

## ALTERNATIVA AKUTNÍ PÉČE O PSYCHIATRICKÉ PACIENTY: REZIDENČNÍ ZAŘÍZENÍ

An alternative approach to taking acute care of psychiatric patients: residential facilities

Andrea Scheansová

IX: 1 - 211, 2007  
ISSN 1212-4117

Psychiatrická léčebna Bohnice  
Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta

### Summary

The target of the present contribution is to inform the reader on a model of taking the alternative acute care of patients with mental diseases. This is a project of residential facilities, which form a transition between the hospital care and case work. These facilities occur in North America and Western Europe, thus successfully reducing numbers of hospitalised patients. In the work presented here, the importance of the institutional treatment is first reminded. The theoretical concept of the alternative acute psychiatric care is described with presenting three cases of residential facilities, which are effectively functioning in practice. Advantages of the alternative facilities are conclusively summarized, but their critical assessment is also considered. The basic source was the English original work Warner, R.: Alternatives to the Hospital for Acute Psychiatric Treatment: first edition, American Psychiatric Press, Washington D. C. 1995.

The environment of the residential facility is small and it exerts a family style and normalizing effects. It is situated in the patient natural environment, the house is kept open and it enables the patient to remain in contact with his/her social life. Restrictive methods are not implemented and informal relationships based on equal rights are preferred over a hierarchical structure. The patients experience a certain degree of the self-control and they train the responsibility for their behaviour and for maintaining the environment which they are living in. In the residential facility projects, emphasize is put on the individual approach to patients, fulfilling their psychosocial needs and on their re-integration into the community. It is governed by a multidisciplinary team, the role of health-social workers being irreplaceable there. The care provided in the residential facility makes it possible to flexibly react to the need of patients and to strengthen their internal sources.

Key words: Psychiatry – patient – psychosocial needs – acute care

### Souhrn

Cílem příspěvku je seznámit čtenáře s modelem alternativní akutní péče o duševně nemocné pacienty. Jedná se o projekt rezidenčního zařízení, které je na pomezí mezi nemocniční péčí a případovou prací. V Severní Americe a západní Evropě se tato zařízení objevují a úspěšně snižují počet hospitalizací v nemocnici. V následujícím textu nejprve připomínám význam institucionální léčby. Dále popisuji teoretickou koncepci alternativní akutní psychiatrické péče a uvádím tři příklady rezidenčních zařízení, která v praxi efektivně fungují. Na závěr shrnuji výhody alternativního zařízení, ale také je kriticky hodnotím. V textu čerpám převážně z anglického originálu publikace Warner, R.: Alternatives to the Hospital for Acute Psychiatric Treatment. 1. vyd., Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1995.

Prostředí rezidenčního zařízení je malé, v rodinném stylu a normalizující. Nachází se v přirozeném prostředí pacienta, dveře má otevřené a umožňuje, aby pacient zůstal v kontaktu se svým společenským životem. Nejsou tam uplatňovány restriktivní metody a přednost mají neformální, rovnocenné vztahy před hierarchickou strukturou. Pacienti zakoušejí určitý stupeň sebekontroly a trénují zodpovědnost za své jednání a udržování prostředí, ve kterém žijí. V projektu rezidenčního

zařízení je důraz kladen na individuální přístup k pacientovi, naplnění jeho psychosociálních potřeb a jeho zpětné začlenění do komunity. Je řízeno multidisciplinárním týmem a role zdravotně sociálního pracovníka v něm má nezastupitelnou úlohu. Péče v rezidenčním zařízení umožňuje reagovat flexibilně na potřeby pacientů a posilovat jejich vnitřní zdroje.

Klíčová slova: psychiatrie – pacient – psychosociální potřeby – akutní péče

*Teorie efektivní psychiatrické péče od druhé poloviny dvacátého století zdůrazňuje význam psychosociálních potřeb pacienta. Léčebný plán by již neměl znamenat jen vhodnou medikaci a hospitalizaci v instituci, ale maximalizaci návratu jedince do komunity. Podobně jako život zdravého člověka má různé kvality, rovněž život duševně nemocného by měl mít více rozměrů než jen biologický.*

### **K významu psychiatrické léčebny**

V poslední době slyším média kritizovat psychiatrické léčebny. Na ulicích se občas setkávám s upoutávkami „hledajícími lidmi poškozené psychiatrií“. Bývá kritizován systém ústavní psychiatrické péče za „příliš“ dlouhé hospitalizace, detenční řízení a necitlivý přístup personálu. Hospitalizace na psychiatrii pro mnoho lidí znamená zranění sebedůvěry a pro jejich okolí možná „důvod“ k zachování odstupu. I u nás se po vzoru západní Evropy a Severní Ameriky prosazuje snaha o deinstitucionalizaci v psychiatrii. V extrémním případě se ozývají hlasy po zrušení psychiatrických léčen a jejich nahrazení komunitně orientovanou psychiatrickou péčí, kde je kladen důraz na začlenění duševně nemocného zpět do společnosti namísto jeho izolace.

Ráda bych zde představila alternativní model akutní psychiatrické péče, který se objevuje v zahraničí. Zároveň však cítím nutnost poznamenat, že sama jsem zaměstnancem psychiatrické léčebny a nesympatizuji s hnutím „za zrušení psychiatrických léčen“. Psychiatrická léčebna stejně jako psychiatrické oddělení všeobecné nemocnice<sup>1</sup> mají svou funkci a nejsou v plném rozsahu nahraditelné. Alternativní akutní zařízení možná mohou přijmout 80 % (Warner, 1995) pacientů přijímaných k hospitalizaci v institucionálním zařízení, ale vždy budou pacienti, kteří tam nejsou léčitelni. Stále se budeme setkávat s těmi, kteří jsou agresivní a nevypočitatelní, kteří jsou příliš sebedestruktivní, kteří opakovaně utíkají a kteří jsou schopni fungovat pouze v pevně strukturovaném prostředí. Také jsem přesvědčena, že pro některé pacienty je příjemnější žít ve světě psychiatrické léčebny než být za každou cenu začleněn do „normální“ společnosti. Svět psychiatrické léčebny toleruje

„jinakost“ duševně nemocného, nezatěžuje ho tlakem na výkon a konformitu.

Obraz psychiatrického ústavního zařízení jako tzv. totální instituce ve smyslu, v jakém ho vylíčil Erwin Goffman (Goffman, 1966), je v dnešní době spíše minulostí. Na psychiatrickém oddělení brněnské nemocnice jsem viděla zdi malované pastelovými barvami a domácí atmosféru nemocničních pokojů. V pražské psychiatrické léčebně jsem se přesvědčila, že ne jeden pavilon funguje jako psychoterapeutické oddělení, kde formální duch instituce nebyl znát. Nemohu však opomenout, že jsem viděla rovněž chronické oddělení s osmnáctilůžkovými pokoji a holými oprýskanými stěnami.

