.

V současné době jsou při léčbě preferována AP II. generace (Češková, 2006). Obě dvě skupiny AP mají stejný účinek v léčbě psychotických příznaků. Zásadní rozdíl je však ve vedlejších účincích a ovlivňování příznaků. AP II. generace účinkují na širší oblast psychotických příznaků. Mezi pozitiva patří ovlivňování afektivní symptomatologie. Výrazně také ovlivňují negativní příznaky a kognitivní dysfunkci. AP II. generace jsou pacienty lépe snášena a zvyšují kvalitu jejich života, zvyšují spokojenost pacienta a snižují spotřebu zdravotní péče. Atypická antipsychotika lépe účinkují i u pacientů, kteří jsou k farmakologické léčbě rezistentní. Poměrně široké spektrum dostupných psychofarmak je rozděleno do několika skupin, podle kterých je vidět, s jakými vedlejšími účinky jsou spojeny. Vedlejším účinkům bude věnována následující kapitola.

Dá se říci, že antipsychotický účinek těchto léků je založen na schopnosti ovlivňovat reaktivitu dopaminových receptorů.

Vedlejší účinky antipsychotik

Výběr vhodného psychofarmaka není jednoduchou záležitostí. Neměl by se týkat pouze lékaře. Ten při výběru hraje důležitou roli odborníka s patřičným vzděláním a zkušenostmi. Další částí, která se podílí na volbě správného léku, je lék samotný. Je důležité zvážit, jak je lék účinný, jaká je jeho snášenlivost, jakou podobu mají jeho vedlejší účinky, je-li pro pacienta finančně dostupný. V neposlední řadě by se na výběru léku měl podílet pacient, samozřejmě v případě, že mu to jeho zdravotní stav dovolí. Pacient by se měl vyjádřit, jaké vedlejší účinky jsou pro něho akceptovatelné a jaké nikoliv. Je přijatelné, když společně s pacientem vše zváží i jeho rodina. K výběru vyhovujícího antipsychotika patří následná psychoedukace pacienta a jeho rodiny (Češková, 2005).

Vzdělání sociálního pracovníka v oblasti psychiatrie nelze zredukovat na základní znalost jednotlivých léčiv a jejich indikaci. Psychofarmaka téměř vždy představují riziko výskytu vedlejších účinků. Proto by pracovník měl být schopen řešit s klientem i problémy souvisejícími s těmito vedlejšími účinky:

a) extrapyramidové nežádoucí účinky

Znamená to, že není regulováno svalové napětí (tonus) a pohyb (kineze). Projevem může být chorobná neposednost (akatie), poruchy pohybu po dlouhodobé léčbě AP (tardivní dyskineze)

b) metabolické nežádoucí účinky

Bylo zjištěno, že při podávání atypických AP se hmotnost pacienta zvyšuje více než u typických apod. Obezita je závažným problémem, který se podílí na vzniku diabetu druhého typu, kardiovaskulárních chorob, žlučkových potíží, některých typů rakoviny, ovlivňuje plodnost, a způsobuje mnoho dalších zdravotních obtíží. Obézní lidé více zatěžují pohybový aparát, jsou tedy náchylnější k degenerativním onemocněním jakou je třeba osteoporóza. Kromě zdravotní stránky obezita ovlivňuje i sociální roli člověka, zvýrazňuje stigma nemocného, což může vést k většímu sociálnímu stažení a k dalšímu snížení kvality života.

c) narušení glukózového metabolismu

Diabetes byl uveden jako příčina obezity při užívání AP. Bývá tak často přítomen jako jedna část metabolického syndromu, což je diabetes, obezita a hypertenze. Podávání AP však může ovlivňovat hladinu cukru v krvi i nezávisle na tělesné hmotnosti. Nemusí se však jednat přímo o diabetes, ten je až nejzávažnější reakcí na podávání psychofarmak. Může se stát, že pacient má narušenou toleranci nebo má zvýšenou glykémii nalačno.

d) dyslipidemie

Při těchto projevech vedlejších účinků je zvýšena hladina lipidů a s nimi svázanými lipoproteiny. Znamená to zvýšené riziko aterosklerózy mozku a ischemické choroby srdeční.

Všechny tři posledně uvedené nežádoucí účinky spolu souvisí. Jako prevenci Češková (2005) zdůrazňuje správné zvolení psychofarmaka. Důležité také je, aby pacient na výběru léku spolupracoval a vyjádřil, co preferuje. Zásadou prevence je informovanost. Informován musí být nejen nemocný, ale také jeho blízcí, rodina.

Při užívání antipsychotik je podmínkou pravidelné klinické i laboratorní sledování. Lze říci, že některá atypická AP jsou rizikovější, stejně jako jsou rizikovější pacienti, ale optimální je provádět pravidelná vyšetření u všech schizofreniků, kteří se léčí tímto druhem antipsychotik.

Další vedlejší účinky psychofarmak souvisí s ovlivňováním hladin hormonů. Především se toto týká prolaktinu. Je to hormon produkovaný hypofýzou. Projevovat se může gynekomastií (zbytnění prsní žlázy u muže), galaktoreou (sekrece mlék z prsních bradavek), menstruační nepravidelností, neplodností, řídnutím kostí (Češková, 2006). U mužů i žen se mohou objevovat sexuální dysfunkce. Protože hladina prolaktinu je ovlivněna i dalšími hormony, je zde zvýšené riziko osteoporózy či některého typu rakoviny (prsu, dělohy).

Sexualita je v souvislosti se schizofrenií specifickou problematikou. Sexuální dysfunkce jako vedlejší účinky užívání psychofarmak jsou jen jednou částí. Češková (2006, s. 60) upozorňuje: „*Je nutné si uvědomit, že schizofrenie je sama spojená se snížením libida a sexuálních aktivit i bez podávání apod. 27 % nemocných neudává žádnou chtěnou sexuální aktivitu, 70 % nemá žádného partnera.*“ a dále doplňuje: „*Sexuální problémy související s medikací mohou být vnímány velmi negativně a mohou hrát roli při nonkomplianci.*“

2.11.2 Léčba biologická – stimulační

Do stimulačních metod léčby schizofrenie patří elektrokonvulzivní terapie (EKT), které se také někdy laicky říká elektrošoky. K této metodě v naší společnosti přetrvávají značné předsudky. Češková (2008) jako jednu z příčin těchto předsudků považuje filmovou tvorbu. Jako příklad uvádí slavný film Miloše Formana Přelet nad kukaččím hnízdem. Považuje jej za skvělé dílo světové kinematografie, který však představu o léčebnách poněkud zkresluje. „*Film popisuje prostředí zaostalých velkých amerických léčeben z počátku 60. let minulého*

století, tedy ještě před érou rozvoje psychofarmak. Skutečnost je taková, že šoky dnes provádíme v celkové anestezii a pro nemocného v podstatě znamenají jen intravenózní (žilní) injekci. Přes veškerý pokrok psychofarmak zůstávají šoky u některých závažných poruch poslední, ale velmi účinnou metodou“ (Češková, 2008, s. 24). Pro ujasnění představy ještě Češková (2008, str. 24) k elektrošokům dodává: „Jejich nové modifikace již jenom stimulují určité části mozku, které jsou podle našeho předpokladu zodpovědné například za poruchu emocí ve smyslu deprese, a provádí se ambulantně bez anestézie.“

Malá (2005) ještě upřesňuje, že EKT se užívá především u katatonních forem schizofrenie. Dále zmiňuje, že léčba nemusí být striktně rozdělena pouze na farmakologickou nebo pouze stimulační, ale že oba typy lze kombinovat.

2.11.3 Léčba nefarmakologická

V dnešní době již naštěstí většina odborníků chápe, že léky při léčbě psychické poruchy nevyléčí všechny oblasti – psychické i fyzické. Na léky obvykle nejlépe reagují pozitivní příznaky a jejich odstranění bývá tedy relativně snadnější.

Negativní příznaky přetrvávají déle. Konkrétně to může být ochuzená řeč, ploché emoce, apatie, nedostatek zájmu o okolí i sebe. Velkým problémem pak je přetrvávající kognitivní deficit. Moderní psychofarmaka tuto oblast pozitivně ovlivňují, avšak jen částečně. Farmakologie zde musí být doplněna psychologickým přístupem. Hlavní oblastí v rehabilitaci člověka, který má schizofrenii, je právě kognitivní deficit, tedy zpracování informací, pozornost, paměť a exekutivní složka (Češková, 2006). Nedostatky v těchto oblastech právě nejvíce znesnadňují návrat do sociálního prostředí. Jako následek z toho často vyplývá ztráta přátel, koníčků, nezájem o okolní svět. Češková (2006, s. 200) navíc doplňuje: „*Neurokognitivní deficit ovlivňuje úspěšnost rehabilitačních postupů – bylo například zjištěno, že determinujícím prvkem při návratu sociálních dovedností nejsou pozitivní či negativní příznaky, ale právě závažnost kognitivního postižení- konkrétně exekutivních funkcí, verbální paměti a pozornosti.*“

Lidé se schizofrenií mívají potíže se sociálním zařazením již v době, kdy porucha plně nepropukla – v prodromálním ale i premorbidním období. Často mívají méně přátel, partnerských vztahů. Během akutní psychózy se z jejich sociálního prostředí vymaní často úplně. Po odeznění akutních příznaků je tedy potřeba oživit, obnovit sociální dovednosti. Pracuje se na zlepšení dovednosti správného vnímání a porozumění, zlepšení vyjadřování

pozitivních emocí. Pracuje se na zlepšení verbální komunikace – je potřeba trénovat zahájení, udržování a ukončení krátkého rozhovoru. Důležité je i snažit se méně vyjadřovat negativní emoce. Při sociální rehabilitaci je samozřejmě kladen důraz na sebe-obstarání. Pro člověka je důležitá komunikace s rodinou, musí trénovat nakupování, zařizování potřebných věcí na úřadech, komunikovat s lidmi ze sociální sítě, vlastně si často sociální síť musí budovat od základů znovu. Musí se učit přiměřeným způsobem se prosazovat, umět nacházet kompromisy, nacvičovat řešení konkrétních problémů (Češková, 2006).

Oblasti nefarmakologické léčby schizofrenie lze shrnout podle Malé (2005, s. 137): „*Je nutná psychoterapie i socioterapie. Nejčastěji se provádí psychoedukativní terapie, kognitivně-behaviorální terapie a individuální, skupinová a rodinná terapie.*“

2.11.4 Fáze léčby

a) akutní léčba

Při akutní léčbě je pozornost zaměřena na pozitivní příznaky nemoci. Pokud je nemocný agresivní, agitovaný (neklidný, rozrušený, někdy i verbálně či brachiálně agresivní) a hyperaktivní, je možné tyto stavy odstranit v průběhu hodin a dní. Pokud je potřeba odstranit příznaky jako jsou halucinace či bludy, je to otázka delšího času, lepší se však již během několika dní (Češková, 2006).

Akutní léčba má i psychosociální stránku. Spočívá především ve snaze odstraňovat stresory, které by mohly akutní léčbu omezovat. Vzhledem k narušenému psychickému stavu člověka v této fázi je důležité, aby s ním lidé z jeho okolí jasně komunikovali. Lidé kolem pacienta k němu musí být tolerantní a podporovat ho (Češková, 2006).

Pokud to zdravotní stav pacienta umožňuje, měl by být dostatečně informován o svém stavu a měl by být povzbuzován ke spolupráci. Již bylo výše zmíněno, že pro člověka, který trpí schizofrenií, hraje podstatnou roli jeho rodina. Pokud je dobře informována a nakloněna ke spolupráci, znamená to pro nemocného vysokou šanci vrátit se k předchozímu životu.

Po 4-8 týdnech obvykle nastává zlepšení a následná stabilizace, pomalu se člověk vrací k normálnímu fungování.

b) fáze stabilizace

Jak píše Češková (2006), cílem této fáze je snaha udržet získané zlepšení. V centru není důraz na zapojování do života a rehabilitace. Podstatné je, aby pacient a jeho rodina viděli naději a prostor pro další pokrok. Ve fázi stabilizace ještě přetrvávají negativní příznaky

a kognitivní dysfunkce, které ustupují pomalu, bývá to otázkou půl roku až roku. U řady schizofreniků tyto projevy v mírné formě přetrvávají i dále. Většinou bývá v této fázi nemocný již propuštěný z hospitalizace (není to pravidlo, existuje mnoho výjimek).

