

PROJEKT REZIDENČNÍHO ZAŘÍZENÍ: ALTERNATIVA AKUTNÍ PÉČE

Andrea Scheansová, Ph.D.

VÝCHOZÍ BOD

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

Tento příspěvek vychází z mé dizertační práce, kterou jsem letos obhájila na katedře sociologie. Věnovala jsem se šetření psychosociálních potřeb dvaceti psychotických pacientů a představila jsem možnost zefektivnění akutní péče.

Teoreticky jsem vyšla z koncepce lidského vývoje Erika Eriksona (1999) obsažené v práci Osm věků člověka. Konkrétně jsem se zabývala vývojovými potřebami odpovídajícími adolescenci a dospělosti. Jednalo se o vývojovou potřebu nalezení vlastní identity, vývojovou potřebu intimity a vývojovou potřebu generativity. Těmto psychosociálním potřebám v šetření odpovídal zájem a možnost osamostatnit se od primární rodiny, zájem a možnost hledat si životního partnera a zájem a možnost realizovat se v oblasti zaměstnání či zájmové činnosti. Vyhodnocením šetření jsem potvrdila hypotézu předpokládající tytéž vývojové psychosociální potřeby u souboru dvaceti mladých psychotických pacientů jako u duševně zdravého jedince. Znamenalo to, že pacienti stáli o to hledat si životního partnera a realizovat se v životě. Ohledně osamostatnění od rodičů se objevily spíše ambivalentní postoje.

Dále jsem se zabývala otázkou, zda nabízená psychosociální péče na akutním oddělení psychiatrické léčebny reflektuje potřeby zmíněného souboru pacientů. V kvantitativní rovině data hypotézu sice potvrdila, ale mé pocity pozorovatele nebyly jednoznačné. Při pozorování na oddělení a rozhovoru s vedoucím lékařem jsem došla k závěru, že kvalita péče by mohla být plně v souladu s potřebami pacientů, pokud by lékař měl volnou ruku ohledně rekonstrukce oddělení, jeho vybavení a navýšení personálu. Ve skutečnosti služby, o kterých hovořil, byly sice k dispozici, ale málo využívány. Personál nebyl dostatečně kvalifikován ani motivován k tomu, aby služby v potřebné míře realizoval. Ačkoliv vedoucí lékař získal mé sympatie, na oddělení byl cítit duch instituce a patriarchálního přístupu.

Zdá se mi smysluplná myšlenka, že psychoticky nemocný potřebuje ke své stabilizaci spíše malé prostředí s neformálními vztahy a atmosférou důvěry a bezpečí. Domnívám se, že v naší zemi existují ambulantní zařízení a stacionáře, které jsou tomuto předpokladu poměrně blízko. Mám na mysli například psychoterapeutické sanatorium Ondřejov, občanské sdružení FOKUS a další. V oblasti akutní péče je zatím k dispozici stále jen institucionální péče psychiatrické léčebny a kliniky.

V závěrečné části práce jsem nabídla alternativu akutní nemocniční péče. Jedná se o rezidenční zařízení, jehož koncept vám zde chci přiblížit. Inspiraci jsem našla v zahraničních projektech, které byly založeny dle modelu terapeutické komunity. Takové zařízení má nepochybně své limity a nemůže sloužit každému pacientovi. Ukazuje se však, že v mnoha případech může zkrátit dobu hospitalizace a umožnit návrat do přirozené komunity efektivněji, v kratší době a někdy i s menšími náklady než nemocniční péče. Věřím, že i naše zdravotní a sociální péče jednoho dne umožní pacientům čerpat takové služby.