Psychiatrické léčebny si nevybírají ty tzv. motivovanější pacienty a ty méně perspektivní neodmítají. Poskytují péči všem potřebným. Existence uzavřeného psychiatrického oddělení je předpokladem pro to, aby mohlo fungovat oddělení otevřené, neboť vždy budou pacienti, kteří nejsou jinde léčitelni. Zároveň však považují za prospěšné, aby někteří pacienti měli příležitost být léčeni v akutním zařízení méně institucionálního typu.

V naší zemi máme zařízení, která rozvíjejí komunitní přístup a alternují následné institucionální léčbě. Občanské sdružení FOKUS disponuje mobilním krizovým týmem pro zklidnění akutně agitovaných pacientů v domácím prostředí, realizuje případovou práci, provozuje denní stacionář, chráněné bydlení a chráněné dílny. Rovněž pražské psychoterapeutické sanatorium Ondřejov nabízí chráněné zaměstnání a provozuje sociorehabilitační komunitu pro pacienty s psychotickým onemocněním. Občanské sdružení BONA provozuje chráněné zaměstnání a chráněné bydlení a rozvíjí se dále.

V zahraničí se objevují alternativní zařízení nejen ambulantního typu a následné péče, ale také akutní péče, tzv. rezidenční zařízení či krizové domy (např. Nizozemí, Velká Británie, USA). Vzhledem k tomu, že tato zařízení nemají u nás zatím obdoby, ráda bych model rezidenčního zařízení představila.

#### MODEL ALTERNATIVNÍ AKUTNÍ PÉČE

V současné době se ozývají názory, že efektivní prostředí psychosociální léčby by mělo být malé, v rodinném stylu a normalizující. Pokud možno otevřené, nacházející se autenticky v přirozeném prostředí a umožňující pacientovi, aby zůstal v kontaktu se svými přáteli, příbuznými, zaměstnáním a společenských životem. Mělo by být flexibilní a nenátlakové. Funkční se zdají být více rovnocenné vztahy než struktura hierarchické moci. Pacienti by měli být začleňováni do péče a údržby zařízení.

Domácí prostředí a méně formální atmosféra poskytuje péči, která je méně nátlaková a méně odcizující, než je nemocniční prostředí. V západní Evropě a USA se objevují alternativní zařízení pro akutní péči psychiatrických pacientů, tzv. rezidenční zařízení, a zdají se být poměrně efektivní.

Lidé, kteří využívají služby v neinstitucionálním prostředí, jsou povzbuzováni k tomu, aby čerpali své vlastní zdroje. Musí zakusit určitý stupeň sebekontroly a přijmout zodpovědnost za své jednání a udržování prostředí, ve kterém žijí. S tím souvisí získávání více sebeúcty a pocit úspěchu. Domácí a nedonucovací podstata rezidenčních zařízení činí lidský kontakt s osobou v krizi snadnější než v nemocnici.

Klinické zkušenosti a výsledky výzkumů potvrzují, že všichni lidé, včetně těch, kteří jsou považováni za duševně nemocné, potřebují stále a konzistentní sociální síť, aby mohli udržet uspokojivý a zdravý komunitní život (Mandiberg, in Warner, 1995). Také je zřejmé, že psychiatrickí pacienti často nemají adekvátní podpůrné síť. Za takových podmínek se člověk chytá jakékoliv sociální vazby, která je dostupná, nebo užívá jiných systémů, jako kdyby byly sociální podpůrné síť.

Výsledkem institucionální léčby bývá, že je narušen pozitivní potenciál podpory v komunitě a je posílena závislost na profesionálně poskytované léčbě jako podpůrné síti. Pacienti začínají spoléhat na léčebné služby, jako kdyby to byly

přirozené lidské vazby. Někdy můžeme vidět, že se pacienti vrací do nemocniční péče a opakovaně využívají formálních prostředků psychosociální podpory. Z toho důvodu by efektivní léčebný model měl jasně oddělit koncept léčby a rehabilitačních služeb od těch sociálně podpůrných.

Objevují se názory, že tradiční systém psychiatrické péče může svým způsobem destabilizovat pacienty. Duševně nemocní mívají problémy s navazováním a udržováním mezilidských vztahů a s adaptací na nové prostředí. Přitom systém tradiční psychiatrické péče někdy vyžaduje, aby pacienti často měnili jak lidi, ke kterým se vztahují, tak místa, kde se začali orientovat a cítit bezpečně. Z pacientovy perspektivy by bylo mnohem vhodnější přijít s různými formami péče za pacientem, zatímco on zůstane ve stejném stabilním a známém prostředí. Případová práce, rezidenční zařízení akutní péče, krizové týmy a chráněné bydlení mohou být vnímány jako pokusy reagovat na nestabilitu pacientů vyplývající ze systémem vyvolávaných změn ve vztazích a místech.

Pro inspiraci dále popisují tři rezidenční zařízení, která fungují v rozdílném sociálním prostředí, s rozdílnou koncepcí, ale se stejným cílem – začlenit pacienta co nejefektivněji zpět do komunity.

#### CEDAR HOUSE (USA, Colorado)

*Cedar House, 2833 Broadway, Boulder, CO 80304*

*tel.: 303449-2217, www.mhcbc.org/services.htm*

(Warner, 1995, s.3-20)

V roce 1980 zřídilo komunitní centrum pro duševní zdraví v Boulderu projekt Cedar House, jehož cílem bylo snížit náklady spojené s hospitalizací psychiatrických pacientů. Denní náklady ústavní léčby v Cedar House stojí jednu čtvrtinu denních nákladů místního psychiatrického oddělení nemocnice. Cedar House nabízí prostředí, které je méně omezující, nerestriktivní a neodcizující. Vzhledem k velkému důrazu na sebekontrolu se pacienti v Cedar House chovají méně agresivně, než by se pravděpodobně chovali v nemocnici. Mezi základní znaky programu patří poměrně malé, domácí prostředí, které však uplatňuje biologický léčebný model.