V tomto období pacient nadále užívá psychofarmaka. Z psychosociálního hlediska by měl být člověk v této fázi podporován, ale méně direktivně a strukturovaně. Velmi důležité je, aby pacient věděl o nemoci, kterou trpí, co možná nejvíce, aby znal průběh, jaká může být prognóza a compliance.

c) fáze stabilní

Češková (2006) vysvětluje, že cílem léčby v této fázi je prevence relapsu. Je potřeba, aby se zamezilo zhoršení či znovu vypuknutí psychotických příznaků. Při léčbě se klade důraz na dosažení remise a její udržení. Pokud je remise dlouhodobá, znamená to prostor pro další zlepšení a možnost uzdravení. Je vhodné, aby ani v této fázi pacient nevysazoval psychofarmaka. Jejich užívání představuje dlouhodobou záležitost, často celoživotní. Dávky léků se však zmenšují, lékař ve spolupráci s pacientem by měl mít zájem o to, aby dávka obsahovala minimální účinnou látku.

Psychosociální stránka v této fázi je již zaměřena na cílené zapojení člověka do běžného života. Přispívá k tomu intenzivní spolupráce s rodinou. Jako vhodná terapie je užívána terapie kognitivně-behaviorální a kognitivní rehabilitace. Matoušek k terapeutické práci s rodinou v této fázi dodává: „*Cílem práce s rodinou je předejít přílišnému pečování o pacienta, ale také jeho zavržení. Práce s rodinou může mít povahu skupinových instrukcí, ale musí také reagovat na konkrétní těžkosti jednotlivé rodiny*“ (2007, s. 100).

2.11.5 Relaps

Tento termín označuje opětovné vzplanutí psychózy (Höschl, 1997). Pokud je schizofrenik dlouhodobě léčen, riziko relapsu je sníženo. Je však pravda, že ke stálým relapsům dochází u 20–30 % nemocných ročně a týká se to i při dodržování medikace.

Relapsy mají mnoho negativních následků na celkovou léčbu. Patří mezi ně snižování lékové odpovědi (AP zabírají méně), vedou k rezistenci na léčbu (AP přestávají účinkovat). Pokud člověk prodělá opakovanou psychotickou epizodu, znamená to pro něj zvýšené riziko, že se tento stav může v budoucnu zopakovat.

2.11.6 Důvody relapsu

První důvod relapsu vychází přímo z charakteristiky nemoci samotné, z toho, jak vlastní nemoc přirozeně probíhá. Některé projevy se nepodaří léčebně ovlivnit. Do problematiky relapsu patří i to, do jaké míry je pacient schopen náhledu, na kolik dodržuje lékařská doporučení (kompliance), zdali svou nemoc nepopírá.

Dalším důvodem pro znovu vzplanutí psychózy je z psychosociální oblasti. Velmi negativně působí nedostatečná podpora blízkého okolí, tedy rodiny, přátel. Negativně na průběh nemoci působí také stresové prostředí. Bohužel se na možném relapsu může podílet i nedostatečná podpora ze strany zdravotního systému. V současné době například není povinností zachycování a sledování vybraných skupin pacientů, v tomto případě tedy pacientů s psychózami, jak tomu bylo dříve. Udává se, že až 50 % pacientů se nedostaví k první ambulantní kontrole po návratu z hospitalizace. Důležitou úlohu zde hraje rodina, která může v tomto směru na svého blízkého pozitivně zapůsobit. Pokud však nepokračuje v antipsychotické léčbě, znamená to velmi vysoké riziko relapsu a dalších negativních důsledků. Lidem, kteří léky vysadí, hrozí trojnásobné riziko, že budou relabovat (Češková, 2006).

2.11.7 Prevence relapsu

Jak bylo zmíněno výše, prevence relapsu patří mezi prevenci sekundární. Na rozdíl od primární prevence je realizovatelná, resp. má svoje důležité místo při léčbě. Pilířem je léčba antipsychotiky. Farmakologická léčba se v ideálním případě kombinuje a psychosociální intervencí. Konkrétní způsoby prevence budou uvedeny v kapitole 3.

2.11.8 Kompliance

Kompliance úzce souvisí s relapsem. Vyjadřuje rozsah, jak nemocný plní rady a doporučení lékaře. Týká se to užívání psychofarmak, dietního opatření a změnou životního stylu (Češková, 2006). Mezi relapsem a kompliancí existuje vztah nepřímé úměrnosti – čím je compliance nižší (tzn. čím hůře pacient plní lékařovy rady), tím vyšší je riziko, že u pacienta propukne relaps. Způsobů, jakými se compliance může projevit, je podle Češkové několik: *„Nemocný se nedostaví ke schůzce, nenechá si vystavit recept, nevyzvedne si recept, nedodržuje frekvenci dávkování, dávku omylem nebo úmyslně vynechá nebo lék vysadí zcela. Může však také brát lék častěji nebo se uchýlit k automedikaci“* (2006, s. 197). Lékař má

možnost pacientovu kompliance měřit jednoduchými metodami jako je přímý dotaz, může kontrolovat předepsané recepty nebo počítat tablety. Češková však upozorňuje na to, že tyto metody nejsou příliš spolehlivé. Ty spolehlivější v podobě různých laboratorních testů či monitorovacích systému jsou však velmi finančně náročné. Proto doplňuje ještě jedno výhodné řešení: „*Jednou z možností, jak zvýšit compliance, je aplikace injekční formy s dlouhodobým působením. Tyto tzv. depotní formy lze aplikovat v intervalech 2–6 týdnů a nemocný nemusí myslet na každodenní brání léků. Nyní máme k dispozici i atypické depotní AP, které může compliance významně zvýšit*“ (Češková, 2006, str. 197).

Na tom, jak nemocný plní doporučení lékaře, může mít pozitivní vliv jeho rodina, proto je důležité, aby se do psychoedukace zapojila i ona. Může svého nemocného člena podporovat, poskytovat mu zázemí a zároveň je citlivá na projevy, které nějakým způsobem vybočují. Proto jsou významní i z hlediska rozpoznání návratu nemoci. Mohou pak nemocného přimět ke konzultaci s lékařem, v krajním případě k další hospitalizaci (Češková, 2008).

Další neméně důležitou osobou v rámci compliance je samotný ošetřující psychiatr. Češková (2008) je toho názoru, že i vlídné podání léků má důležité místo při léčbě. Může se stát, že nemocný přestane svého psychiatra navštěvovat např. z důvodů nesympatií, strachu sdělit problémy apod.

3. Case management

3.1 Vznik a původ case managementu

Tento pojem se zformuloval v 60. letech minulého století. Byla to doba procesu transformace psychiatrické péče, především ve Velké Británii a USA. Situace byla taková, že lidé s vážnými duševními poruchami nečerpali služby, které pro ně byly určeny. Odborníci se začali zabývat otázkou, jak služby, které byly k dispozici, dostat tam, kde jsou potřeba. Nebyl to však jediný problém, se kterým se psychiatrie potýkala. Bylo nutné řešit i finanční stránku věci. V té době lidé s duševními poruchami využívali především lůžkovou péči a krizové služby. Obě tyto oblasti jsou velice nákladné. Další otázkou, která se tedy musela řešit bylo snižování nákladů na péči duševně nemocných (Stuchlík, 2009).

V Británii se základem pro vznik nových přístupů v péči o lidi s duševní poruchou stal klasický americký PACT (Psychiatric Assertive Community Treatment) model, který vypracovali Leonard Stein (jeho hlavním úkolem bylo prosazování nového modelu) a Mary Ann Testová (autorka modelu). Základními charakteristickými – a v té době novými – rysy tohoto modelu péče je individuální plán, dostupnost pro klienta 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Tento individuální program měl nejen služby poskytovat, ale zároveň se zapojovat do vhodných služeb v regionu. Z tohoto modelu pak v mnohém vycházel nový přístup k rozvoji péče ve velké Británii, který byl nazván DISC – Developing Individual Services in the Community (Stuchlík, 2001).

3.1.1 USA

Péče o duševně nemocné byla až do 50. let záležitostí velkých státních nemocnic. Blížila se psychiatrická revoluce – tedy nástup moderní farmakoterapie. Pátá dekáda 20. století byla ve znamení fenithiazinů, konkrétně např. chlorpromazinu (viz. kapitola o 2.11). Tyto nově objevené látky, které měly antipsychotické účinky, byly v této době považovány za „všelék“. Odborníci je poněkud přecenili, když věřili, že užívání těchto léků způsobí výraznou redukci lůžek v nemocnicích (Stuchlík, 2001). Stuchlík dále popisuje, že další dekáda nebyla obdobím de-institucionalizace, ale spíše trans-institucionalizace. Velké množství lidí bylo z nemocnic přesunuto do domů s pečovatelskou službou, kde byly podmínky spíše horší. A počet lidí, kteří byli v psychiatrických nemocnicích a domech

s pečovatelskou službou, rostl (Stuchlík, 2001).

V této době začala vznikat Centra komunitní péče. Byla financována jednotlivými státy a federální vládou. Bylo naplánováno, že těchto center bude dva tisíce. Nakonec jich bylo zprovozněno jen necelých osm set. Jejich fungování ale bylo poněkud problematické. Především byla kritizována kvůli nejasnému plánování služeb. Dalším nedostatkem bylo to, že se nabízené služby přestávaly orientovat na duševně nemocné. Jako následek této situace vzniklo přebytečné množství služeb, které byly zaměřeny jen na úzké skupinky klientů. Tyto služby mezi sebou nebyly provázané. Tento nepřehledný stav sociálních služeb měl za následek to, že duševně nemocní se v těchto službách nedokázali orientovat, a z toho důvodu je neužívali. Původní zajímavá myšlenka tedy dopadla zcela jinak a v neprospěch těch, kterých se týkala a jimž měla pomoci ve složité životní situaci (jako duševní onemocnění zajisté je). Pak přišla léta sedmdesátá. K vyřešení problému s poskytováním služeb duševně nemocným byl určen Národní institut duševního zdraví (NIMH). Tento institut měl zajišťovat koordinaci jednotlivých služeb. Díky tomuto novému systému vznikla pracovní místa „systémových agentů“ (case managerů). Tito agenti zajišťují, aby péče poskytovaná různými službami, byla komplexní a byla při ní zajištěna následnost, důraz je kladen na individuální potřeby klienta. (Stuchlík, 2001). Akreditační rada psychiatrických zařízení popsala case management následovně (in Stuchlík, 2001, s. 13): „*Case management je aktivita propojující systém služeb s uživatelem a koordinující různé součásti systému... je to základní řešení k zajištění kontinuity péče a odstranění systémových problémů, jako je rigidita systému, fragmentace systému, zneužívání některých zařízení a nedostupnost některých služeb.*“ Prezidentská komise duševního zdraví pak ještě shrnula, že činnost založená pouze na organizaci není zcela dostačující. Zdůrazněna byla potřeba lidského vztahu. Tato komise pak doporučila, aby služby založené na principech case managementu, byly založeny ve všech regionech. Toto byla doba, kdy ve městě Madison ve státě Wisconsin, Testová se Steinem vypracovávali jejich PACT model, který dodnes slouží jako porovnávací standard pro systémy komunitní péče (Stuchlík, 2001). Na důkaz úspěšnosti jejich modelu uvedeme čísla: ze skupiny PACTu, se kterou pracovali, bylo během prvního roku rehospitalizováno 6 % klientů, oproti tomu v kontrolní skupině klientů bylo rehospitalizováno 58 %. Je však pravda, že uvádět procenta jako důkaz úspěšnosti nestačí. Testová se Steinem měli obrovskou podporu v politické sféře, vše bylo legislativně upraveno tak, že hospitalizace byla až tou poslední možností a krajností, tým PACTu vynakládal všechny síly na to, aby nebyl klient hospitalizován. Neznamenal to, že by klientovi byla odpírána péče, jakou v dané chvíli

potřeboval. Toto oddalování hospitalizace dovolovala naprostá multidisciplinarita týmu a dostatečné personální zasoupení. I provázanost mezi jednotlivými obory byla dána legislativou. V budoucnu již nikdy systém sociální a zdravotní péče nespolečně spolupracoval s politickými subjekty na takové úrovni a v takové míře jako tehdy v 70. letech. Faktem také je, že od té doby již takový úspěch v péči s psychiatrickými klienty zaznamenán nebyl (Stuchlík, 2001).

Americký case management má v péči o duševně nemocné lidi své místo až do současnosti. Ve srovnání se stavem v České republice je americký přístup na mnohem vyšší úrovni. Case management, sociální rehabilitace či třeba chráněné bydlení jsou mnohem dostupnější, lépe financovány. Stav ve Spojených státech však není úplně bezproblémový a ideální. Stále ještě je preferován medicínský přístup. Finanční prostředky jsou mezi lůžkovou péčí a komunitní péčí rozděleny nerovnoměrně, v neprospěch druhé strany (Stuchlík, 2001).