TEORETICKÉ VYMEZENÍ EFEKTIVNÍ PSYCHIATRICKÉ PÉČE O PSYCHOTICKÉ PACIENTY

Luc Ciompi v roce 1983 popsal tzv. třífázový multipříčinný evoluční model schizofrenie. Za jeho základ lze považovat teorii vulnerability, kterou formuloval Zubin a Spring, Nuechterlein a

Dawson a další. Ciompi definoval schizofrenické pacienty jako vysoce citlivé jedince s narušenými schopnostmi zpracovávání informací, což v důsledku snižuje jejich schopnost vyrovnávat se s kritickými životními událostmi (např. odchod z domova, první sexuální zkušenosti, hledání zaměstnání nebo partnera, těhotenství a porod dítěte, jiné velké změny související s bydlením nebo životem). Za nepříznivých podmínek, vystupňovaného emocionálního napětí mezi jedincem a prostředím, dosahují tito lidé kritického stupně nestability, který je charakteristický výskytem akutních psychotických symptomů. Psychotickou dekompenzací je třeba pojmut jako vážnou vývojovou krizi, která obsahuje nebezpečí kompletního selhání, ale nabízí také příležitost k růstu a změně. (in Warner 1995)

Z této teorie vyplývají určité důsledky pro kritéria úspěšné léčby psychotického onemocnění. Pacienti s tímto typem krize potřebují kontinuální psychoterapeutickou pomoc a emoční podporu. Jejich potíže se zpracováváním informací by měly být zmírněny v klidném, uvolňujícím a stimuly snižujícím terapeutickém prostředí, kde stabilní tým zajišťuje kontinuitu a poskytuje pacientům i jejich rodinám jasné a spolehlivé informace o nemoci. Mělo by být maximálně zabráněno opakovaným změnám terapeutického prostředí a terapeutů, nadměrné emoční nebo intelektuální stimulaci; silně vyjadřovaným emocím v rodině a zmateným a protichůdným informacím o terapeutické situaci, účelu terapie a uplatňovaných metodách. (Warner 1995)

VÝZNAM PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNY

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 léčeben a jejich nahrazení komunitně orientovanou psychiatrickou péčí, kde je kladen důraz na začlenění duševně nemocného zpět do společnosti namísto jeho izolace. (Scheansová 2007/1)

Cítím potřebu zdůraznit, že psychiatrická léčebna stejně jako psychiatrická klinika fakultní nemocnice¹ mají svou funkci a nejsou v plném rozsahu nahraditelné. Alternativní zařízení možná mohou přijmout 80% (Warner 1995) pacientů přijímaných k hospitalizaci v institucionálním zařízení, ale vždy budou pacienti, kteří tam nejsou léčitelní. 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. Domnívám se, že pro některé chronické pacienty může být příjemnější žít ve světě psychiatrické léčebny než být za každou cenu začleněn do „normální“ společnosti. Svět psychiatrické léčebny toleruje „jinakost“ duševně nemocného, nezatažuje ho tlakem na výkon a konformitu. (Scheansová 2007/1)

Obraz psychiatrického ústavního zařízení jako tzv. totální instituce ve smyslu, v jakém ho vylíčil Erwin Goffman (1966), je v dnešní době spíše minulostí. Na psychiatrické klinice brněnské nemocnice jsem viděla zdi malované pastelovými barvami a domácí atmosféru nemocničních pokojů. V pražské psychiatrické léčebně jsem se přesvědčila, že některý pavilon funguje jako psychoterapeutické oddělení, kde formální duch instituce není tolik znát. Viděla jsem však i chronické oddělení s osmnáctilůžkovými pokoji a holými oprýskanými stěnami. (Scheansová 2007/1)

Psychiatrické léčebny si nevybírají ty tzv. motivovanější pacienty a ty méně perspektivní neodmítají. Poskytují péči všem potřebným. Existence uzavřeného psychiatrického oddělení je

¹Nepřehlížím rozdíl mezi koncepcí psychiatrické léčebny a psychiatrické kliniky fakultní nemocnice, mám však na mysli společnou platformu institucionálního zařízení, které charakterizuje hierarchický model a formální uspořádání vztahů mezi pacienty a personálem.

předpokladem pro to, aby mohlo fungovat oddělení otevřené, neboť vždy budou pacienti, kteří nejsou jinde léčitelní. (tamtéž)

VÝZNAM KOMUNITNĚ ORIENTOVANÉ PSYCHIATRICKÉ PÉČE

V naší zemi máme zařízení, která rozvíjejí komunitní přístup a alternují následně 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.