Cedar House je prostorná budova, která je situována v rušné ulici města. Pracovní tým tvoří podobně jako v nemocnici ošetřovatelský

personál, psychiatr a jiní odborní pracovníci (psycholog, sociální pracovník). Podobně jako nemocnice nabízí obvyklé diagnostické a terapeutické služby (kromě elektrokonvulzivní terapie). V zařízení se praktikují běžná zdravotnická vyšetření a pokud pacient potřebuje následně specializované interní nebo neurologické vyšetření, je vyšetřen spolupracujícím lékařem nebo je zajištěn převoz na specializované oddělení v nemocnici. Na rozdíl od nemocnice je to však domácí prostředí, které je otevřené a svou povahou nenátlakové.

Zařízení působí jako obytný dům střední sociální vrstvy, nebudí dojem instituce. Kapacita je 15 lůžek. Pacienti i zaměstnanci si s sebou dovnitř mohou vzít svá domácí zvířata. Personál a pacienti spolu komunikují neformálně a společně se podílí na domácích pracích. Pokud si pacienti vyjednají se svým terapeutem vycházky, mohou svobodně přicházet a odcházet (někteří během léčby navštěvují zaměstnání). Personál pacienty motivuje k tomu, aby dobrovolně respektovali režim a pravidla zařízení. Nikdo nesmí být přikurtován, zamčen nebo násilně medikován. I přesto je tu mnoho pacientů, kteří jsou léčeni nedobrovolně, tedy na základě soudního rozhodnutí. Je to možné proto, že tito pacienti dávají přednost pobytu v Cedar House a jsou si vědomi, že by jinak byli hospitalizováni v nemocnici.

Mezi pacienty, kteří nemohou být v zařízení léčeni, patří ti, kteří jsou agresivní, kteří opakovaně utíkají, kteří jsou tak hluční a agitovaní, že by pobyt v domě učinili pro ostatní obyvatele nesnesitelným a kteří jsou tak zmatení, že se nemohou řídit pokyny personálu. Praxe však ukazuje, že většina lidí s psychotickou depresí, většina s akutní epizodou schizofrenie a mnoho lidí s mánií může být v zařízení léčeno. Jen velmi málo pacientů (méně než 10 %) musí být přeloženo do nemocnice. Cedar House nenahradil plně uzavřené nemocniční oddělení, ale poskytuje služby téměř dvě třetiny pacientů místního komunitního centra duševního zdraví a mohl by poskytovat služby i více pacientům, pokud by měl větší kapacitu. Většina pacientů, kteří jsou přijímáni, trpí psychotickým onemocněním nebo afektivní poruchou. Mnozí pacienti mají duální diagnózu duševního onemocnění v kombinaci se zneužíváním návykových látek nebo narušením intelektu.

Mnoho pacientů přicházejících do Cedar

House by v nemocničním prostředí bylo objekty restriktivních metod, jako je tělesné omezení nebo izolace. Rezidenční program v Cedar House si zakládá na vyhnutí se nátlakovým metodám. Duševně nemocný tak má příležitost udržet si pocit sebevědomí a sebekontroly. Tento přístup vychází z teorie tzv. morální léčby 19. století, která byla založena na hypotéze, že jednání s duševně nemocným s respektem a v domácím a normalizujícím prostředí směřuje k tomu, aby si pacient vypěstoval „morální omezení“ a sebekontrolu nad svými impulzy. V domácím prostředí člověk cítí povinnost zacházet s jinými lidmi a jejich majetkem s určitým respektem a uvážením, zatímco v instituci se tak často neděje.

Normalizující styl léčby má mnoho rysů modelu terapeutické komunity. Obyvatelé se podílejí na chodu zařízení. Každý pacient vykonává nějaké domácí práce a někdo z pacientů dohlíží na práci ostatních. Lépe fungující pacienti pomáhají v léčbě ostatním a mohou například doprovázet nově přijaté pacienty na vycházky. Ačkoliv pacienti jsou začleněni do řízení chodu zařízení a léčebného procesu, rozsah jejich pravomocí je limitován. Důvodem je jednak krátká délka pobytu pacientů, jednak potřeba personálu mít pevnou kontrolu nad chodem zařízení.

Cedar House je provozně vytížen. Pacienti jsou podobně jako v nemocnici přijímáni kdykoliv během dne či noci. Každý nový pacient podstoupí formální přijímací procedury a je během 24 hodin vyšetřen psychiatrem. Obvykle bývá 20 až 25 příjmů měsíčně. Potřeba mít volné lůžko pro další příjem vytváří tlak na personál i pacienty, aby omezili délku pobytu na co nekratší a nejefektivnější. Většina pacientů zůstává jeden až dva týdny, ale někteří tu bývají mnohem déle. Pacient, který v léčbě setrvá několik měsíců, bývá přijat jen příležitostně a bývá to obecně vysoce rizikový pacient, někdy potenciálně nebezpečný, jindy s nestabilním zdravotním stavem, který je obtížně adaptovatelný v komunitě i s důkladnou podporou a léčbou.

Základním vstupním krokem v léčbě je diagnostika sociálního systému pacienta. Co se stalo, že pacient přichází do Cedar House? V jakých finančních podmínkách žije, kde bydlí a jaké má zaměstnání? Došlo v nedávné době k nějakým změnám? Má napjaté rodinné vztahy? Měl pacient více relapsů od té doby, co žije v současných podmínkách? Na základě odpově-

dí na takové otázky je vytvořen krátkodobý nebo dlouhodobý léčebný plán. Předpokládá se, že tento léčebný plán bude mít za následek okamžité zlepšení pacientova stavu a prevenci relapsů po propuštění. Cílem Cedar House je, aby každý pacient odcházel do vhodných životních podmínek. Léčba je řízena tak, aby předcházela syndromu otáčecích dveří a poskytovala spořádanou kvalitu života. Nepředpokládá se, že by nějaký pacient po pobytu v Cedar House zůstal bez přístřeší.

Jednoznačnou výhodou intenzivní rezidenční léčby oproti hospitalizaci v nemocnici jsou nižší náklady, které dovolují, aby léčba klidně plynula. Více času může být věnováno sledování symptomů a vývoje nemoci, výběru medikace a zvyknutí si na ni, eliminaci vedlejších efektů a vyhodnocení výhod léčby. Někteří psychotičtí pacienti mohou být léčeni bez užití antipsychotických léků.<sup>2</sup> V Cedar House jsou ve značné míře využívány benzodiazepiny jako náhražka nebo někdy alternativa antipsychotických léků. Mírné dávky benzodiazepinů se zdají být efektivnější než neuroleptika, co se týče zklidnění akutně agitovaných a psychotických pacientů.