3.1.2 Velká Británie

V Americe case management vznikl jako reakce na potřebu snižovat náklady za psychiatrickou péči. V Británii (a v severní Evropě) bylo hybnou silou něco jiného. Za potřebou vzniku case managementu stojí poválečný nedostatek pracovních sil. Anglie byla specifická ještě tím, že za války bylo zničeno mnoho viktoriánských nemocnic. Důležitý zde byl i filozofický posun v psychiatrii. Bylo to období, kdy se měnila role psychiatrie. Kustodiální (kustod znamená dozorce, průvodce, opatrovník, správce) přístup k pacientovi poněkud ustupoval a začal být kladen důraz na terapii.

Tendence v počtech hospitalizací je taková, že od 30. let se jejich počet stále zvyšuje. Jejich průměrná délka se však zkracuje. Konečná podoba je tedy následující: doba hospitalizace je sice kratší, ale stále více lidí zažívá hospitalizace opakované, časté. V britské psychiatrii je také důležitý rok 1959, kdy vešel v platnost zákon o duševním zdraví, který stanovoval dobrovolnou hospitalizaci. Od tohoto roku byly hospitalizace méně legální. Tento zákon také podpořil rozvoj komunitních zařízení. Co se týče této podpory, byla především legislativní. Bylo stanoveno, za jakých podmínek mají vznikat služby týkající se bydlení, zaměstnávání a rehabilitace. Nebyly však vyčleněny finance pro tyto účely.

V šedesátých letech byl připraven plán, podle kterého se měla přesouvat psychiatrická

lůžka do místních všeobecných nemocnic. K tomuto plánu pak v roce 1975 přibyly ještě další body, ve kterých byl obsažen požadavek na rozšíření sociálních služeb v oblastech jako je chráněné bydlení, denní péče a podpůrné sociální práce, zlepšení personální situace a zlepšení koordinace jednotlivých poskytovatelů. Bylo stanoveno společné financování od místních a zdravotních úřadů, jež mělo zajišťovat integrované plánování a poskytování služeb. Stuchlík (2001) uvádí, že cílem bylo posílit státní zdravotnictví (organizované zdravotními úřady) o aktivity sociálních služeb. Tato strategie však nebyla zcela vhodná. Problémy vznikaly rozepřemi jednotlivých oddělení státní správy, které se týkaly politiky komunitní péče. Způsoby vedení zdravotních a místních úřadů se lišily. Ne jedné straně chybělo společné sledování kvality a na druhé straně sdílení zodpovědnosti za úspěch nebo neúspěch společných plánů.

V roce 1986 byla poprvé auditní komisí popsána role case manažerů. Case management byl stanoven jako způsob práce, který má pomoci zbavit se problémů spojených se spoluprací s organizacemi, měl proto vlastní, nezávislý rozpočet. Bylo zdůrazněno, že odpovědnost za kvalitu služby by neměla být dána úřadům, ale měla by směřovat co nejbližší ke klientovi, jeho rodině či pečovateli. Case manažer je pak odpovědný za strategii a financování (Stuchlík, 2001).

3.2 Podstata case managementu

Stuchlík (2001) píše, že pojem case management se v české terminologii v podstatě neustálil. Je pravda, že česká odborná literatura jej příliš neužívá. Nenalezneme jej ani v knihách zabývajících se psychopatologií a terapií s ní spojenou, ani v učebnicích metod sociální práce. Anglický výraz case management u nás někdy bývá překládán jako případové vedení, není to však přesný překlad. Spíše se dá říci, že samotný pojem v naší zemi patřičně nezakotvil. Jeho začlenění do českých podmínek se však stále vyvíjí a dá se předpokládat, že díky jeho výhodám nakonec bude nejen běžnou součástí komunitní péče, ale i odborných textů.

V angloamerické literatuře je situace zcela odlišná. Toto pojmenování je tam užíváno 25 let. Poslední dobou je však snaha tento termín nahrazovat jinými ekvivalenty – asertivní komunitní přístup nebo asertivní komunitní léčba (Stuchlík, 2001). Odborníci tyto tendence užívání nového pojmenování vysvětlují tím, že lépe vystihují podstatu služby.

Je důležité zamyslet se nad tím, je-li case management metodou, nebo službou. Z hlediska metodologie case management nepřináší žádné nové prvky. Lze tedy říci, že jde o styl a způsob práce. Hlavním rysem case managementu jako služby je tým, který je vyčleněný pouze k tomuto účelu. Tým má jediný úkol, členové by v něm měli působit na celé úvazky a jeho organizace by měla být samostatná.

Case management je tedy intenzivní, dlouhodobá a kontinuální podpora klienta. Musí zahrnovat i další prvky. Členové týmu musí být schopni řešit komplexní problémy klienta. Tým musí být založen na multidisciplinární spolupráci a musí poskytovanou péči koordinovat.

3.2.1 Definice case managementu

Podle původní myšlenky z 60. let 20. století měl být case management metodou koordinující služby a způsob práce s lidmi, jež trpí vážnou duševní nemocí a jež mají potíže v řadě oblastí života. Jednoduchou a přehlednou definici case managementu je obtížné formulovat, proto se používá k definici souhrn hlavních znaků podle Onyetta z roku 1992 (in Stuchlík, 2009, s. 141):

- a) Získání přehledu o potřebách a schopnostech klienta*
- b) Plánování péče a podpory*
- c) Uskutečňování plánu s využitím zdrojů klienta a jeho sociální sítě*
- d) Monitorování dosažených výsledků*
- e) Vyhodnocování práce a výsledků společně se všemi, kteří se na práci s klientem podílejí*

3.2.2 Case manager a klíčový pracovník

Někdy bývá case manažer překládán do češtiny jako klíčový pracovník. Dávat rovnítka mezi tato dvě pojmenování by nebylo ani přesné ani pravdivé. Klíčový pracovník pracuje v rámci jednoho zařízení či služby a věnuje se klientovi pouze tam. Koordinace péče o klienta je jeho vedlejší rolí. Naopak case manažer je klientův společník a průvodce v systému služeb, jeho hlavním úkolem je nespouštět klienta z očí (Stuchlík, 2001).

3.3 Modely case managementu

Existuje několik základních typů case managementu. Jeden z nich už se zcela přestal používat, bude uveden pouze pro celistvost. Rozdělení modelů není v literatuře jednotné (Stuchlík, 2009).

3.3.1 Brokerský model

Tento model je založen na zprostředkovávání služeb. Case manažer, v tomto případě broker, má klientův plán a shání mu služby. Jeden pracovník má až 40 klientů a pouze jim koordinuje služby. Je závislý na dostupných službách. Jeho práce je velmi vzdálená práci case manažera v dnešním slova smyslu, protože v brokerském modelu se jedná v podstatě o práci v kanceláři, zcela upozaděna je práce v týmu. Tento model se v minulosti používal ve Velké Británii, po nějaké době byl vyhodnocen jako nevyhovující a dnes se v péči o duševně nemocné již nepoužívá. Je ale možné uplatnit jej pro jiné typy klientů.

3.3.2 Intenzivní case management

V tomto modelu (bývá označován zkratkou ICM) case manažer sám poskytuje část služeb a zároveň další služby vyhledává. Jeden pracovník má na starost 10 až 20 klientů. Intenzivní case management je model užívaný v České republice, existuje zde přibližně pět až šest týmů. Přehled těchto míst je uveden v Příloze č. 1. Dá se říci, že tento model je nejrozšířenější, protože může mít mnoho variant. Tyto varianty mohou být dány například akcentací na různé oblasti. Lze mít ICM, který bude klást důraz na medicínskou stránku nebo na sociální intervence, disciplíny v týmu mohou být rozděleny v různém poměru atd.

Důraz je kladen na práci se silnými stránkami klienta. Část klientů má jednoho case manažera, který jim poskytuje individuální péči. Službu je možné ukončit, obvykle má tým stanovené podmínky, které pro ukončení musí být splněny, např. pokud je klient po zdravotní stránce stabilizovaný, odmítá spolupracovat nebo je dlouhodobě hospitalizován. Jinak by tato služba měla být dlouhodobá. Vhodná je spolupráce s ostatními službami, případně koordinace regionálního systému služeb. ICM je zaměřeno spíše na vyhledávání služeb.

3.3.3 Klinický case management

Tento model je velmi podobný intenzivnímu case managementu – je zde kladen důraz na týmovou spolupráci členů týmu a dovednosti jeho členů. Práce s klientem je individuální. Název napovídá, že se orientuje na klinickou problematiku.

3.3.4 Case management založený na silných stránkách klienta

Stejně jako klinický case management je i tento model velmi podobný Intenzivnímu case managementu. Stuchlík vysvětluje tento model takto: *„Za zásadní je pokládán rehabilitační přístup orientovaný na silné stránky (dovednosti, schopnosti) klienta, nikoli na psychopatologii. Velký význam je přikládán práci s přirozenými zdroji podpory pro klienta v komunitě (rodina, přátelé, sportovní kluby, zájmové spolky, církevní společenství, služby pro veřejnost atd.). Pravidlem je, že specializovanou službu pro duševně nemocné využívá klient jen tehdy, pokud mu dostatečnou podporu nelze zajistit jinak“* (Stuchlík, 2009, s. 143). Tento model je v literatuře uváděn také jako Strengths Case Management neboli SCM.

3.3.5 Asertivní komunitní léčba

Tento model má některé podobné charakteristiky jako ICM, v zahraniční literatuře je uváděn pod pojmem Assertive Community Treatment, zkráceně ACT). Je dostupný 24 hodin denně 7 dní v týdnu, klienty má na starost multidisciplinární tým. Vůči personálnímu obsazení týmu má tento model vysoké standardy, povinností je, aby v týmu byl psychiatr, psycholog, adiktolog, rodinný poradce, přičemž všichni jsou zároveň case manažery (Stuchlík, 2008). *„ACT model je striktně týmový, s klientem pracuje celý tým (12-14 lidí) nebo část týmu (tři lidé), ale ne jeden case manažer“* (Stuchlík, 2008, str. 38). Největší rozdíly ve srovnání s ICM jsou v tom, že tým asertivní komunitní léčby může zajišťovat většinu služeb. Větší důraz je zde také kladen na asertivitu při vyhledávání klientů, pracuje tedy i s těmi, kteří nechtějí aktivně spolupracovat. To je jedním z důvodů, proč tento model není využíván v České republice. V ČR je kladen důraz na svobodu rozhodování klienta. Existuje ještě další důvod, proč tento model nebyl zaveden v českých podmínkách. ACT je určen především pro klienty s nejzávažnějšími problémy. Potenciální klienti pro tuto službu jsou v rámci silnějšího zaměření na institucionální péči dlouhodobě hospitalizováni (Stuchlík, 2009).

Služba ACT se prakticky neukončuje. Dalším rysem tohoto typu case managementu je

důraz na klinickou stránku. Své místo má v týmu psychiatr i další lékaři, zdravotní sestry. Lze říci, že hlavní náplní práce tohoto modelu je postarat se o klienta. Tento model je doporučován pro oblasti, kde chybí další služby a pro klienty s nejzávažnějšími problémy.

3.4 Cílové skupiny case managementu

Již bylo výše uvedeno, že tato metoda je určena lidem s duševní poruchou, kteří mají specifické potřeby. Pravděpodobně nejvíce je využívána lidmi, kteří trpí nějakým psychotickým onemocněním, nejčastěji schizofrenií, dále schizoafektivní psychózou, afektivními poruchami (depresí, úzkostmi, bipolární poruchou), případně hraniční poruchou osobnosti. Case management lze ale po jistých úpravách převést i do jiných oblastí. Je užíván při práci s duálními diagnózami, tedy pro osoby, u kterých se souběžně vyskytuje duševní onemocnění a poruchy spojené s užíváním návykových látek (alkoholu nebo drog), případně patologickým hráčstvím. Při case managementu s lidmi s duální diagnózou je nutné, aby obě složky (problémy vycházející ze závislosti i psychózy) byly aktivní, protože se vzájemně ovlivňují. Další oblastí s možností využít case management je práce s duševně nemocnými bezdomovci. Nutno dodat, že mezi lidmi bez domova se vyskytuje velké množství těch, kteří trpí duševní poruchou (Dragomirecká, Kubisová, Anděl, 2004).

3.5 Důvody vzniku case managementu

Při péči o lidi s dlouhodobými nebo vážnými psychickými poruchami se často klade větší důraz na medicínskou stránku a farmakoterapii. V důsledku toho je pak upozaděn psychologický a sociální přístup. V některých sociálních zařízeních jsou řešeny praktické problémy a psychologické potřeby klienta jsou podceňovány. Někdy také dochází k tomu, že při poskytování služeb je snaha dodržovat určité předem dané předpisy (třeba tak může být určena frekvence a délka schůzek s jednotlivými pracovníky služby), místo toho, aby byly průběžně vyhodnocovány individuální potřeby klienta a na ty se reagovalo.