V tomto duchu vznikají a rozvíjejí se i další organizace. (Scheansová 2007/1)

V zahraničí se objevují alternativní zařízení nejen ambulantního typu a následné péče, ale také akutní péče, tzv. rezidenční zařízení (např. Nizozemí, Velká Británie, USA, Kanada), a zdají se být poměrně efektivní. (Warner 1995; Scheansová 2007/1)

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. (tamtéž)

Domácí prostředí a méně formální atmosféra poskytuje péči, která je méně nátlaková a méně odcizující, než je nemocniční prostředí. 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. (tamtéž)

Klinické zkušenosti a výsledky výzkumů potvrzují, že všichni lidé, včetně těch, kteří jsou považováni za duševně nemocné, potřebují stále a konsistentní sociální síť, aby mohli udržet uspokojivý a zdravý komunitní život. Také je zřejmé, že psychiatři 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. (Mandiberg in Warner 1995; Scheansová 2007/1)

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 vracejí 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. (Warner 1995; Scheansová 2007/1)

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. (Warner 1995; Scheansová 2007/1)

PROJEKT REZIDENČNÍHO ZAŘÍZENÍ

Vzhledem k tomu, že rezidenční zařízení zatím v České Republice neexistuje, předkládám rámcový návrh na jeho projekt (bez ekonomického propočtu). Vycházím v něm ze zkušeností, o kterých referuje Warnerova publikace „Alternatives to the Hospital Acute Psychiatric Treatment“ (1995).

Prostředí zařízení

Zařízení by bylo situované v běžném obytném domě, s kapacitou pro zhruba dvacet lidí. Bylo by ideální, aby se nacházelo v klidném prostředí, se zahradou, ale nebylo izolované od společenského života. Budova by byla prostorná, s neformální domácí atmosférou. Klienti by měli volný přístup do společenské místnosti s menší knihovnou a internetem, do tělocvičny a na zahradu. Kapacita terapeutické komunity by byla patnáct klientů, pokoje by byly po jednom až čtyřech lůžcích.

Organizace péče

Zařízení by intenzivně spolupracovalo s organizacemi poskytujícími komunitní služby v dané oblasti a psychiatrickými ambulancemi. Je důležité, aby péče poskytovaná v rezidenčním zařízení mohla kontinuálně přejít do zapojení klienta v rehabilitačních a socioterapeutických programech, např. v projektu chráněné práce, projektu chráněného bydlení, sociálním klubu, atd. Rovněž je nepostradatelné, aby zařízení dobře spolupracovalo s nemocnicí (či léčebnou) a v případě, že by klient nezvládal režim otevřeného oddělení, byl by okamžitě přeložen na uzavřené oddělení nemocnice.

Filosofie

Vycházelo by se z kritérií efektivního léčebného prostředí pro akutní psychózy. Tato kritéria jsou: malé, domácí prostředí, vysoký poměr personálu vůči pacientům, vysoká míra interakce, orientace na vrstevnické vztahy, skutečné spolupodílení personálu a pacientů 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. (Mosher, Burti in Warner 1995)

Důraz by byl kladen na vyhnutí se nátlakovým metodám. Duševně nemocný by měl příležitost udržet si pocit sebevědomí a sebekontroly.

Rezidenční zařízení by bylo přizpůsobené sociálnímu prostředí, ve kterém klient běžně funguje, a způsobilo by menší narušení jednotlivých vztahů v sociální síti.

Léčebný program by zahrnoval mnoho psychosociálních elementů. Klienti by se s pomocí terapeuta snažili pojmenovat sociální faktory, které mohly spustit akutní epizodu nemoci. Přístup personálu by se snažil udržovat rovnováhu mezi porozuměním vnitřnímu psychickému životu lidí, mezilidským vztahům a vlivům různých sociálních systémů na fungování jedince.