Velmi důležitým tématem pro pacienty i personál je bezpečí a je vynaloženo maximální úsilí, aby nedošlo k agresivitě. K minimalizaci konfliktů jsou využívány techniky krizové intervence a personál věnuje pečlivou pozornost tomu, když někoho v domě považuje za nebezpečného. Agitovaným pacientům je nabídnuta medikace nebo jsou v případě potřeby hospitalizováni. Personál pracuje jako tým a každý má příležitost a zodpovědnost podílet se vedle terapeuta a pacienta na léčebném procesu. Předpokládá se, že v Cedar House je bezpečno a žádný druh ublížení druhému není tolerován. Od každého se očekává, že bude s druhým jednat s respektem.

Intenzivní rezidenční léčba v Cedar House vyžaduje personální obsazení podobné tomu, jaké je v nemocnici. Ve službě je vždy psychiatrická zdravotní sestra a ošetřovatel. V pracovních dnech jsou přítomni dva profesionální terapeuti se vzděláním v oboru psychologie nebo sociální práce, kteří nabízejí individuální, rodinnou a skupinovou psychoterapii, pomáhají s praktickými úkoly (např. získání sociálních dávek) a zařizují, aby se pacient mohl vrátit do svého přirozeného prostředí. Na půl úvazku je k dispozici laický případový pracovník, což je

někdo se zkušeností duševního onemocnění a vzdělaný v základech případové práce. Ten také pomáhá pacientům v praktických otázkách ubytování a nároků na sociální podporu. Psychiatr je přítomen tři hodiny denně a celých 24 hodin je k dispozici také psychiatr na telefonní lince. Vedoucí týmu řídí program a administrativní pracovník se stará o provozní záležitosti, údržbu budovy, nákup materiálu, jídla a nábytku. Studenti a dobrovolní pracovníci pomáhají v různých oblastech. Jídlo připravuje kuchařka na částečný úvazek s pomocí psychiatrické zdravotní sestry. (Zpočátku byla snaha, aby pacienti vařili a uklízeli sami, ale byly stížnosti na kvalitu jídla i čistoty.) Několikrát v týdnu přichází uklízečka. V pracovním týmu jsou lidé různého vzdělání a dovedností, kteří mají zkušenosti s péčí o duševně nemocné pacienty. Kvůli kvalitě péče, morálce a bezpečí je důležité, aby ve službě byli vždy dva pracovníci a z nich jeden by měl být ošetřovatel. V noční službě ošetřovatel spí, ale kdyby bylo potřeba, je k dispozici. Výběr zaměstnanců je důležitý. Jedinci musí mít vysoký profesionální standard, musí být bystrí a flexibilní. Je nezbytné, aby byli schopni zvládnout krizové situace a práci ve stresu. Členové týmu musí mít pozitivní myšlení, musí být přátelští a schopní dobře vycházet s ostatními. Je důležité, aby se také dokázali autenticky těšit ze své práce a musí jednat s lidmi na základě respektu a důstojnosti. Pro efektivní chod zařízení je zásadní komunikace a supervize. Vedoucí týmu poskytuje všem pracovníkům formální supervizi a je k dispozici jako stabilizační element celého týmu. Psychiatr musí věřit v nerestriktivní model léčby a být ochoten důvěřovat pacientům a personálu, aby ho zvládli realizovat. Velké povzbuzení přichází z pocitu dobře odváděné práce a pozitivních vztahů s ostatními (pacienty i zaměstnanci).

#### **VENTURE (Kanada)**

*Mental Health Services Central Office, 200-520 West 6<sup>th</sup> Avenue, Vancouver, BC V5Z4H5, Tel.: 604-874-7626, [www.vch.ca/community/mental\\_health.htm](http://www.vch.ca/community/mental_health.htm)*  
(Sladen-Dew, in Warner, 1995)

Venture je zařízení pro akutní psychiatrickou léčbu. Nachází se ve Vancouveru v Kanadě. Je to otevřené zařízení s neformální uvolněnou atmosférou, ale rovněž pečlivým dohledem. Pacienti jsou motivováni k tomu, aby vykonávali domácí práce. Mohou chodit na vycházky

a zařizovat si pracovní záležitosti. Zařízení je administrativně řízeno souběžně s místními týmy komunitní psychiatrické péče, což umožňuje kontinuální léčbu. Ve Venture poskytují služby akutně nemocným pacientům i lékaři a terapeuté z jiných komunitních programů.

The Greater Vancouver Mental Health Service (GVMHS) je neziskovou organizací, která v posledních 20 letech řídila poskytování komunitních služeb duševního zdraví městské populaci přibližně 700 000 obyvatel. GVMHS má každý rok okolo 7000 pacientů, přičemž má nyní aktivní kapacitu zhruba 4000 duševně nemocných, z nichž většina trpí chronickým duševním onemocněním (50 % pacientů trpí schizofrenií). Každý rok je okolo 700 pacientů hospitalizováno a téměř stejný počet pacientů je přijat do Venture. GVMHS poskytuje základní služby prostřednictvím komunitních týmů duševního zdraví (devět týmů situovaných v jednotlivých geografických oblastech). Týmy poskytují případovou práci včetně lékařských služeb v poměru pacient-tým 40:1. Komunitní týmy dále poskytují různé druhy rehabilitačních a socioterapeutických programů.

GVMHS zřídilo Venture v roce 1975 jako desetilůžkové zařízení poskytující krátkodobou krizovou intervenci. Jedním z klíčů k efektivitě Venture je fakt, že byl vyvinut v přímé reakci na potřeby pacientů a personálu komunitních týmů duševního zdraví. Program Venture byl nejdříve situován v renovovaném domě v centrální části Vancouveru. Během 18 let se požadavky po takovém druhu služby zvyšovaly. Týmy zjistily, že mnoho jejich pacientů může být úspěšně léčeno spíše ve Venture než v nemocnici. V roce 1990 se Venture rozšířilo na dvacet lůžek a bylo přesunuto do zařízení, které bylo k tomu účelu postaveno. Mnoho zaměstnanců Venture zároveň pracuje v komunitních centrech duševního zdraví. Zaměstnanci i pacienti komunitních týmů vnímají Venture jako zařízení, které poskytuje praktickou pomoc bez vzdalování pacientů jejich základně komunitní léčby. Primární je napojení Venture a komunitních týmů, sekundární je napojení Venture a psychiatrického diagnostického oddělení, které funguje na principu nemocnice. Jsou tam přijímáni pacienti za účelem diagnostiky a léčby, někdy i nedobrovolně. Průměrná délka pobytu na diagnostickém oddělení je pět dní, odtud jsou pacienti propuštěni do přirozeného prostředí, přijati

k hospitalizaci v nemocnici nebo přijati do Venture.