Je potřeba pro lidi, kteří jsou čerstvě propuštěni z hospitalizace, zajistit navazující služby. Jen málo propuštěných pacientů totiž samo plní doporučený rehabilitační plán, který dostali při propuštění.

Lidé, kteří trpí duševní poruchou, potřebují více služeb, díky kterým se může snížit počet

lůžek psychiatrických oddělení. Je také potřeba zamezit problémům, s kterými se tito lidé mohou setkat, například aby neskončili na ulici. Hiday in Stuchlík (2001, s. 10) upozorňuje ještě na další: „*Závažným problémem je i fakt, že se těžce duševně nemocní stávají oběťmi násilných trestných činů téměř třikrát častěji než běžná populace.*“

Důležité je pracovat se sociální sítí klienta, především s rodinou. Case management je možností, jak takovou spolupráci uskutečnit a pracovat na jejím fungování.

3.6 Efektivita

Mezi přístupy, které jsou podloženy důkazy, je zařazen model ACT. U tohoto modelu je prokázáno snížení počtu hospitalizací, zvýšení stability bydlení, kontrolování psychických symptomů a zlepšení kvality života (Schaedle, McGrew et al., 2002 in Stuchlík, 2009).

Samele in Stuchlík (2009) efektivitu vysvětluje takto: „*U ostatních modelů nejsou výsledky tak jednoznačné, část studií prokazuje, že ICM má vliv na snížení potřeby hospitalizace, zjednodušuje přijetí klienta do služeb, zvyšuje spokojenost klientů se službami a zlepšuje vztahy a sociální síť*“ a ještě dodává: „*Řada studií ovšem poukazuje na to, že ICM model není dostatečně úspěšný zejména z hlediska klinických výsledků uživatelů. Vzhledem k tomu, ICM model vždy zprostředkovává další služby, jsou výsledky závislé i na kvalitě a efektivitě těchto služeb*“ (Stuchlík, 2009, s. 145).

A ještě několik slov k ekonomické stránce věci. Zavedení modelů case managementu v druhé polovině 20. století bylo bráno jako úspora finančních prostředků. Case management měl vyřešit nákladnou standardní péči. „*Současné studie ukazují, že komunitní systémy služeb založené na case managementu jsou přibližně o 30 % nákladnější než klasická péče. Transformaci systému péče ovšem provází rozšíření a zkvalitnění služeb a zvýšení citlivosti k právům uživatelů služeb*“ (Stuchlík, 2009, s.145).

Na druhou stranu od case managementu nelze očekávat, že změní statistické rozložení průběhových variant psychotických poruch. Nelze také počítat s tím, že by díky němu mohla být snížena spotřeba psychofarmak.

3.7 Zásady case managementu (podle Rappa a Wintersteena in Stuchlík, 2001)

a) podpora je šitá individuálně na míru, větší důraz je kladen na vztah, než na přesný plán intervencí, partnerský vztah věrněji odpovídá skutečným potřebám klienta, lépe se udržuje, pokud case manažer sám poskytuje klientovi některou službu (práce s rodinou, trénink dovedností, poradenství)

b) zaměření na zdravé stránky klienta více než na psychopatologii- stanovení diagnózy bývá pro klienta zátěžovou situací; i když diagnóza umožňuje lepší komunikaci mezi odborníky, lze říci, že samotná diagnóza zapomíná na individuální zkušenosti klienta, jeho potíže a naděje do budoucna; někdy může stigmatizovat a bránit klientovi a jeho blízkým, aby se zapojili do terapeutického procesu

c) flexibilita: dlouhodobost, práce v terénu, intenzita dle potřeb klienta, musí být brán zřetel na to, že i dlouhodobě duševně nemocný klient se může měnit, učit, zlepšovat a je důležité jej v tom podporovat; staví se na zachovaných dovednostech a schopnostech a posiluje se klientova víra ve změnu k lepšímu a jeho odhodlání k uskutečňování těchto změn

d) intervence jsou založeny na klientově rozhodnutí a souhlasu, musí být neustále bráno v potaz klientovo přání a volba, kdykoli je k tomu možnost; pokud nastane situace, že klient je nebezpečný sobě i okolí (důvod k nedobrovolné hospitalizaci), musí case manager učinit rozhodnutí, která jsou v souladu se zájmy klienta a společnosti, i když v rozporu s klientovým přáním

e) asertivita: součástí metody je kontaktovat i problematické klienty, nelze spoléhat na to, že klient sám vyhledá pomoc (čím závažnější nemoc, tím menší pravděpodobnost vlastního vyhledání pomoci); case manažer musí mít přehled o klientově skutečné situaci, nemusí se s klientem scházet pouze tam, kde tráví většinu času; pokud se klient nedostaví ke schůzce, neznamená to, že case manažer ukončí péči, ale musí klienta najít

f) zapojování sociálního okolí klienta, hledání vhodných zdrojů, automaticky nepreferuje standardní služby pro duševně nemocné- společenství, ve kterém klient žije není bráno jako překážka ale jako zdroj (je možné, že klient nepotřebuje jen sociální služby, ale např. najít způsob, jak trávit volný čas, proto mu case manažer může pomoci tyto způsoby vyhledat (knihovna, tělocvična, kavárna, klub)

3.8 Ochrana práv klientů

Case manažer má značnou odpovědnost, vztah s klientem není rovnocenný a case manažer má silnější roli. Způsobů a možností, jak může ovlivnit klientův život, je mnoho. Jsou však potenciálně zneužitelné. Důležité je, aby case manažer znal podrobně práva svého klienta a uznával je. K tomuto účelu slouží i systém, který jeho práci kontroluje (Stuchlík, 2001).

Svou roli v case managementu musí mít zvládnutou manažer ale i klient, proto je pro něj základní věcí vědět, co služba znamená. Case manažer je povinen klientovi sdělit situace, ve kterých se může zachovat v rozporu s přáním klienta (Stuchlík, 2001). Klient má potom právo z tohoto důvodu péči odmítnout. Pro klienta platí Listina základních práv a svobod, (1992) stejně jako pro kohokoli jiného. Pokud klient není nebezpečný sobě ani svému okolí, jeho práva nesmí být porušována a může se rozhodovat sám a svobodně.

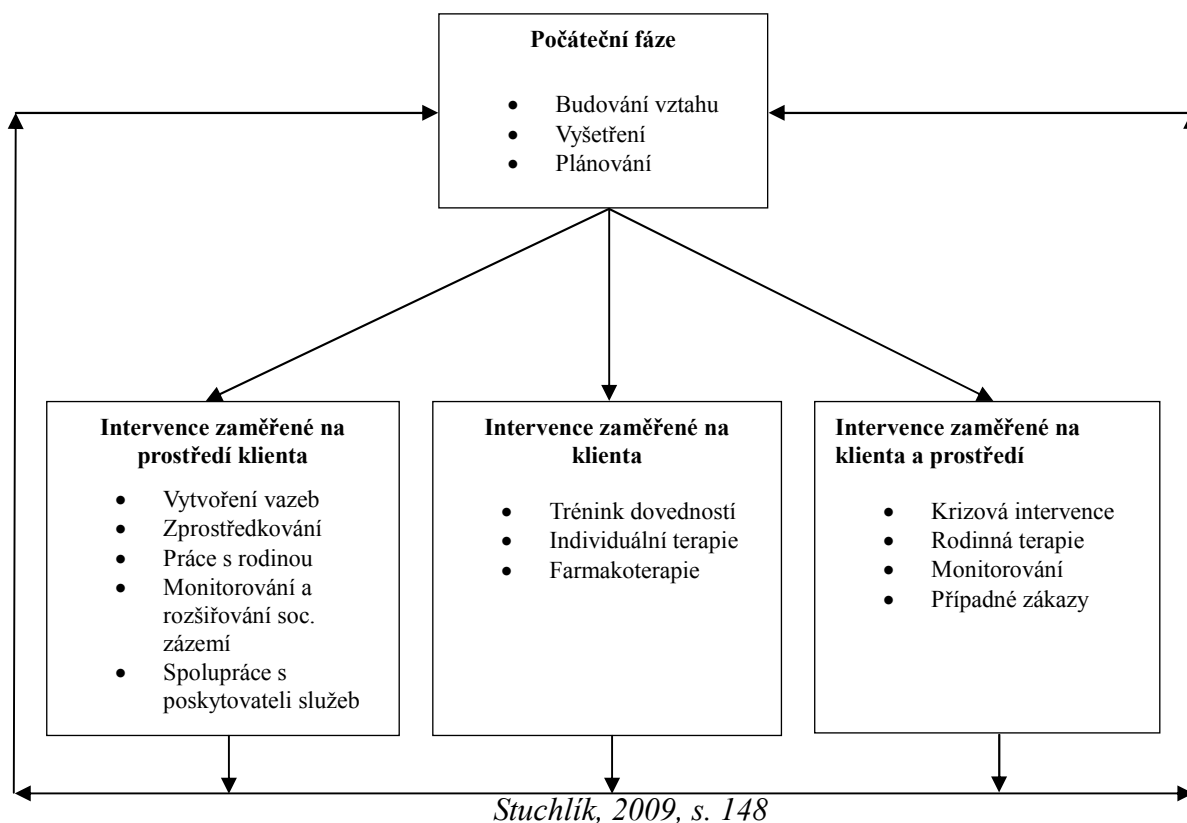
Pravidla pro předávání informací o klientovi case manažerem třetí osobě:

- a) Nelze sdělit žádnou informaci bez souhlasu klienta nebo jeho zákonného zástupce.
- b) Třetí osobě budou poskytnuty jen ty informace, které nezbytně potřebuje.
- c) Třetí osoba nepodá získané informace nikomu dalšímu

3.9 Úkoly case manažera

Jednotlivé úkoly se mohou vztahovat k celému týmu. Jejich konečná podoba závisí na potřebách populace v místě, kde služba probíhá. Jsou také ovlivněny možnostmi spolupráce s jinými službami v oblasti. Konkrétním příkladem může být služba case managementu, která klientům zajišťuje krizovou intervenci, rodinnou terapii a trénink dovedností a další služby v podobě individuální psychoterapie a farmakoterapie jsou zprostředkovány mimo. Je tak zachována komplexnost a kontinuita péče dle potřeb klienta. Schéma rozdělení úkolů case managementu je uvedeno v Tabulce č. 2.

Tab. č. 2: Rozdělení úkolů case managementu



3.10 Fáze práce s klientem

Fáze práce s klientem jsou v case managementu do jisté míry totožné s fázemi psychosociální rehabilitace. Patří sem mapování potřeb klienta, stanovení cílů, plánování intervencí, realizace plánu a hodnocení dosažených výsledků. Case management navíc zdůrazňuje vztah manažera s klientem, tedy úvodní fázi, ve které dochází k navázání kontaktu a k budování vztahu. Ještě je důležité zdůraznit, že jednotlivé fáze na sebe nenavazují lineárně, ale často se prolínají (Stuchlík, 2009).

Již bylo zmíněno, že práce s klientem v case managementu vychází s psychosociální rehabilitace. Psychosociální rehabilitace je metoda práce, která se používá v komunitních službách, tedy i v case managementu. Case management užívaný v České republice vychází z holandského modelu STORM, který sestavili Jean Piere Wilken a Dirk den Hollander. Metodika STORM je jedinou ucelenou metodikou, která je vyučována v ČR. Hlavním cílem psychosociální rehabilitace je zvýšení nebo udržení kvality života klienta. V jeho centru je princip "zotavení" (Recovery, viz kapitola 3.11). (Stuchlík, 2009).

3.10.1 Vznik vztahu (dle Stuchlíka, 2001)

Nejprve je důležité uvědomit si některé skutečnosti, které jsou na začátku setkání velmi často přítomny a case manažer by si jich měl být vědom. Vstup do psychiatrických služeb nebývá klienty považován za pozitivní záležitost. Obvykle to bývá tak, že klient je svou situací nucen přijmout pomoc. Tuto potřebu pomoci si ve většině případů klient neuvědomuje, což je překážka, se kterou je třeba pracovat.

Službu case managementu může klient vyhledat sám. Je možné se setkat s variantou, kdy je case manažer kontaktován nejprve jinou osobou než přímo klientem, nejčastěji se může jednat o rodinného příslušníka nebo lékaře. Tito lidé jsou pak ve stavu, že pociťují potřebu vzniklou situaci řešit. Klient tento pocit mít nemusí a právě na case manažerovi leží úloha klienta s jeho problémy konfrontovat, musí mu vysvětlit svou roli, své možnosti. A důležitou věc, bez které to nejde – důvěru klienta (Stuchlík, 2009).