Režim léčby

Zařízení by bylo otevřené, s neformální atmosférou, ale rovněž pečlivým dohledem. Nikdo by nebyl kurtován, zamykán nebo násilně medikován.

Klienti by se podíleli na chodu zařízení a sestavování svého léčebného plánu, ale rozsah jejich pravomocí by byl limitován. Terapeutický tým by měl právo veta, aby se udržela kontrola nad chodem zařízení.

Klienti by byli motivováni k tomu, aby vykonávali domácí práce. Mohli by na základě dohody se svým terapeutem chodit na vycházky a zařizovat si pracovní záležitosti. Lépe fungující pacienti by pomáhali v léčbě nově přichozím. Personál by pacienty motivoval k tomu, aby dobrovolně respektovali režim a pravidla zařízení.

Léčba by spočívala v kombinaci intenzivní psychoterapie a vhodné medikamentózní léčby. V léčebném programu by byla skupinová, individuální a rodinná psychoterapie, relaxační cvičení, pracovní rehabilitace a sport.

Cílová skupina

Podmínky pro přijetí by byly věk nad osmnáct let, dobrovolný vstup a zdravotní stav nevyžadující interní nemocniční péči. Sebevražední nebo okolí ohrožující jedinci by nebyli v případě spolupráce z příjmu vyloučeni. Program by sloužil primárně lidem s psychotickým onemocněním, popřípadě s poruchami nálady.

V zařízení by nemohli být léčeni jedinci, kteří by byli agresivní, u kterých by útěk ze zařízení mohl mít vážné následky, kteří by byli natolik rozrušení, že by pobyt v domě učinili pro ostatní obyvatele nesnesitelným, či by byli tak zmatení, že by nebyli schopni řídit se pokyny personálu. Pacienti by byli doporučeni k přijetí do zařízení z komunitní organizace péče o duševní zdraví, z nemocnice nebo ambulantními lékaři.

Služby

Zařízení by nabízelo alternativu nemocniční péče. Podobně jako nemocnice by mělo k dispozici obvyklé diagnostické a terapeutické služby, praktikovala by se běžná zdravotnická vyšetření a pokud by klient potřeboval následné specializované interní nebo neurologické vyšetření, byl by vyšetřen spolupracujícím lékařem nebo by byl zajištěn převoz na specializované oddělení v nemocnici.

Délka pobytu by závisela na individuálních potřebách jedince, v průměru kolem šesti týdnů až tří měsíců. Klient by byl propuštěn tehdy, když by se zklidnila jeho krize a byl sestaven léčebný plán pokrývající všechny důležité aspekty života.

Klienti by byli podobně jako v nemocnici přijímáni kdykoliv během dne či noci. Personál by komunikoval s lékařem (psychiatrem i praktickým lékařem) a případně s terapeutem či případovým pracovníkem z ambulantní péče.

Při přijetí by byl klientovi určen terapeut, který by se mu individuálně věnoval a pod supervizí společně s klientem a ostatními členy týmu navrhoval léčebný plán.

Základním vstupním krokem v léčbě by byla diagnostika sociálního systému klienta. K účasti na tvorbě léčebného plánu by mohli být přizváni i lidé z klientovy podpůrné sociální sítě. Lze předpokládat, že klient by mohl být z rezidenčního zařízení propuštěn dříve než v případě hospitalizace v nemocnici právě na základě úzké spolupráce terapeutického týmu s blízkými, ambulantním lékařem a terapeutem či případovým pracovníkem v komunitě.

Klienti by zde měli příležitost řešit svou krizi v podpůrném prostředí, které poskytuje intenzivní individuální přístup, intervenci v malé skupině a pomoc při řešení praktických problémů. Mohli by tu také zakusit období klidu a odpočinku, které jim dovolí vzdálit se stresu v přirozené komunitě, ale také trénink své zodpovědnosti.