Cílem Venture je poskytovat druh péče, který je na pomezí mezi komunitní případovou prací a hospitalizací. Toho je dosaženo vytvořením neformální, domácí atmosféry s dostatečnou strukturou a intenzivním personálním obsazením, aby pacientům byla poskytnuta příležitost řešit svou akutní psychiatrickou krizi.

V současnosti je Venture dvacetilůžkové zařízení situované v obytné části města.<sup>3</sup> Přízemí má kuřáckou a nekuřáckou společnou místnost s krbem, malbami, pohodlnými křesly a jemným osvětlením. Kuchyň, jídelna a terasa se stolky pro piknik a gril jsou pacientům volně přístupné. Pacienti jsou ubytováni v jednolůžkových nebo vícelůžkových pokojích dle možností a přání pacienta. V suterénu je pračka, tělocvična a odpočívárna.

Když se pacienti přemísťují z jednoho léčebného prostředí do druhého, kontinuita péče je velmi často narušena. Venture se snaží tuto diskontinuitu snížit na minimum. Zaměstnanci Venture nechávají zodpovědnost a rozhodování o léčbě pacienta případovému pracovníkovi a lékařovi, kteří o něho běžně pečují v komunitním týmu. Tím je zachována kontinuita. Zaměstnanci Venture i komunitních týmů sdílejí stejnou filozofii komunitní léčby.

V praxi to probíhá tak, že komunitní tým předá pacienta do Venture, kde mu je určen pracovník, který se mu nejvíce věnuje. Léčebné cíle a strategie společně plánuje pacient, personál Venture a komunitní tým. Vyzvání k účasti na tomto procesu jsou také lidé z pacientovy podpůrné sítě v komunitě. Z Venture může být pacient propuštěn mnohem dříve než v případě hospitalizace v nemocnici právě z důvodu skutečné kontinuity klinické péče. Dokonce i pacient s reziduálními psychotickými symptomy může být propuštěn do domácího prostředí, pokud funguje podpůrně. Něco takového lze dovolit jen za předpokladu, že personál zařízení má důkladnou znalost pacientova domácího prostředí i jeho symptomů akutní fáze nemoci.

Koncept kontinuální péče neznámá pouze poskytnutí konzistentní klinické zodpovědnosti v léčebném procesu. Kontinuita péče také znamená udržení cenných vztahů mezi pacientem a podpůrnou sítí v komunitě. Program Venture, který je situován v blízkosti domova pacientů, umožňuje udržet a občas posílit křehké

vztahy mezi pacientem a jeho podpůrnou sítí.

Kritéria pro přijetí do Venture jsou flexibilní. V potaz je brána charakteristika přicházejícího pacienta, personální obsazení zařízení a složení pacientů v domě. Ve Venture bývá úspěšně léčeno mnoho pacientů, kteří by jinak byli přijati do nemocnice. Zhruba 20 % pacientů bývá z Venture přeloženo do nemocnice z důvodu, že jejich chování je příliš rušivé a bylo by nebezpečné takové pacienty léčit v otevřeném zařízení.

Úspěch Venture souvisí s relativně vysokou úrovní personálního obsazení a úzkým propojením s nemocnicí, což umožňuje okamžitě realizovat potřebné překlady pacientů. Venture nemůže nahradit nemocniční péči v případě, že pacient potřebuje větší strukturu nebo obsáhlou psychiatrickou a interní diagnostiku.

Pacienti nejsou vyloučeni z přijetí do Venture na základě jejich diagnózy. Důraz je však kladen na to, aby Venture sloužilo pacientům s chronickým duševním onemocněním. 28 % pacientů trpí schizofrenií a dalších 46 % má jinou psychotickou poruchu (bipolární nebo schizoafektivní, krátkou reaktivní psychózu nebo psychotickou depresi). 17 % pacientů bývá přijato primárně s psychotickými symptomy (bludy, halucinace). Zbytek je přijat se symptomy úzkosti a dysforie, sekundárně v důsledku stresu. 20 % je přijato s nízkou až průměrnou úrovní sebevražedného myšlení. 15 % pacientů je přijato v krizi s primární diagnózou poruchy osobnosti. Do Venture nejsou přijímáni pacienti trpící demencí nebo deliriem. Vyloučení z přijetí jsou také pacienti ve vysokém ohrožení sebevraždou. Pacienti, kteří splňují podmínky pro nedobrovolnou hospitalizaci, jsou překládáni přímo do nemocnice. Přijati nemohou být ani pacienti, kteří jsou závislí na návykových látkách. Ti, kteří trpí vážným psychotickým onemocněním a jednou nebo dvakrát v nedávné době zneužili alkohol, jsou však přijímáni často. Vzhledem k tomu, že zneužívání návykových látek je mezi duševně nemocnými velmi časté, bylo by příliš restriktivní z tohoto důvodu vylučovat přijetí do Venture.

Cílem léčebného programu Venture je redukce symptomů, vyřešení krize a rychlá reintegrace pacienta do komunity. Očekává se, že délka pobytu v zařízení bude krátká a pacient bude schopen se vrátit k plnému nebo částečnému fungování v komunitě. Průměrná délka po-

bytu je osm dní, většina pacientů tam stráví dva až tři dny a malý počet překročí dva týdny. Nejdůležitější element léčby je strukturované, ale neformální prostředí nezatižené stresem. Venture je místo, kde pacienti mohou zakusit období klidu a odpočinku, které jim dovolí vzdálit se stresu v komunitě. Pacienti a jejich rodiny potvrdili, že má na ně příznivý vliv i několik dní oddechu a že taková intervence může odvrátit začínající dekompenzaci, která by jinak vyústila v hospitalizaci v nemocnici.

Personál Venture poskytuje pacientům psychiatrické vyšetření 24 hodin denně. Pozorně je sledován efekt medikace, neboť zanedbávání medikamentózní léčby bývá často spojeno s relapsem. Personál Venture sděluje svá pozorování případovému pracovníkovi a lékaři z pacientova komunitního týmu a všichni spolupracují na tom, aby vytvořili léčebný plán.

Filozofie Venture nepodporuje příliš programatický a institucionální přístup. Personál Venture se nezapojuje ani do intenzivní psychotherapie s pacienty a vyhýbá se konfrontační skupinové terapii. Pacient se zde neúčastní ani formálních rehabilitačních programů. Venture však poskytuje rekreační a sociální aktivity, ke kterým jsou pacienti vybízeni, které ale pro ně nejsou povinné. Když pacienti začínají vykazovat známky stabilizace, jsou vyzváni, aby se podíleli na domácích pracích. Jsou také povzbuzováni k tomu, aby chodili na vycházky, zařizovali si své povinnosti, vraceli se domů a věnovali se pracovním záležitostem. Tento systém motivuje pacienty k tomu, aby udrželi vztahy s jejich přirozeným podpůrným systémem.