Case manažer tedy při prvním setkání s klientem musí brát v potaz, že klientův postoj ke službě je negativní, žádný vztah s ní si nepřeje a neví, v čem by mu mohla pomoci.

V mezilidské komunikaci je důležitý první dojem. A lze uplatnit i běžné zásady komunikačních dovedností. Zásadou však je, že vztah je zásadní součástí práce s klientem v celém jejím průběhu (Stuchlík, 2009).

Na první setkání je potřeba se předem připravit, sehnat všechny dostupné informace ještě

před první schůzkou. Case manažer díky tomu pak může vybrat nejvhodnější podmínky pro vznik vztahu. Case manažer by měl mít zmapované podmínky prostředí, kde se s klientem setká, s kým dalším se tam může setkat a zdali dalšího člověka zapojovat do úvodního rozhovoru (např. při návštěvě u klienta doma). V práci s klientem platí zásada, že nejlepším zdrojem informací je sám klient, ale první setkání je považováno za výjimku (Stuchlík, 2001).

Další zásadou je respekt je klientovi. Je potřeba si uvědomit, že na některé vlastnosti case manažera může klient reagovat negativně. Také je potřeba předem zjistit, zda klient nemá negativní vztahy k určitým skupinám lidí (může třeba negativně reagovat na ženy, muže, úřednické typy), často k takovému přístupu může docházet, je-li klient příslušníkem nějaké menšiny, především etnické. Samozřejmě je možné v dalších fázích na zlepšení postojů k oné skupině pracovat. V praxi je také možné setkat se s klientem, který se přistěhoval z cizí země a je nutné zjistit, jestli bude potřeba využít tlumočnicka (Stuchlík, 2001).

Bývá vhodné, aby se case manažer klientovi před první schůzkou ohlásil, může mu napsat dopis nebo třeba zatelefonovat, protože neohlášená návštěva nebývá žádoucí, klient by měl mít možnost case manažera někam zařadit. Jedinou výjimkou, kdy case manažer může klienta neohlášeně navštívit, je případ, kdy hrozí, že by se klient mohl schůzce z nějakých důvodů vyhnout.

Case manažer by se měl klientovi správně představit, samotné pojmenování case manažer může být pro klienta neurčitě. V klientových očích také patrně nebude case manažer vzbuzovat důvěru, pokud bude dělat dojem, že přišel "jen tak". Výhodnější je představit se nejprve jménem a pak sdělit profesi. Anonymita ve snaze vybudovat vztah nepomáhá. Case manažer musí být slušný a chovat se taktně. Pokřikování na klienta na ulici nepatří mezi vhodně zvolené komunikační prostředky. Takovými prostředky je klient snadno uveden do rozpaků, což se ve vztahu může promítnout velmi negativně. Pokud klientovi na počátku case manažer nesdělí, jaká je jeho profese, těžko s ním naváže vztah založený na důvěře. Stuchlík (2001) ještě poukazuje na to, že může být účelné představit agenturu, z které case manažer přichází, může mu k tomu pomoci uvedení příkladu práce s jinými klienty, kteří mají podobně problémy.

Klient by také měl vědět, proč jej v dané chvíli case manažer vyhledal. Ne vždy je však vhodné, aby klient věděl, na čí doporučení case manažer přišel. Toto je potřeba vždy dobře zvážit, protože klient s takovým člověkem nemusí mít dobré vztahy. Case manažer by měl zabránit nepříjemnostem, které by mohl klient způsobit tomu, kdo case manažera kontaktoval.

Je potřeba, aby klient case manažera nepokládal za někoho nevídaného, aby nebyl brán

jako další problém, který se člověku s duševní poruchou objevil. Case manažer proto musí dát najevo, že přišel pomoci, že není něčí prostředník, ale sám má na řešení situace zájem. Proto je nejlepší, když se spolu ihned pustí do postupného řešení problémů, které klient vysloví. Case manažer by také měl ověřit informace získané od jiných osob. Při objasňování situace je podstatné, aby jednání bylo srozumitelné a účelné.

Case manažerovým úkolem je zjistit od klienta, jak by si přál být osloven. Tykání při prvním setkání je neslušné stejně jako oslovení křestním jménem. Klient musí cítit, že jej case manažer respektuje. Toho case manažer docílí nejen vhodným oslovením, ale i využitím technik správného naslouchání. Case manažer se musí vyvarovat toho, aby informace podané klientem okamžitě vyhodnotil jako zkrácené duševní poruchou. Klientovo sdělení hodnotíme až poté, co jej ověříme.

Case manažer může kontaktovat osoby, které jsou pro klienta důležité, zná je, a věří jim. Jedním takovým člověkem může být klientův praktický lékař. Ten má o klientovi a často i o jeho rodině kvalitní informace, může to být on, kdo case manažera s klientovi představí a tím usnadní první kontakt. V některých případech je třeba hledat jiné kontakty. Dalšími osobami, které klient zná a které znají jeho, komu věří, tedy může být zdravotnický personál psychiatrického zařízení, kde byl klient několikrát hospitalizován. Také farář může být tím důležitým člověkem při počátečním budování vztahu klienta s case manažerem (Stuchlík, 2001).

Case manažerovi se může poměrně často stát, že klient bude nabízenou pomoc odmítat. V takových případech musí být situace ze strany case manažera rychle vyhodnocena. Case manažer musí proto vybrat nejvhodnější postup. První možností je respektovat klientovo přání a kontakt s ním v důsledku toho ukončit. Dále může case manažer ve svém úsilí navázat s klientem vztah pokračovat. Tento postup je dobré zvolit, pokud case manažer předpokládá, že klientův stav se může bez pomoci výrazně zhoršovat. Třetí postup je zajištění pomoci jinou formou. Taková situace může nastat, když je klient nebezpečný sobě nebo okolí a je třeba zajistit hospitalizaci. Tento poslední jmenovaný postup může být považován case manažerem jako nejjednodušší. Musíme si však uvědomit, že důležité je mít vztah s klientem na dobrém základu. Klient bude po propuštění z hospitalizace možná potřebovat péči case manažera, a bude účelné mít s ním vytvořený dobrý vztah.

Pokud klient potřebnou péči odmítá, existuje několik doporučení, která by měl case manažer dodržovat. Pokud case manažer chodí klienta navštěvovat, měl by zvolit taktiku předvídatelnosti a vyhýbat se překvapením (např. navštěvovat ho a telefonovat mu ve stejnou

dobu). Pro případ nutnosti case manažer nechá klientovi vizitku, telefonní číslo, leták obsahující informace o nabízené pomoci a jejím účelu. Může se stát, že klient změní názor a rozhodne se pomoc přijmout. Tyto informace může case manažer poskytnout i členům klientovy rodiny. Ti potom v případě změny stavu klienta mohou case manažera kontaktovat.

Může se stát, že klientovi case manažer nevyhovuje, je mu nesympatický. V takovém případě je možné case manažera změnit. Pokud case manažer cítí, že se mu s klientem nedaří navázat kontakt, může klienta předat kolegovi. Není to považováno jako selhání, ale možnost změny, která může být prospěšnější než setrvávání ve stagnujícím stavu. Někdy může být odmítavý postoj klienta dán pouze prostředím, kde se schůzka koná, klient se např. doma může bát výsměchu. V takovém případě stačí navrhnout změnu prostředí, ve kterém se schůzka bude konat, a přispěje to k dobrému vybudování vztahu.

3.10.2 Budování vztahu

Do úkolů case manažera patří i budování vztahu s klientem. Po navázání kontaktu je potřeba vztah rozvíjet, protože tak se z něj stane účinný nástroj pro společnou práci.

Klient musí rozumět tomu, proč za ním case manažer přišel a co přesně mu chce nabídnout. Snad úplně základní věcí je, aby case manažer informoval klienta o možnostech jeho pomoci, klient musí vědět, že tyto možnosti nejsou neomezené, že jsou definované finančními prostředky a situací. Již bylo také zmíněno, že klient musí mít přehled o situacích, kdy case manažer může zareagovat proti klientově vůli. Stuchlík uvádí příklad z praxe: *„Taková upřímnost může mít i svou terapeutickou hodnotu. Mnoho case manažerů i klientů zná velmi důvěrně situace, kdy klient jedná pod hrozbou nedobrovolné hospitalizace“* (2001, s. 20). Některým klientům není potřeba v počátcích vztahu zdůrazňovat situace, kdy může case manažer jednat proti jejich vůli. Týká se to těch klientů, u kterých je tato možnost velmi nepravděpodobná. Sdělení těchto informací je však přece jen důležité z pohledu dlouhodobého, kvalitního vztahu. Díky tomu, že klient bere omezení v potaz, totiž není tento vztah ohrožen.

Zásadou také je zřetelně definovat hranice osobního vztahu. Case manažer může vystupovat neformálně, co se týče vzhledu či oslovení křestním jménem. Ale náplní jeho práce není účastnit se osobního života klienta, nelze být považován ani za přítele. MUDr. Stuchlík uvádí zkušenosti z praxe: *„V case managementu mohou být nejasně vymezené*

hranice vztahu nebezpečné. Pokud klient cítí ve vztahu s case manažerem nejistotu a nejednoznačnost, může ho to dále traumatizovat a prohlubovat jeho hendikep, zejména když má problémy v hodnocení a interpretaci okolního světa“ (2001, s. 21).

Při budování vztahu hraje důležitou roli klientova samostatnost. Klienti totiž možnost rozhodovat se samostatně příliš nemívají. Mohou být zatlačováni do pozadí. Pokud ustoupí i case manažerovi, mohou pociťovat zklamání, že věc se řešila v rozporu s jejich skutečným očekáváním. Case manažer proto neustále po klientovi vyžaduje, aby vyjadřoval svůj názor na veškeré dění kolem něj. Musí mu být také poskytnuta možnost volby místo předkládání hotových řešení. Klient si také má zvolit vyhovující délku schůzek.

Case manažer musí klientovi dávat najevo podporu v každé situaci. Pokud se klient nachází v dobrém stavu, je třeba jej v jeho nezávislosti podporovat. Pokud se klientův zdravotní stav zhorší, musí pociťovat, že i v takových chvílích se může na svého case manažera spolehnout. Obecně je lépe hodnocena jistá závislost na case manažerovi v období horšího zdravotního stavu, než kdyby case manažer neposkytl žádnou pomoc a přestal se o klienta starat.

3.10.3 Mapování potřeb klienta

Mapování je trvalou součástí práce s klientem. Hlavní oblastí, která se mapuje, jsou potřeby klienta, jež jsou klíčové pro plánování intervencí.

Oblasti mapování:

- potřeby a přání, požadavky klienta
- schopnosti, dovednosti a omezení
- co je pro klienta důležité a významné
- zdroje podpory; odkud, jaké, za jakých podmínek
- možnosti, příležitosti a omezení dané prostředím klienta

Tyto oblasti nejsou pevně dané, lze je doplňovat, např. v klinicky zaměřeném case managementu může být přidáno ještě mapování zdravotního stavu, četnost a závažnost zdravotních příznaků nebo užívání léků (Stuchlík, 2009).

Pro mapování potřeb klienta se užívají různé tematicky zaměřené rozhovory jak s klientem, tak s osobami, které jsou klientovi blízké. Mapovat lze i pozorováním klienta nebo

společnou činností. K mapování lze použít i formy strukturovaného rozhovoru, dotazníky. Specifickým diagnostickým nástrojem je CAN (Camberwell Assessment of Needs) nebo škály sociálního fungování (Stuchlík, 2009). Camberwellský formulář pro hodnocení služeb viz Příloha č. 2.

Potřeby klienta lze rozdělit na několik domén, které jsou pak předmětem mapování. Domény lze rozdělit na dvě hlavní skupiny (Stuchlík, 2001):

a) životní domény

- bydlení
- práce
- učení se
- volný čas/rekreace

b) osobní domény

- osobní péče
- zdraví
- účel a smysl
- sociální vztahy

3.10.4 Stanovení cílů

Cíle psychosociální rehabilitace se týkají kvality života klienta. Oblasti, na které se klient chce zaměřit, bývají obvykle tři (Stuchlík, 2009):

1. zisk; něco získat, v něčem se zlepšit (klient chce mít víc přátel, doplnit si vzdělání, získat zaměstnání, mít vyšší příjem)
2. udržení současného stavu (klientovi např. hrozí ztráta bytu, čemuž chce zabránit a byt udržet, nechce ztratit možnost pečovat o dítě atd.)
3. změna (odchod od rodičů, samostatné bydlení, bydlení s partnerem atd.)