Personální obsazení

Pracovní tým by tvořil podobně jako v nemocnici ošetrovatelský personál, psychiatr, psycholog a sociální pracovník. Ve službě by byli dva střední zdravotničtí pracovníci (zdravotní sestra, ošetrovatel), z nichž jeden by byl muž. V pracovních dnech by byli přítomni dva profesionální

terapeuti se vzděláním v oboru psychologie nebo sociální práce, ve dnech volna by byl přítomen jeden terapeut. Terapeuti by poskytovali individuální a skupinovou psychoterapii, rodinnou terapii, pomáhali by s praktickými úkoly (např. získání sociálních dávek) a zařizovali, aby se klient mohl vrátit do svého přirozeného prostředí. V týmu by mohl být i laický případový pracovník, což by byl někdo se zkušeností vážného duševního onemocnění a vzdělaný v základech případové práce a psychoterapie. Ten by vedl pracovní rehabilitaci a také pomáhal klientům v praktických otázkách ubytování a nároků na sociální podporu. Psychiatr by byl přítomen čtyři hodiny denně a po zbytek času by byl k dispozici na telefonní lince, v případě nutnosti by hned přijel. Vedoucí týmu by řídil program a administrativní pracovník by se staral o provozní a ekonomické záležitosti. Studenti a dobrovolní pracovníci by pomáhali v různých oblastech, například by doprovázeli klienty na vycházkách. Jídlo by připravovali klienti pod vedením zdravotní sestry. Stabilizovanější klienti by měli na starosti úklid a dohlíželi by na drobné domácí práce ostatních.

Členové týmu by měli být nezávislí, energičtí a kreativní. Bylo by nezbytné, aby byli schopni zvládnout krizové situace a práci pod stresem. Museli by být zaměřeni na klienta a mít všeobecné znalosti komunitních zdrojů. Personál by měl klienty vnímat jako jedinečné individuality s životními příběhy a problémy, kterým je třeba naslouchat a poskytnout jim pochopení a přijetí. Pro efektivní chod zařízení by byla zásadní komunikace a supervize. Vedoucí týmu by poskytoval supervizi a byl by k dispozici jako stabilizační element celého týmu.

Cíle

Účelem rezidenčního zařízení by bylo poskytovat druh péče, který je na pomezí mezi komunitní případovou prací a hospitalizací v nemocnici. Cílem léčebného programu by byla redukce symptomů, vyřešení krize a rychlá reintegrace klienta do komunity. Očekávalo by se, že klient bude schopen vrátit se k plnému nebo částečnému fungování v komunitě.

Každý klient by měl z rezidenčního zařízení odcházet do vhodných životních podmínek. Nebylo by možné, aby někdo po pobytu v zařízení zůstal bez přístřeší.

Dbalo by se na kontinuitu klinické péče. Koncept kontinuální péče by ovšem neznamenal pouze poskytnutí konsistentní klinické zodpovědnosti v léčebném procesu. Kontinuitou péče by se v tomto případě mělo na mysli také udržení cenných vztahů mezi klientem a podpůrnou sítí v komunitě.

Míra bezpečnosti

Rizika spojená s provozem otevřeného zařízení by byla snižována pečlivým výběrem klientů, každodenním pozorováním klientova měnícího se stavu a odbornou supervizí léčebných plánů. Prostředí by sice působilo neformálně, ale personál by byl důsledný ve svém úsilí sledovat a chránit klienty. Nebyl by přijat klient, u kterého hrozí nebezpečí, že by utekl, a jeho útěk by mohl mít vážné následky. Bylo by vynaloženo maximální úsilí, aby nedošlo k agresivitě.

K minimalizaci konfliktů by se využívaly techniky krizové intervence. Rozrušeným klientům by byla nabídnuta medikace nebo by byli v případě potřeby přeloženi do nemocnice.