Venture nemá zamčené dveře a pacientům nemůže být zabráněno, aby odešli, pokud si to přejí. Personál se snaží podchytit krizové situace tak, že pacientovi nabízí klidné prostředí, kde lze poskytovat podporu 1:1, a pokud je třeba, tak nabídnout medikaci. Tento přístup bývá u většiny pacientů efektivní. Pokud se však pacientův neklid vyhročí tak, že situaci lze považovat za nebezpečnou, personál zavolá rychlou záchrannou službu z komunitního týmu nebo lékaře, který je na telefonu. V některých případech bývá pacient hospitalizován v nemocnici.

Personál Venture splňuje následující požadavky. Musí to být lidé zaměření na pacienta se všeobecnými znalostmi komunitních zdrojů. Členové týmu by měli být nezávislí, energičtí a kreativní.

Denní náklady na péči ve Venture jsou \$215 CDN ve srovnání s náklady nemocniční péče okolo \$550 CDN.

Venture poskytuje pacientům odpočinek od sociálního tlaku a specifickou podporu, což následně snižuje počet příjmů k hospitalizaci v nemocnici.

### **CROSSING PLACE (USA, Washington D.C)**

*Woodley House Residential Services, 2711 Connecticut Avenue, NW, Washington, D.C 20008, Tel.: 202-328-4065 (Bourgeois, 1995), www.woodleyhouse.org*

Crossing Place je zařízení, které zdůrazňuje humanistický element při akutní psychiatrické léčbě. Vychází ze zkušenosti projektu Soteria, terapeutické komunity pro léčbu rané schizofrenie. Personál i pacienti se společně podílejí na rozhodování. Léčebný program zahrnuje mnoho psychosociálních elementů. Pacienti se s pomocí terapeuta snaží pojmenovat sociální faktory, které mohly spustit akutní epizodu nemoci. Program funguje jako malé nezávislé zařízení, což znamená, že široký okruh pacientů musí být přesto odkazován do formálního systému zdravotní péče.

Crossing Place bylo založeno v roce 1978 ve Washingtonu, D.C., neziskovou organizací pro péči o duševní zdraví Woodley House. Jen 10 % pacientů musí být přeloženo z Crossing Place do nemocnice. Mezi lety 1978 a 1993 bylo přijato 1200 chronicky duševně nemocných a 90 % z nich bylo úspěšně vráceno do komunity. V zařízení nikdy nedošlo k sebevraždě. Denní náklady tvoří \$156 USD ve srovnání s \$900 USD za hospitalizaci v nemocnici. Psychosociální přístup zařízení se snaží udržovat rovnováhu mezi porozuměním vnitřnímu psychickému životu lidí, mezilidským vztahům a vlivům různých sociálních systémů na fungování jedince. Zvažuje se, nakolik jednotlivé elementy mohou napomoci požadované změně. Efektivní psychosociální praxe zahrnuje znalost a dovednosti všech aspektů pacientova života. Tento přístup také prověřuje význam etnické identity pacienta a personálu, skutečnosti týkající se prostředí, ve kterém žijí, politickou atmosféru doby a vliv těchto faktorů na dosažení cílů pacienta. Crossing Place nabízí pacientům příležitost řešit jejich krizi v podpůrném prostředí, které poskytuje intenzivní přístup 1:1, intervenci v malé sku-

pině a pomoc při řešení praktických problémů. V mnoha ohledech zařízení funguje jako dočasná rodina.

Nezisková organizace Woodley House, která byla založena roku 1958, byla průkopníkem v komunitní péči. Zřídila 22lůžkový „dům na půl cesty“, 51lůžkové chráněné bydlení a různé pracovní rehabilitační programy. Pacienti z „domu na půl cesty“ a chráněného bydlení, kteří se zdekompensovali a potřebovali intenzivnější péči, byli překládáni do státní nemocnice St. Elizabeths Hospital. To často znamenalo ztrátu bytů, sociální podpory, probíhajících aktivit a narušení jejich sociálních sítí. Každá hospitalizace v nemocnici anulovala doposud vykonanou práci a komplikovala pacientovu integraci do komunity. V té době byly zároveň ekonomické, politické a soudní instituce nakloněny tomu, aby se vytvořil alternativní rezidenční program, který bude méně restriktivní než hospitalizace v nemocnici.

Podmínky pro přijetí do Crossing Place jsou věk nad 18 let, dobrovolný vstup, zdravotní stav nevyžadující nemocniční péči a primární psychiatrický problém jiný než závislost na návykových látkách. Sebevražední nebo okolí ohrožující pacienti nejsou z příjmu vyloučeni.

Zařízení funguje na principu intenzivní mezilidské podpory, klade se důraz na individuální přístup k pacientům. Speciálně vybraní a trénovaní členové týmu jsou s pacienty tak dlouho, jak je intenzivní péče a supervize potřebná. Všechny personál má zkušenosti s krizovou intervencí.

Důležitým terapeutickým elementem je domácí atmosféra, která napodobuje pacientovo běžné prostředí, a tak minimalizuje stres nově přicházejících i těch navracejících se do komunity. Jedinci se zaměřují na zvládnání svých krizí ve skutečném životním prostředí. Malé, intimní a okamžitě reagující prostředí stejně jako postoj, že pacienti jsou zodpovědní členové dočasné rodiny, minimalizuje riziko vážného nezvládnutí situace.

Členové týmu úzce spolupracují s vedoucím zařízením a lékařem, aby pomohli jednotlivým pacientům formulovat cíle a plány. Celý pracovní tým se pravidelně schází, aby diskutoval o problémech, na které se naráží v pomáhajícím procesu. Vedoucí zařízení a lékař jsou pacientům k dispozici, když potřebují individuální pozornost v souvislosti s různými obtížnými

situacemi.

Délka pobytu se pohybuje od několika dní do několika měsíců v závislosti na individuálních potřebách jedince. Pacient bývá propuštěn tehdy, když se zklidnila jeho krize a byl sestaven léčebný plán pokrývající všechny důležité aspekty života. V praxi jsou do Crossing Place přijímáni většinou chroničtí pacienti s různými diagnózami. Mezi důvody k přijetí patří: pokus o sebevraždu, těžká deprese, potenciálně nebezpečné chování, imperativní halucinace, obět' násilí nebo znásilnění, krize ze ztráty (rozvod, smrt blízkého), problémy s užíváním medikace, flashback sexuálního zneužití nebo fyzického týrání v dětství, vyhrožování formálními autoritám, nedávná diagnóza HIV a akutní psychotická epizoda.