Stanovení cílů vlastně spočívá v hledání přání klienta. Toto hledání může být někdy poměrně snadné a i časově méně náročné. Ke shodě mezi přáním klienta a hodnocením case manažera může dojít rychle a bez pochybností. Stanovení cílů ale může být i náročnější

a zdlouhavé, case manažer může několikrát neúspěšně intervenovat a až po delší době zjistit, že cíl nebyl určen správně. V takovém případě je třeba cíl upravit nebo změnit.

Samotný proces stanovování cílů má danou strukturu. Nejprve case manažer s klientem pracuje na formulaci dlouhodobého cíle. Ten, jak bylo výše uvedeno, souvisí s kvalitou klientova života a má podobu nějakého zlepšení, udržení stavu či změny. Při formulování dlouhodobého cíle by mělo být dodržování několik zásad:

- cíl by měl být formulován pozitivně
- měl by obsahovat časový údaj, do jaké doby má být splněn
- výsledek by měl být měřitelný

Pokud case manažer společně s klientem zformulují dlouhodobý cíl, nastává fáze, ve které je potřeba zjistit a rozpoznat překážky, které stojí v cestě dlouhodobému cíli. Těchto překážek může být samozřejmě více. Pokud víme, jaké překážky nám brání v dosažení dlouhodobého cíle, můžeme se posunout do další fáze. Ke každé překážce se stanoví krátkodobý cíl. U krátkodobých cílů platí stejné zásady jako u dlouhodobých. Také mají být pozitivně formulovány, mají obsahovat časový údaj (krátkodobé cíle obvykle mívají dobu na splnění v řádech týdnů až měsíců), jejich výsledek by měl být měřitelný a měl by být splnitelný (splnitelnost by měla být vysoce pravděpodobná).

Pro lepší názornost lze uvést příklad stanovení cílů:

Klientka navštíví case manažera s tím, že by si chtěla dodělat maturitu. Kvůli psychickým potížím a následné hospitalizaci musela přerušit studium na střední škole. Chtěla by se vrátit na stejnou školu, která je 20 km od jejího místa bydliště. Stanovení cílů autorka této práce zpřehlednila do tabulky 3:

Tab. 3: Příklad klientova stanovení cílů v rámci služby case managementu

Dlouhodobý cíl: získat maturitu na SŠ				
časový údaj: do čtyř let výsledek: maturitní vysvědčení				
Překážka 1:	Překážka 2:	Překážka 3:	Překážka 4:	Překážka 5:
kognitivní deficit	chybí informace o možnosti návratu na SŠ, přijímacích zkouškách	dojíždění do školy	matka chce, aby se klientka vyhnula stresu, klientku v návratu do školy nepodporuje	zdravotní stav
Krátkodobý cíl 1:	Krátkodobý cíl 2:	Krátkodobý cíl 3:	Krátkodobý cíl 4:	Krátkodobý cíl 5:
trénink kognitivních funkcí časový údaj: než nastoupí do školy 2 x týdně 1 hodina	získat informace o možnostech návratu do školy časový údaj: do týdne	zjistit, zda je místo v internátu, příp. na ubytovně časový údaj: do dvou týdnů	návštěva matky, pracovat na změně jejího postoje časový údaj: do měsíce až dvou	konzultace s ošetřujícím lékařem ,zda je návrat do školy vhodný časový údaj: do 14 dnů

K tématu stanovování cílů lze dodat praktické zkušenosti case manažera. Zdůrazňuje, že je potřeba zabývat se kontextem klientova požadavku: „*Je potřeba dělat na tom, proč on by to měl chtít, a hledat to, co je pro něj důležité. Klient vám řekne při vstupním vyšetření: Chtěl bych chodit do práce, a pak je dlouhá práce zjistit, proč a co to znamená. Může to znamenat spoustu věcí: potřebuje peníze, potřebuje se cítit plnohodnotný, nemít hendikep, nebo má plán, že když vydrží chodit půl roku do práce, tak může vysadit léky, což je pro něj schovaný cíl.*“ (Stuchlík, 2008, s. 37). Podstatou je hledání klientových zájmů a důvodů, proč by měl ve svém životě usilovat o změnu (tamtéž, s. 37).

3.10.5 Plánování

V plánu jsou určovány jednotlivé kroky, které vedou k cíli. Tyto kroky jsou časově vymezené. Důležitou součástí plánu je také určení, kdo z jednotlivých účastníků ponese zodpovědnost za realizaci. Plán by měl mít podobu písemné smlouvy mezi klientem a case manažerem, opomenuty by neměly zůstat termíny, ve kterých bude tento plán kontrolován a hodnocen, a je nutné počítat i s možnými změnami.

Vztáhneme-li plánování k tabulce uvedené výše, může konkrétně vypadat takto: klientka si sama stanoví, zdali zavolá do školy sama, případně zda uvítá přítomnost case manažera při telefonickém rozhovoru, v krajním případě může hovor vyřídit case manažer sám; klientka

může také preferovat osobní návštěvu školy, takže nejdříve si telefonicky domluví schůzku, poté může využít možnost doprovodu case manažera do školy atd.

Při plánování by se case manažer měl řídit pravidly, které mu pomohou sestavit kvalitní plán (Stuchlík, 2009):

- čeho se má dosáhnout (cíl)
- jaké zdroje lze využít (možnosti komunity)
- jaké jsou kroky k dosažení cíle
- kdy má být cíl dosažen
- měřitelnost splnění cíle

3.10.6 Realizace plánu

Možnosti postupů a intervencí, které může case manažer používat k realizaci plánu, jsou velmi široké. Jednotlivé modely case managementu mohou používat odlišné postupy, různorodost postupů může být ovšem přítomna i v rámci jednoho modelu. Odchylky jsou dané velikostí a kapacitou týmu, také záleží na technickém vybavení. Nejzásadněji se však na možnostech realizování podílí profesní skladba týmu a to, jaké mají jednotliví členové schopnosti a dovednosti, jaké mají kompetence. Jako příklad dobře slouží přehled poskytovaných služeb týmem občanského sdružení Fokus Mladá Boleslav, jak jej v roce 2005 vypracovala Fialová (Stuchlík, 2009, s. 149-150):

Základní životní dovednosti:

- *asistence při nákupu potravin a vaření*
- *asistence při nákupu oblečení a péče o oděv*
- *asistence při používání dopravních prostředků*

Rodinné vztahy:

- *krizový management*
- *konzultace s rodinnými příslušníky*
- *psychoedukace rodinných příslušníků*
- *zprostředkování služeb pro rodinné příslušníky*
- *rodinná terapie*

Práce:

- pomoc při hledání práce
- edukace zaměstnavatelů
- pracovní asistence
- pomoc při řešení konfliktů na pracovišti

Bydlení:

- nalezení vhodného bydlení
- konzultace či asistence při uzavírání nájemní smlouvy
- asistence při vybavování domácnosti a opravách
- podpora vztahů v místě bydliště
- trénink dovedností potřebných k bydlení

Hospodaření:

- plánování rozpočtu
- řešení finančních problémů
- asistence při platbě účtů
- zvyšování nezávislosti v zacházení s penězi

Jednání s úřady:

- asistence při vyplňování formulářů a dokumentů
- doprovod na úřady
- konzultace a asistence v dávkové problematice

Zdravotní stav:

- psychoedukace
- monitoring zdravotního stavu
- zajištění pravidelných návštěv u lékaře
- zajištění akutní zdravotnické péče
- sexuální a těhotenská edukace

Medikace:

- donáška léků
- edukace o medikaci
- monitorování užívání léků
- monitorování vedlejších účinků léků
- podání léků

Zprostředkování služeb:

- *zdravotních (péče psychiatra, praktického lékaře, nemocniční péče)*
- *sociálních (pečovatelská služba, osobní asistence)*
- *právní pomoci*
- *asistence dobrovolníka*

Poradenství

3.10.7 Hodnocení

Po realizaci plánu přichází na řadu vyhodnocování výsledků. Kritéria pro hodnocení by však měla být stanovena již v plánu. Zásadou je, že na těchto kritériích by se měl klient i case manažer shodnout. Realizaci plánu case manažer hodnotí společně s klientem a klient má při hodnocení rozhodující úlohu. (Stuchlík, 2009) Case manažer musí mít stále na paměti, že nesmí obvinít klienta z možných neúspěchů.

3.10.8 Ukončení služby

V jednotlivých modelech case managementu se podmínky pro ukončení služby liší. Aserktivní komunitní léčba (ACT) s možností ukončení služby prakticky nepočítá, protože pracuje s klienty, kteří mají ty nejzávažnější poruchy, navíc dlouhodobého charakteru. Ostatní modely ukončení služby umožňují a mají určené podmínky, které je potřeba splnit. Služba může být ukončena, pokud je situace kolem klienta stabilizovaná na uspokojivé úrovni. Může se také stát, že klient nabízenou pomoc odmítá nebo je agresivní. Spolupráci lze ukončit také v případě, že je klient ohrožen sebevraždou. V těchto případech musí být klientovi zajištěna jiná adekvátní pomoc. Některé týmy ověřují před plánovaným ukončením služby, zdali je klient opravdu schopen žít bez podpory case manažera. Pokud klient ukončuje spolupráci s case manažerem, vždy mu je nabídnuta možnost požádat v případě potřeby znovu o pomoc (Stuchlík, 2009).

3.11 Koncept úzdravy

Moderním pojmem na poli terapie a rehabilitace je koncept úzdravy (zotavení, recovery). Tento koncept získává při práci s klienty s vážnou duševní poruchou na důležitosti. V souvislosti s vážnými duševními onemocněními totiž většinou nelze hovořit o vyléčení, protože by to znamenalo naprostou nepřítomnost všech projevů, které tato onemocnění

doprovázejí. Úzdava znamená stav, kdy sice nejrušivější symptomy vymizely, ale některé znaky spojované s nemocí přetrvávají. Úzdavu lze rozdělit na symptomatickou a sociální. Lidé s duševním onemocněním často upřednostňují sociální zotavení. Sociální zotavení nemusí nutně znamenat úplné vymizení příznaků (Foitová, 2009).

Rehabilitace je jednou z cest, jak může klient dosáhnout úzdavy. Pěč et al. (2009) popisuje úzdavu jako hluboce osobní, jedinečný proces, při kterém člověk mění přístup, hodnoty, pocity, cíle, schopnosti a role. Produktem tohoto procesu je spokojený, nadějný a přínosný život, a to navzdory omezením, která nemoc způsobila.

„V procesu zotavování může mít klient prospěch z poskytovatele pomoci, ale těžiště zotavení spočívá mnohem spíše v tom, co podniká sám klient, aby dal svému životu příznivý obrat. Zotavení spočívá v postupné výměně identity „pacienta“ za identitu „občana“ (van Weeghel, 2009, s. 20).

Součástí zotavování je aktivní přijetí nemoci a omezení, které nemoc přináší. Pokud člověk nemoc přijme, znamená to pro něj impulz pro vznik nového sebepojetí. Člověk se musí vypořádat se stigmatem psychiatrického pacienta, ale také se svými přáními a sny, které není možné uskutečnit. Lidé s duševní nemocí se musí vyrovnat také s iatrogenními efekty léčby, jež jim byla nastavena. Společnost nereaguje příliš pružně na jejich přání a potřeby, neposkytuje jim dostatečný prostor na sebeurčení, a je potřeba toto do procesu uzdravování rovněž zařadit. Další částí, které se úzdava týká, je vyrovnání se s nezaměstnaností a jejími negativními efekty (Pěč et al., 2009).

„Klienti definují svoje zotavování často jako překonání pocitů hlubokého zoufalství a bezmocnosti. Je to učení se používat symptomy a stresory, znovuzískání kontroly nad vlastním životem, opětovné přijetí odpovědnosti, zvýšení sebeúcty, pocit, že opět mohou něco znamenat pro druhé a že jsou uznáváni jako osobnost. Pro proces zotavování je nepostradatelná naděje, perspektiva, podpora a pozitivní očekávání rodiny a přátel.“ (van Weeghel, 2009, s. 20).

3.12 Tým v case managementu

V předchozích kapitolách již bylo zmíněno, že jedním z hlavních znaků case managementu je tým pracovníků. Jednotlivé týmy se svým profesním složením a počtem členů mohou lišit, ale všechny modely (kromě brokerského, který se však již v praxi nepoužívá) jsou na týmové

práci postaveny.

Tým je neformální skupinou lidí. Jeho členy spojuje úsilí o dosažení stanovených cílů (Hartl, Hartlová, 2009).