Otevřené prostředí by vyžadovalo vyšší než obvyklou míru schopností a pozornosti personálu. Na personál by bylo převedeno více zodpovědnosti za prevenci rizika, a to v určitém stupni i na klienty – byli by posilováni a uvědomováni, že jsou sami za sebe zodpovědní. Toto rozdělení kontroly a zodpovědnosti by bylo mimo jiné důležitým předpokladem, aby zařízení působilo jako méně odcizující než nemocniční prostředí. Domácí atmosféra, která by byla důležitým terapeutickým elementem, by sama o sobě minimalizovala stres nově přicházejících i těch navracujících se do komunity.

Základním klíčem k managementu rizika by byl především kvalitní a intenzivní supervizní program a spolupráce multidisciplinárního týmu.

Zabezpečení psychosociálních potřeb pacientů v projektu rezidenčního zařízení

Během pobytu v rezidenčním zařízení by byly zajišťovány optimální existenční podmínky pro pacienta. Pokud by pacient zůstal bydlet sám ve svém bytě, byl by během pobytu navázán kontakt s případovým pracovníkem organizace komunitní péče o duševní zdraví, který by zajišťoval pacientovi po propuštění psychickou podporu a praktické rady. V případě, že by bylo vhodné hledat pro pacienta jiné místo k samostatnému bydlení, podnikly by se v tomto ohledu kroky během pobytu v zařízení. Pacientovi by byl k dispozici sociální pracovník nebo terapeut, který by ho v zařizování bydlení provázel. Pokud by bylo vhodné, aby pacient měl větší dohled a kontakt s lidmi, byl by během pobytu zajištěn nástup do chráněného bydlení. U pacienta, který by se po propuštění vracel žít do domácnosti se svou rodinou, by během pobytu proběhlo několik sezení rodinné terapie, aby došlo ke snížení napětí mezi členy rodiny a aby byli poučeni, jak se stavět k psychotickému onemocnění v rodině. Během pobytu v rezidenčním zařízení by se pacient podílel pravidelně na domácích pracích a byl by veden k tomu, aby samostatnost v péči o sebe a svou domácnost udržel i ve svém domově po propuštění. Vzhledem k tomu, že zařízení by bylo vedeno v duchu terapeutické komunity, pacient by se podílel na rozhodování souvisejícím s provozem zařízení a byl by podporován jeho aktivní přístup k vedení domácnosti. Během pobytu v zařízení by se také učil úsporně nakládat s financemi a poznávat materiální hodnotu věcí kolem sebe. Pacientovi blízcí by byli terapeutem kontaktováni a povzbuzeni k tomu, aby pacienta vedli k samostatnosti.

Pacient, který by měl partnerský vztah, by během pobytu v zařízení absolvoval několik sezení partnerské terapie, aby se snížilo napětí a úzkost ohledně budoucího soužití ve stínu psychotické epizody. Partner by byl poučen, jak se stavět k nemocnému a jak reagovat na symptomy nemoci. V případě výraznějšího napětí ve vztahu by byla domluvena kontinuální partnerská terapie ambulantní formou. V zařízení by pacient přišel také do kontaktu s lidmi opačného pohlaví, jak v rovině terapeutické, tak v rovině spolupacientů. V rámci skupinových sezení by mohl zažívat zpětné vazby od ostatních a pokoušet se o korekci případných maladaptivních postojů vůči opačnému pohlaví. Vedle skupinové terapie by zpracovával intimnější témata v individuální podpůrné terapii. Pacient, který by neměl partnerský vztah, by byl podporován v navazování přátelských vztahů a k hledání partnera. V zařízení by měl příležitost získávat na své chování pozitivní i negativní zpětné vazby. Mohl by se v terapii konfrontovat se svou případnou nejistotou ohledně navazování vztahů či s jinými faktory, které mu mohou ztěžovat komunikaci s jinými lidmi. V zařízení by byl seznámen s terapeutickými a rehabilitačními projekty (např. sociální klub, dům na půli cesty, chráněné bydlení, chráněné zaměstnání), kde by mohl najít přátele. Byl by rovněž poučen o zátěži a riziku rodičovství pro lidi s psychotickým onemocněním. V ambulantní péči po propuštění by pacienta povzbuzoval k socializaci především případový pracovník.