Personál Crossing Place nepřistupuje k pacientům v diagnostických kategoriích, ale vnímá je jako jedinečné individuality s životními příběhy a problémy, kterým je třeba naslouchat a poskytnout jim pochopení a přijetí. Pracovní tým je sestaven tak, aby byly maximalizovány interakce a minimalizovány hierarchické vztahy mezi personálem a pacienty. Požadavky na pracovníka jsou: emocionální stabilita, schopnost vnímat pacienty pozitivně, schopnost navazovat vztahy (zejména flexibilita a tolerance) a vytrvalost. Je tu snaha, aby členové týmu vykazovali z hlediska pohlaví a etnicity charakteristiky pacientů a každý mohl najít někoho, kdo mu bude v nějakém ohledu blízký. Personál pracuje ve smíšených týmech dvě 24hodinové služby týdně.

Pacienti bývají doporučeni k přijetí do Crossing Place ze státního sektoru péče o duševní zdraví ve Washington, D.C., nebo soukromými psychiatry. Sloužící personál rozhoduje o přijetí do zařízení a kompletuje vstupní informace, které zahrnují pacientovo vyjádření o jeho cílech a očekáváních v Crossing Place. Následně pacienta ubytují v domě. Během 24 hodin od přijetí pacienta vyšetří konzultující psychiatr Crossing Place za přítomnosti člena týmu. Důraz je kladen více na individuální potřeby pacienta než na jeho včlenění do programu zařízení.

Crossing Place bylo zřízeno dle kritérií efektivního léčebného prostředí pro akutní psychózy (Mosher and Burti, cit in Warner, 1995). Tato kritéria jsou: malé (osm pacientů), domácí prostředí, vysoký poměr personálu vůči pacientům, vysoká míra interakce, orientace na vrstevnické vztahy, skutečné spolupodílení personálu a paci-

entů na rozhodování, důraz na autonomii, hodnota ochrany osobního potenciálu, zaměření na praktické problémy (bydlení, finance), povzbuzení využívat komunitní zdroje, pozitivní očekávání, minimální hierarchie a povzbuzení k zařízení ambulantní léčby po propuštění.

V prvních několika dnech je základním cílem personálu stabilizovat pacienta a získat kompletní biopsychosociální historii. Terapeutický tým Crossing Place je přesvědčen, že ke každé krizi existuje sociální spouštěč. Každý člověk žije nějaký příběh (někdo více uvěřitelný, někdo méně). Porozumění skrytým faktorům každé psychotické epizody a jejich označení nabízí mechanismus ke zpracování kritické situace.

Crossing Place je místem pro komplexní léčbu a případovou práci. Sezení se účastní pacientův terapeutický tým z komunitního centra duševního zdraví (psychiatr, terapeut, případový pracovník), personál denních programů, rodina, přátelé a další. Personál Crossing Place pacienta podporuje v tom, aby sám vedl svá sezení. Pokud je to možné, pacient se pravidelně v Crossing Place schází se svou rodinou, případně chodí na návštěvy domů. Crossing Place pracuje nejen na vyřešení krizové situace, ale připravuje efektivní podpůrný systém, který pacientovi umožní vrátit se do života v komunitě. To zahrnuje zajištění ubytování, příjem, ambulantní léčbu, denní aktivity a sociální síť. Postupné úspěchy v naplňování těchto cílů motivují pacienta i terapeutický tým k rozvíjení schopnosti řešit problémy, k rozvíjení asertivity, sebevědomí a sebeposílení.

Léčebný program zdůrazňuje význam vztahů s členy komunity, s personálem, se členy komunitních týmů, rodinou a přáteli. Personál upřednostňuje individuální přístup k pacientům, spoluprožíváním poskytuje podporu a zvládnutí krize, spoluprací se dostává ke konkrétním zdrojům, doprovází a poskytuje poradenství ohledně léčebného systému a sociální sítě. Dále personál pacienty vzdělává v oblastech životních dovedností, řešení problémů, zvládnutí stresu a terapeuticky pracuje s řadou verbálních a expresivních technik. Interiér zařízení, obyčejný osmipokojový obytný dům na rušné průjezdové silnici Washingtonu, D.C., usnadňuje vytvoření rodinné atmosféry, která umožňuje personálu využívat vztahy, aby flexibilně normalizovaly, daly do souvislostí a posílily prožitky pacientů v tomto

jedinečném prostředí.

### Výhody a minimalizace rizika

Flexibilita prostředí rezidenčních zařízení dovo-luje, aby reagovaly na lidské potřeby pacientů a za pomoci neodcizujícího a domácího charak-teru zařízení posilovaly vnitřní zdroje nemocné-ho. Pacienti, kteří by byli hospitalizováni v instituci, mohou znovu získat autonomii a udržet vztahy s komunitou. Lidé se tam cítí méně stigmatizováni zkušeností psychiatrické péče než v případě hospitalizace v nemocnici. Pacienti si rovněž udržují mnohé sociální dovednosti v důsledku jejich zapojení do domácích prací a motivaci ke zvládnutí obvyklé společenské zodpovědnosti.

Pro systém péče o duševní zdraví rezidenč-ní zařízení nabízejí určité výhody. Dovolují, aby nedostatková nemocniční lůžka byla k dispozici skutečně těm pacientům, kteří vyžadují intenziv-ní péči na uzavřeném oddělení. Pokud je alter-nativní rezidenční program integrální součástí komunitní péče o duševní zdraví, pak pacienti mohou v případě nutnosti pobytu v chráněném prostředí včas této služby využít a nejsou závislí na dostupnosti volného nemocničního lůžka. Kvalita léčebné péče se tak dostává pod přímou kontrolu komunitní organizace a je tak mnohem spíše dosaženo integrované léčby s dobrou kon-tinuitou péče.

Výhodou bývají také nízké náklady. Úspory vysvětluje jejich malá velikost. Na rozdíl od ne-mocnic nevyžadují vybavení jako lékárny, bez-pečnostní službu, laboratoře nebo jednotku intenzivní péče. Alternativní zařízení často zís-kává služby poskytované těmito komponentami nemocnice od ekvivalentních služeb v komunitě. Například v Cedar House oddělení místní policie zajišťuje v případě potřeby stej-nou službu jako v nemocnici bezpečnostní per-sonál, laboratorní testy a lékařská vyšetření jsou realizovány na základě smluv s komunitními organizacemi a nemocničními ambulantními odděleními. Finanční úspory umožňuje také flexibilita personálu, využití multidisciplinárních týmů a rozdělení odpovědnosti. Mnoho z denní-ho pozorování a léčebných úkolů může psychi-atr delegovat na dobře vyškolené odborníky v péči o duševní zdraví, zejména individuální a rodinnou psychoterapii, sbírání informací o zázemí pacienta a vytváření léčebného plánu.