Lidé v týmu spolupracují při poskytování služby. Také mohou společně vytvářet nějaký produkt. Podstatné je, že tito lidé nesou za výsledek odpovědnost. Z této odpovědnosti pak vyplývá podmínka, že každý člen je současně odpovědný za koordinaci práce s ostatními členy. Členové jsou na sobě vzájemně při spolupráci závislí (Stuchlík, 2009).

S pracovními týmy se lze samozřejmě setkat v mnoha oblastech, týmová práce se využívá hojně v komerční sféře a užitek přináší i v oblasti sociálních služeb. Tým je prostředím, kde je ideální prostor k učení. Členové se učí jeden od druhého, vzájemně se obohacují a nově nabyté dovednosti a znalosti si pak snadněji uchovávají. Jednotlivec je v týmu lépe uplatněn podle jeho individuálních schopností, což znamená vyšší efektivitu při plnění úkolů. Kromě prostoru pro učení poskytuje tým také prostor pro změny a inovace, pro monitorování a hodnocení výkonnosti (Stuchlík, 2009).

Pro lidi se složitými potřebami, jakými jsou ti, co trpí závažnou duševní poruchou, představuje tým kontinuální péči, kterou je možné přizpůsobovat přesně na míru.

Aby tým dobře fungoval, musí mít jasně definované cíle. Členové musí vykazovat vysokou míru účasti, proto by se měli často setkávat a předávat si vzájemně informace, jejich rozhodování by také mělo být společné. Pro tým je podstatná komunikace na vysoké úrovni, která umožňuje efektivní řešení konfliktů a je základem pro otevřenost potřebnou pro spolupráci. K týmové práci patří ochota dělat změny, přizpůsobovat se a reagovat na nové možnosti práce. Vzájemná spolupráce vyžaduje pečlivě vymezené role jednotlivých členů týmu (Stuchlík, 2009).

Stříbrná in Stuchlík (2009) definovala výhody, které představuje týmová práce pro case management:

- **bezpečné prostředí:**

- nutnou podmínkou pro vytvoření takového prostředí je vzájemný respekt členů týmu
- díky bezpečnému prostředí je v týmu prostor pro vzájemnou podporu
- bezpečné prostředí umožňuje mluvit o tom, co se nedaří

- v takovém prostředí lze předat klienta kolegovi
- **zpětná vazba:**
 - člen týmu poskytuje zpětnou vazbu ostatním členům
 - člen je ochoten od ostatních členů zpětnou vazbu přijmout
- **výměna informací a zkušeností:**
 - z hlediska předávání informací tým šetří čas a energii a umožňuje vzájemné zastupování členů
 - sdílení zkušeností
- **brainstorming:**
 - pohled nezúčastněné osoby, tedy člena týmu, který s klientem přímo nepracuje, vidí situaci jinak

Příklady jednotlivých profesionálů jako členů multidisciplinárního týmu jsou uvedeny v tabulce 4. Case management v podobě multidisciplinárního týmu by měl dle Stuchlíka (2008) obsahovat všechny profese, alespoň na částečný úvazek. Klasický multidisciplinární tým (dle modelu ACT) má svého psychiatra, který má na starosti klienta po medicínské stránce. V praxi se často stává, že ošetřující psychiatr není členem týmu, spojnicí mezi ním a klientem je pak právě case manažer (Stuchlík, 2008).

Multidisciplinarita je zásadním znakem case managementu. V této souvislosti je důležité uvést ještě další charakteristiku týkající se týmové spolupráce, kterou vystihují slova MUDr. Stuchlíka: „*Žádný profesní pohled není důležitější než jiný, důležité je, aby tým dokázal respektovat jednotlivé pohledy na klienta, a hledat společné řešení*“ (Stuchlík, 2008, s. 39).

Tab. 4: Příklad vymezení základních činností jednotlivých profesních skupin v týmu

Odbornost	Činnost
Administrátor	<ul style="list-style-type: none">• přijímat telefonická doporučení klientů• kancelářsky zpracovávat materiály klientů• zakládat data do počítače
Sociální pracovník	<ul style="list-style-type: none">• provádět činnosti vymezené zákonem o sociálních službách• zajišťovat klientům materiální prostředky (bydlení, důchody)
Psychiatr v týmu	<ul style="list-style-type: none">• provádět činnosti vymezené zákonem o duševním zdraví• konzultovat praktickým lékařům v otázkách psychiatrické medikace a diagnostiky časných známek duševní poruchy• přijmout lékařskou odpovědnost v případech, kdy klient nemá svého ošetřujícího praktického lékaře nebo psychiatra• projednat s ošetřujícím psychiatrem případnou farmakologickou intervenci
Pracovní terapeut	<ul style="list-style-type: none">• provádět praktické hodnocení dovedností každodenního života (péče o domácnost, sebeobsluha, schopnost pracovat, schopnost trávit volný čas)• řídit programy zaměřené na nácvik výše uvedených dovedností
Klinický psycholog	<ul style="list-style-type: none">• diagnostikovat vážné poruchy chování a řídit programy na jejich léčbu• psychologicky testovat
Komunitní psychiatrická sestra	<ul style="list-style-type: none">• podávat předepsané léky• sdělovat lékařům informace potřebné k úpravám medikace

Stuchlík, 2001, str. 50

3.13 Rozhovory s odborníky z oblasti case managementu

Jana Niklová, DiS, Občanské sdružení Green Doors; rozhovor byl zodpovězen prostřednictvím e-mailu 10.6.2010.

Kde a kdy jste se poprvé setkala s case managementem?

Při studiu na Vyšší odborné škole sociální práce Evangelická akademie Praha – kurz Case management, který jsem absolvovala.

Máte zkušenosti s case managementem v zahraničí? Pokud ano, mohla byste je stručně popsat a zhodnotit?

Ne, pouze z literatury.

Jaké by podle Vás měl mít vzdělání každý case manager pracující s lidmi s duševními poruchami (bez ohledu na to, zda je to sociální pracovník, psychiatr, psychiatrická sestra, psycholog nebo speciální pedagog)? Co byste doporučila těm, kteří se chtějí case managementu věnovat?

- *kurz case management, krizovou intervenci,*
- *umět vést rozhovor s klientem a plánovat (cíle, kroky, intervence) – buď to získat drobnými kurzy či psychoterapeutickým výcvikem*

Můžete uvést konkrétní cíle klientů, na jejichž realizaci jste společně pracovali?

- *odejít z hospitalizace, v které byl ze sociálních důvodů*
- *obnovit komunikaci s rodinou*
- *plánování volného času*
- *najít bydlení, mít na něj peníze*
- *pomoc se změnou opatrovníka, který nefungovat*
- *oddlužit klienta*
- *naučit se hospodařit s penězi – nezadlužovat se atd.*

Co považujete za nejpalčivější problém v oblasti péče o lidi s duševními poruchami?

- nesystémové financování

- systém není plánovaný, je spíše nahodilý

- *nedostatek komunit. služeb – souvisí s financováním*
- *nedostatečná propojenost – sociální a zdravotní sféry – komunikace, financování, oddělení ministerstev atd.*

Obáváte se situace po roce 2013, kdy již pravděpodobně nebude probíhat financování projektů ze Strukturálních fondů Evropské unie? Jaké změny v této souvislosti čekáte v komunitních službách?

Stále věřím v jinou možnost financování a v to, že odpovědnost za léčbu lidí s duševním onemocněním převezme stát.

- změny to samozřejmě může přinést a to například velký úbytek služeb, které jsou finančně náročné – například case management

Jak Vás práce case manažera obohatila?

Nenacházím pro to slova ... Každopádně mě práce case managera změnila po lidské i profesní stránce, myslím, že to bylo především:

- *blízkostí silných příběhů klientů – cílené zacházení se vztahem s klientem*
- *vůlí a nadějí klientů*
- *setkání s realitou – často neprůchodné věci na úřadech, byrokracie*
- *velkým zorientováním v poli psychiatrické péče*

MUDr. Jan Stuchlík, Fokus Mladá Boleslav, sdružení pro péči o duševně nemocné; rozhovor byl zodpovězen prostřednictvím e-mailu 31.5.2010.

Kde a kdy jste se poprvé setkal s case managementem?

Asi v roce 1992 při studijním pobytu ve Velké Británii a následně pak z literatury.

Máte zkušenosti s case managementem v zahraničí? Pokud ano, mohl byste je stručně popsat a zhodnotit?

Velká Británie, Holandsko, USA, Finsko. Stručně popsat a zhodnotit je tak, aby to dávalo smysl, opravdu nedovedu.

Jaké by podle Vás měl mít vzdělání každý case manager pracující s lidmi s duševními poruchami (bez ohledu na to, zda je to sociální pracovník, psychiatr, psychiatrická sestra, psycholog nebo speciální pedagog)? Co byste doporučil těm, kteří se chtějí case managementu věnovat?

Jako společné téma vidím u různých profesí problematiku „psychosociální rehabilitace“. Doporučení: od začátku pracovat v týmu, dost času na týmovou reflexi práce s klientem, kvalitní supervize.

Můžete uvést konkrétní cíle klientů, na jejichž realizaci společně pracujete?

Za dobu fungování našeho týmu jsme pracovali nebo pracujeme s téměř čtyřmi sty klientů. V case managementu má plán vznikat na základě individuálních potřeb klienta. Je samozřejmě možné cíle klientů řadit do nějakých nadřazených kategorií, ale vyjmenovat „konkrétní cíle“ poněkud přesahuje mé možnosti.

Co považujete za nejpalcivější problém v oblasti péče o lidi s duševními poruchami?

Moc nerozumím tomu, jak otázka souvisí s case managementem.

Dva zásadní problémy jsou:

Vysoká míra stigmatizace duševních onemocnění,

pomalý proces transformace péče o duševně nemocné a absence politického rozhodnutí k zásadnějším změnám.

Obáváte se situace po roce 2013, kdy již pravděpodobně nebude probíhat financování projektů ze Strukturálních fondů Evropské unie? Jaké změny v této souvislosti čekáte v komunitních službách?

Byly by mi takové obavy k něčemu dobré?

Jak Vás práce case manažera obohatila?

Zásadním přínosem je možnost být s klientem v situacích, které prožívá a ve kterých potřebuje/požaduje pomoc a podporu. Ve srovnání s klinickou praxí je to mnohem širší pohled.

Závěr

Oblast péče o duševní zdraví považuji za místo, které je zdrojem zajímavých podnětů. K vypracování této diplomové práce mě přivedla snaha nalézt odpověď na otázku, jak může člověk se schizofrenií využít určitý typ služby komunitní péče – case management.

Cílem této práce bylo popsat kontext, kdy je case management aplikován při práci s lidmi se schizofrenií, především v českých podmínkách. Práce byla zaměřena na sběr poznatků o dané problematice, protože o ní chybí ucelenější materiály.

V první části jsem chtěla popsat systém péče o lidi s duševní poruchou. Tento systém je charakteristický svým širokým záběrem, avšak také rozpolceností. Rozpolceností ve smyslu interdisciplinarity medicíny a sociální práce, a mnohdy velice obtížně viditelných hranic mezi těmito vědními obory. Tato část je proto věnována zpřehlednění celého systému péče, včetně vývoje této oblasti, popisu všech typů zařízení a služeb.

V další části jsem se zaměřila na popis schizofrenie jako duševní poruchy, kterou trpí nejpočetnější část všech klientů využívajících služby case managementu. Snažila jsem se uvést témata, která jsou při vykonávání práce case manažera nejpotřebnější, která považuji za potřebný teoretický základ pro výkon této profese. Informace druhé kapitoly však mohou posloužit také jako zdroj při studiu psychopatologie.

Třetí část diplomové práce jsem věnovala case managementu. Základním zdrojem pro tuto část byl akreditovaný kurz Case management, který jsem absolvovala v prosinci 2009 ve Fokusu Praha a vedl jej MUDr. Jan Stuchlík (kurz je akreditován MPSV dle zákona 108/2006Sb. a MV dle zákona 312/2002Sb.).

Nejprve jsem popsala původ a podmínky, za kterých case management vznikl. V České republice se pro case management neuchytil jednotný termín a co se pod termínem skrývá. Proto bylo důležitou částí tento pojem definovat. Kvůli odlišnosti jednotlivých case manažerských týmů, bylo tedy účelné shrnout přístupy a jejich charakteristiky. Dále jsem se zaměřila na osobnost case manažera, rozsah a oblasti jeho práce.

Sociální práci určuje vztah pracovníka s klientem, case management není výjimkou. Další části byly proto věnovány rolím case manažera, klienta. Do této práce jsem uvedla popis spolupráce při stanovování klientových cílů, což představuje centrum oblasti case managementu. Zaměřila jsem se na popis hlavní charakteristiky case managementu, kterým je multidisciplinární tým. Cenné jsou názory dvou case manažerů uvedené v úplném závěru

poslední kapitoly.