Příbuzní by byli motivováni k tomu, aby navštěvovali svépomocné skupiny pro rodinné příslušníky lidí s psychotickým onemocněním, které by rezidenčním zařízením byly jednou týdně organizovány. Příbuzní by byli seznámeni s povahou psychotického onemocnění, významem a efektem medikamentózní léčby, možnostmi psychosociální terapie a spektrem služeb.

Pacient, který by se cítil ve svém životě realizovaný v oblasti zaměstnání nebo studia, by byl během hospitalizace terapeutickým týmem podporován, aby si práci či studium udržel. Během vycházek by měl možnost za doprovodu dobrovolníka či jiného pacienta své zaměstnání navštívit a dohodnout nezbytné záležitosti. Po propuštění by podporu a poradenství v oblasti zaměstnání

pacientovi poskytoval terapeut či případový pracovník z organizace komunitní péče o duševní zdraví. V případě, že by pacient stál o to změnit oblast zaměstnání, terapeut a sociální pracovník by pacientovi aktivně pomohli hledat vhodné profesní zaměření a nabídky pracovních příležitostí. Nabídli by rovněž projekt chráněné práce a oslovili agentury zaměstnávající lidi s duševním onemocněním. Po propuštění by pacient zůstal v pravidelném kontaktu s komunitním případovým pracovníkem, který by ho podporoval v tom unést zátěž pracovního procesu a pomáhal mu zorganizovat si rozvrh dne a zaměstnání optimálním způsobem. Pacient, který by si přál pokračovat ve vzdělávání, by byl v tomto ohledu povzbuzován během hospitalizace i po propuštění. Pacienti by se během hospitalizace měli příležitost seznámit se s vzdělávacím projektem pro duševně nemocné nabízejícím výuku cizích jazyků, studiem humanitních i technických oborů. Vzdělávací projekt pro duševně nemocné by byl také vhodnou přípravou pro formální studium či rekvalifikační kurz. Během hospitalizace v rezidenčním zařízení by pacienti byli rovněž zapojeni do pracovní rehabilitace, aby si osvojili režim pracovního procesu a mohli se těšit z vlastní aktivity. Pacienti by měli během hospitalizace také čas (zvláště o víkendu) věnovat se relaxaci a svým koníčkům. Měli by k dispozici hudbu, výtvarné potřeby, tělocvičnu, televizi, knihovnu, internet a společenské hry. Programy i využití volného času by v zařízení probíhaly pod pečlivým, ale vřelým dohledem personálu.

Výhody léčby v rezidenčním zařízení

Flexibilita prostředí rezidenčních zařízení dovoluje, aby reagovaly na lidské potřeby pacientů a za pomoci neodcizujícího a domácího charakteru zařízení posilovaly vnitřní zdroje nemocného. 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. (Warner 1995; Scheansová 2007/1)

Pro systém péče o duševní zdraví rezidenční zařízení nabízejí následující výhody. Dovolují, aby nedostatečná nemocniční lůžka byla k dispozici skutečně těm pacientům, kteří vyžadují intenzivní péči na uzavřeném oddělení. Pokud je alternativní 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 kontinuitou péče. (tamtéž)

Výhodou bývají také nízké náklady. Úspory vysvětluje jejich malá velikost. Na rozdíl od nemocnic nevyžadují vybavení jako lékárny, bezpečnostní službu, laboratoře nebo jednotku intenzivní péče. Alternativní zařízení často získává služby poskytované těmito komponentami nemocnice od ekvivalentních služeb v komunitě. Například v rezidenčním zařízení Cedar House ve státě Colorado oddělení místní policie zajišťuje v případě potřeby stejnou službu jako v nemocnici bezpečnostní personál, 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 denního pozorování a léčebných úkolů může psychiatr delegovat na dobře vyškolené odborníky péče o duševní zdraví, zejména individuální a rodinnou psychoterapii, sbírání informací o zázemí pacienta a vytváření léčebného plánu. (tamtéž)