Otevřené zařízení vyžaduje pečlivý výběr

pacientů, každodenní pozorování pacientova měnícího se stavu a odbornou supervizi léčeb-ných plánů, aby byla zajištěna bezpečnost. Pro-středí může být v neformálním stylu, ale perso-nál musí být důsledný ve svém úsilí sledovat a chránit pacienty. Pacienti nejsou přijati, pokud hrozí nebezpečí, že by utekli a jejich útěk by mohl mít vážné následky. Klíčem k manage-mentu rizika je v těchto zařízeních kvalitní su-pervizní program. Zkušené odborníky musí den-ně přispívat k rozvoji léčebných plánů. Otevřené prostředí vyžaduje vyšší než obvyklou míru schopností a pozornosti personálu. Více zodpo-vědnosti za prevenci rizika je převedeno na per-sonál a v určitém stupni i na pacienty – jsou posilováni a uvědomováni, že jsou sami za sebe zodpovědní. Rozdělení kontroly a zodpověd-nosti je důležitým předpokladem, aby zařízení působilo jako méně odcizující než nemocniční prostředí.

Mnoho odborníků konstatuje, že největší riziko pro psychiatrické pacienty není během jejich hospitalizace (jakéhokoliv typu), ale až po propuštění, kdy se snaží vyhnout ambulantní léčbě a dochází opět k dekompenzaci. Pokud to je pravda, pak méně odcizující zařízení, které je úzce provázáno s ambulantním systémem péče, může snížit míru chronifikace pacientů tím, že vyvine lepší loajalitu s pacienty a vede k vytvoření úspěšného komunitního léčebného plánu.

### Kritické zhodnocení

Alternativní zařízení akutní péče má své výhody, které byly popsány výše, ale také nepřehlédnu-telná rizika.

Nepřesné vyhodnocení pacientova zdravot-ního stavu při příjmovém vyšetření může mít jiné důsledky na uzavřeném a jiné na otevřeném oddělení. Lze považovat za menší riziko, pokud pacient stabilizovanější je hospitalizován kratší dobu na uzavřeném oddělení, než pokud de-kompenzovaný pacient ohrozí život svůj nebo ostatních v důsledku odemčených dveří či chy-bějící možnosti omezení na otevřeném oddělení.

Mnoho zodpovědnosti bývá v rezidenčním zařízení převedeno na pacienty a je otázkou, jakou míru zodpovědnosti je přiměřené naložit na pacienta, který je hospitalizován kvůli akutní krizi. Jaké následky bude mít, když stabilizova-nější pacient selže ve své roli „patrona“ a poško-dí jiného pacienta?

Ve zdravotnické péči je v alternativním zařízení mnoho pozorování a úkonů delegováno lékařem na jiné odborné pracovníky (psycholog, sociální pracovník) a střední zdravotnický personál. Jsou však skutečně jasně vymezeny jednotlivé kompetence a zodpovědnost za selhání, když původně lékařovu náplň práce vykonává jinak kvalifikovaný pracovník? Alternativní programy sice zdůrazňují finanční efektivitu, ale je třeba podotknout, že ve srovnání s institucionální léčbou se tak mnoho nákladů a zodpovědnosti přenáší na spolupracující subjekty.

Bezpečí otevřeného oddělení bývá zajištěno pečlivým dohledem, vysokou profesionální úrovní personálu a kvalitní supervizí. Lidský faktor však není neomylný a podcenění pacientovy krize může být osudné nejen pro pacienta samotného, ale i pro ty ostatní.

#### LITERATURA

- BELLAK, L.: *Schizophrenia. A Review of the Syndrom.* 1 ed., New York: Grune and Stratton, Inc., 1966.
- DORNER, K., PLOG, U.: *Bláznit je lidské. Učebnice psychiatrie a psychoterapie.* 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 1999.
- GOFFMAN, E.: *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates.* 1 ed., New York: Anchor Books, 1966.
- JEFFRIES et al: *Living and Working with Schizophrenia. Information and Support for Patients and Their Families, Friends, Employers, and teachers.* 1 ed., Canada: University of Toronto Press, 1990.
- MANDIBERG, J.: *Can Interdependent Mutual Support Function as an Alternative to Hospitalization? The Santa Clara County Clustered Apartment Project.* In: Warner,

R.: *Alternatives to the Hospital for Acute Psychiatric Treatment.* 1.vyd., Washington, D.C: American Psychiatric Press, 1995. s. 193-210.

LAING, R., D.: *Rozdělené Self.* 1. vyd., Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 2000.

PERRY, J. W.: *The Far Side of Madness.* 1 ed., USA: Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1974.

SLADEN-DEW, N: *Venture: The Vancouver Experience.* In: Warner, R.: *Alternatives to the Hospital for Acute Psychiatric Treatment.* 1. vyd., Washington, D.C: American Psychiatric Press, 1995. s. 21-34.

SYŘIŠŤOVÁ, E. et al.: *Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžším somatickým postižením.* 1. vyd., Praha: Avicenum, 1989.

WARNER, R.: *Alternatives to the Hospital for Acute Psychiatric Treatment.* 1. vyd., Washington, D.C: American Psychiatric Press, 1995.

#### Vysvětlivky:

1. Nepřehlížím rozdíl mezi koncepcí psychiatrické léčebny a psychiatrické kliniky všeobecné nemocnice, mám však na mysli společnou platformu institucionálního zařízení, které charakterizuje hierarchický model a formální uspořádání vztahů mezi pacienty a personálem.
2. Cedar House je sice svou povahou více institucionální než některé jiné komunitně orientované alternativy (například intenzivní léčba v domácím prostředí akutně psychotických pacientů poskytovaná mobilními týmy), ale má výhodu, že se nemusí spoléhat na intenzivní okamžitou trankvilizaci a vysoké dávky antipsychotik, což je běžné v některých programech léčby v domácím prostředí.
3. Objevují se názory, že kvalita, která činila menší „starý“ Venture tak úspěšným, což byl malý počet obyvatel a více domácí prostředí, se plně nepřenese do většího zařízení.

*Andrea Scheansová*  
*andreascheans@hotmail.com*