Byla bych ráda, kdyby tato práce vzbudila zájem o další a hlubší zkoumání této oblasti. Jedním z nápadů na rozvoj tématu je zpřístupnění zahraniční literatury. Přístup k zahraničním pramenům by mohl znamenat čerpání dalších zkušeností, inspiraci pro aplikaci v českých podmínkách. Zajímavá by také byla komparace jednotlivých týmů, které v ČR fungují.

V case management lze pružně reagovat na potřeby klientů, je možné být klientovi nablízku, dokonce přímo v jeho komunitě. Tento typ komunitní služby je založen na holistickém přístupu ke klientovi. Case manažer je klientovým průvodcem v jeho obtížné životní situaci - toto jsou stručné charakteristiky, ve kterých spatřuji velkou užitečnost.

**Bytí a nebytí vyrůstají jedno z druhého,
těžké a lehké se vzájemně doplňují,
dlouhé a krátké se vzájemně vytvářejí,
vysoké a hluboké se vzájemně určují,
tón a hlas se spolu vzájemně snoubí,
před a po se vzájemně následují**

Lao C', Tao-te-t'ing

Seznam použitých zdrojů

BAUDIŠ, P. Organizace psychiatrické péče. In *Psychiatrie*. Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. (eds.). Vyd. 2. Praha: Tigris, 2004, s. 636-637. ISBN 80-900130-7-4.

BOUČEK, J. Sociální psychiatrie. In *Psychiatrie*. Raboch, J., Zvolský, et al. P. Vyd. 1. Praha : Galén, 2001, s. 503-507. ISBN 80-7262-140-8.

ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba: diferenciální diagnóza, farmakoterapie, chyby a omyly*. Vyd.1. Praha: Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-056-9.

ČEŠKOVÁ, E. U řady duševně nemocných můžeme dosáhnout návratu do běžného života. *Sociální práce*. 2008, č. 1, s. 23-24. ISSN 1213-6204.

ČEŠKOVÁ, E. Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy (F20-29). In *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Svoboda, M. (ed.). Vyd. 1. Praha : Portál, 2006. s. 181-190. ISBN 80-7367-154-9.

DÖRNER, K., PLOG, U. *Bláznit je lidské: učebnice psychiatrie a psychoterapie*. Vyd. 1. Praha : Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-628-5.

DRAGOMIRECKÁ, E., KUBISOVÁ, D., ANDĚL, M. *Duševní zdraví pražských bezdomovců*. [online]. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2004. [cit. 14.6.2010]. Dostupné z: http://www.tigris.cz/PSYCHIAT/psych_404/05.htm

FOITOVÁ, Z. Komunitní péče aneb Aby péče o duši neztratila duši. In *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Pěč, O., Probstová, V. (eds.). Vyd. 1. Praha: Triton, 2009, s. 208-245. ISBN 978-80-7387-253-3.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Vyd. 2. Praha : Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-569-1.

HÖSCHL, C. et al. *Psychiatrie : Učebnice pro vyšší zdravotnické školy*. Vyd. 1. Praha : Scientia Medica, 1997. ISBN 80-85526-64-6.

JAROLÍMEK, M. Klady a zápory psychiatrických léčeben a komunitních center. *Esprit*, 2009, roč. 13, č. 3, s. 11-12. ISSN 1214-2123.

KALINA, K. *Jak žít s psychózou*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-563-6.

MALÁ, E. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Vyd. 1. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0737-3.

MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.

MATOUŠEK, O. et al. *Sociální služby: Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

MATOUŠEK, O. et al. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha : Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8.

MENTZOS, S. *Dynamika duševní nemoci*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7178-992-5.

MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ 10. REVIZE: Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. Vyd. 2. Praha : Psychiatrické centrum, 2000. ISBN 80-85121-44-1.

MOTLOVÁ, L., KOUKOLÍK, F. *Schizofrenie : Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Vyd. 1. Praha : Galén, 2004. ISBN 80-7262-277-3.

LIBIGER, J. Schizofrenní poruchy. In *Psychiatrie*. Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. (eds.). Vyd. 2. Praha: Tigris, 2004, s. 351-411. ISBN 80-900130-7-4.

LIBIGER, J. Schizofrenie. In *Psychiatrie*. Raboch, J., Zvolský, et al. P. Vyd. 1. Praha : Galén, 2001, s. 227-251. ISBN 80-7262-140-8.

LISTINA ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD [online]. ©2010 [cit. 13.6.2010]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>.

LORENC, J. Krizová intervence. In *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Pěč, O., Probstová, V. Vyd. 1. Praga: Triton, 2009, s. 153-158. ISBN 978-80-7387-253-3.

PĚČ, O. et al. Psychiatrická rehabilitace. In *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Pěč, O., Probstová, V. (eds.). Vyd. 1. Praga: Triton, 2009, s. 94-139. ISBN 978-80-7387-253-3.

PĚČ, O. *Komunitní péče*. [online] ©2010 [cit. 13.6.2010]. Dostupné z: http://www.psychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=200&Itemid=106.

PFEIFFER, J. Komunitní péče. In *Psychiatrie*. Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. (eds.). Vyd. 2. Praha: Tigris, 2004, s. 637-641. ISBN 80-900130-7-4.

PRAŠKO, J. et al. *Léčíme se s psychózou : Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách*. Vyd. 1. Praha : Medical tribune CZ, 2005. ISBN 80-239-5482-2.

RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. et al. *Psychiatrie*. Vyd. 1. Praha : Galén, 2001. ISBN 80-7262-140-8.

RAHN, E., MAHNKOPF, A. *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-964-0

SEIFERTOVÁ, D. et al. Schizofrenie. In *Postupy v léčbě psychických poruch*. Seifertová, D., Praško, J., Höschl, C. (eds.). Vyd. 1. . Praha : Academia medica Pragensis, 2004. s. 47-65. ISBN 80-86694-06-2.

STUHLÍK, J. *Asertivní komunitní léčba a case management*. Vyd. 1. Praha : Fokus Praha, 2001.

STUHLÍK, J. Case management. In *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Pěč, O., Probstová, V. (eds.). Vyd. 1. Praga: Triton, 2009, s. 139-153. ISBN 978-80-7387-253-3.

STUHLÍK, J. V Mladé Boleslavi praktikují case management. *Sociální práce*. 2008, č. 1, s.36-39. ISSN 1213-6204

STUHLÍK, J. *Prezentace ke kurzu Case management*. TVS Fokus Praha, 9.-11.12.2009 [CD ROM]. ©2009 [cit. 16.2.2010].

STUHLÍK, J. *Typy katatonní schizofrenie* (konzultace poskytnutá prostřednictvím elektronické pošty dne 31.3.2010). [cit. 5.4.2010].

STYX, P. *O psychiatrii : Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Vyd. 1. Brno : Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-828-7.

ŠPATENKOVÁ, N. et al. *Krizová intervence pro praxi*. Vyd. 1. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0586-9.

ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat : Učebnice metod sociální praxe*. Vyd. 2. Praha : Sociologické nakladatelství, 2005. ISBN 80-86429-36-9.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4. Praha : Portál, 2008. ISBN 978-7367-414-4.

VAN WEEGHEL, J. Komunitní péče pro osoby s psychickými omezeními. In *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Pěč, O., Probstová, V. Vyd. 1. Praga: Triton, 2009, s. 14-29. ISBN 978-80-7387-253-3.

VODÁČKOVÁ, D. et al. *Krizová intervence : Krize v životě člověka, formy krizové pomoci a služeb*. Vyd. 2. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-342-0.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Seznam pracovišť, kde jsou poskytovány služby case managementu (případového vedení)

Příloha č. 2: Camberwellský formulář pro hodnocení potřeb – krátká verze

Příloha č. 1:

Seznam pracovišť, kde jsou poskytovány služby case managementu (případového vedení):

- FOKUS PRAHA, Komunitní tým regionu Sever
určen pro klienty Prahy 7, 8, 9, 14, 18, 19, 20, 21
adresa: Nekvasilova 2/625, 181 00 Praha 8
- FOKUS PRAHA, Komunitní tým regionu Západ
určen pro klienty Prahy 5, 6, 13, 16, 17
adresa: Meziškolská 2, 169 00 Praha 6
- FOKUS PRAHA, Komunitní tým regionu Jih
určen pro klienty Prahy 1, 2, 3, 4, 10, 11, 12, 15, 22
adresa: Jaromírova 48, 128 00 Praha 2 – Nusle
- FOKUS PRAHA, Komunitní tým Středočeského kraje
adresa: Náměstí Míru 30, 276 61 Mělník
- Občanské sdružení BAOBAB
adresa: Pujmanové 1219/8, 140 00 Praha 4
- Občanské sdružení ESET – HELP
adresa: Vejvanovského 1610, 149 00 Praha 4 – Jižní Město
- FOKUS VYSOČINA, Středisko Pelhřimov
adresa: Humpolecká 736, 393 01 Pelhřimov
- FOKUS VYSOČINA, Středisko Havlíčkův Brod
adresa: Štáflova 2003, 580 01 Havlíčkův Brod

Příloha č. 2:

Camberwellský formulář pro hodnocení potřeb – krátká verze

Jméno uživatele (pacienta)

Hodnocení potřeb
0 = bez problému 2 = nenaplněná potřeba
1 = naplněná potřeba 9 = není známo

Číslo hodnocení	1	2	3	4
Zakroužkujte, kdo je dotazován (U-uživatel, P=poskytovatel péče, B=blízká osoba)	U/P/B	U/P/B	U/P/B	U/P/B
Datum hodnocení				
Iniciály hodnotitele				

1. Bydlení Kde bydlíte (typ zařízení)?				
2. Strava Máte dostatek vhodného jídla?				
3. Péče o domácnost Jste schopni se starat o domácnost?				
4. Péče o sebe Máte problémy s hygienou a s úpravou zevnějšku?				
5. Denní činnost Jak trávíte den?				
6. Tělesné zdraví Jak se cítíte po tělesné stránce?				
7. Psychotické symptomy Slyšíte někdy hlasy nebo máte problémy s myšlením?				
8. Informace o zdravotním stavu a léčbě Byly Vám poskytnuty srozumitelné informace a léčebných, které užíváte?				
9. Psychické potíže Byl jste v poslední době velmi smutný nebo skleslý?				
10. Ohrožuje sebe Napadlo Vás někdy, že byste si úmyslně ublížil?				
11. Ohrožuje ostatní Myslíte si, že byste mohl nějak ohrozit ostatní?				
12. Alkohol Způsobuje Vám pití nějaké problémy?				
13. Drogy (psychoaktivní látky) Užíváte nějaké psychoaktivní látky bez lékařského předpisu?				
14. Přátelé Jste spokojen se svým společenským životem?				
15. Intimní vztahy Máte partnera?				
16. Sexualita Jaký je Váš sexuální život?				
17. Péče o děti Máte nějaké děti do 18 let?				
18. Základní vzdělání Máte problémy se čtením, psaním nebo porozuměním textu?				

19. Telefon Umíte zacházet s telefonem?				
20. Doprava Jak se vám cestuje autobusem, metrem nebo vlakem?				
21. Peníze Jak vycházíte s penězi?				
22. Finanční dávky Dostáváte všechny peníze, na které máte nárok?				
A Naplněné potřeby - sečtěte počet jedniček ve sloupci				
B Nenaplněné potřeby – sečtěte počet dvojek ve sloupci				
C Celkový počet potřeb – sečtěte dohromady A+B				

Summary

Case management a jeho význam pro člověka se schizofrenií

Case management and its importance for a man with schizophrenia

Petra Koukalová

The main subject of this thesis is case management and its importance for a man with schizophrenia. Case management as a specific working technique helps people with a mental disorder.

The objective of the dissertation was a description of a context of case management for people with schizophrenia in the Czech republic. The thesis is divided into three chapters.

In the first section I concentrated on a complex depiction of the care of people suffering from mental aberrations. I described a broad range of facilities and services that provide care to mentally ill patients. A client can choose either a medical or a social institution, but I regard close cooperation of those facilities as the ideal solution.

The next chapter is dedicated to the topic of schizophrenia. My diploma paper is delimited to this mental disease because the most numerous group of patients utilizing case management services suffers just from it. Schizophrenia is a very serious illness so I consider knowledge in themes presented in that part to be important for people who deal with clients afflicted with such disorder.

In the last section I pursued case management. I described reasons for its *creation, definition and models that we can meet in everyday routine. I focused on the relationship between a client and a case manager. In that chapter I also paid attention to the multidisciplinary team, which is an important characteristic of case management. At the conclusion I cited two dialogues with experts at case management.*