Otevřené zařízení vyžaduje pečlivý výběr pacientů, každodenní pozorování pacientova měnícího se stavu a odbornou supervizi léčebných plánů, aby byla zajištěna bezpečnost. Prostředí může být

v neformálním stylu, ale personál 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 managementu rizika je v těchto zařízeních kvalitní supervizní program. Zkušenosti odborníci musí denně přispívat k rozvoji léčebných plánů. Otevřené prostředí vyžaduje vyšší míru schopností a pozornosti personálu. Více zodpovědnosti za prevenci rizika je převedeno na personál a v určitém stupni i na pacienty – jsou posilováni a uvědomováni, že jsou sami za sebe zodpovědní. Rozdělení kontroly a zodpovědnosti je důležitým předpokladem, aby zařízení působilo jako méně odcizující než nemocniční prostředí. (Warner 1995; Scheansová 2007/1)

Mnoho odborníků konstatuje, že největší riziko pro psychiatrické pacienty není během jejich hospitalizace (jakéhokoliv typu), ale až po propuštění, kdy se snaží vyhýbat 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. (tamtéž)

Potenciální rizika

Vedle výhod, které alternativní zařízení akutní péče nabízí, považují za nutné uvažovat rovněž o možných rizicích. Napadá mne následující:

Nepřesné vyhodnocení pacientova zdravotního 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 dekompenzovaný pacient ohrozí život svůj nebo ostatních v důsledku odemčených dveří či chybějící 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 stabilizovanější pacient selže ve své roli „patrona“ a poškodí 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.

Tento příspěvek bych ráda uzavřela slovy dr. Syřišťové:

„I psychotik, jakkoli autistický, v podstatě zůstává společenským jedincem, jehož popření komunikace je také určitou formou komunikace, tj. výrazem hlubokého, nešťastného selhání v mezilidských vztazích. Jedinec, který nedochází potvrzení sama sebe a uznání v sociálním kontextu, jehož zkušenost by byla chronicky znehodnocována druhými lidmi, je odsouzen k zániku nebo vážné psychické poruše. Je nutno se zabývat sociální dimenzí psychických chorob, jak v rámci zkoumání etiopatogeneze, tak v rámci komplexní terapie. První „diagnóza“ psychické choroby je ostatně nikoli diagnózou medicínskou nebo psychologickou, ale diagnózou 'společenskou', kterou hodnotí malá společenská skupina více či méně závažné odchylky v chování jedince od svých sociálních norem a zvyklostí.“ (Syřišťová 1989, s.14-15)

Děkuji Vám za pozornost.

LITERATURA

1. BELLACK, A., MUESER, K. et al (1997): *Social Skills Training for Schizophrenia. A Step-by-Step Guide*. 1st Ed. The Guilford Press, USA.
2. BELLAK, L. (1966): *Schizophrenia. A Review of the Syndrom*. 1st Ed. Grune and Stratton, Inc., New York.
3. DIAMOND, S. (1951): *Anger, Madness and the Daimonic: The Psychological Genesis of Violence, Evil and Creativity*. 1st Ed. State University of New York Press, USA.
4. DORNER, K., PLOG, U. (1999): *Bláznit je lidské. Učebnice psychiatrie a psychoterapie*. 1. Vyd. Grada Publishing, Praha.
5. ERIKSON, E. H. (1999): *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. 1. Vyd. Nakladatelství Lidové noviny, Praha.
6. FOUCAULT, M. (1997): *Psychologie a duševní nemoc*. 1. Vyd. Dauphin, Praha-Liberec.
7. GOFFMAN, E. (1961): *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. 1st Ed. Anchor Books, New York.
8. GOFFMAN, E. (2003): *Stigma. Poznámky o způsobech zvládnání narušené identity*. 1. Vyd. Sociologické nakladatelství, Praha.
9. GREENBERGOVÁ, J. (1998): *Neslibovala jsem ti procházku růžovým sadem*. 1. Vyd. Triton, Praha
10. HOSCHL, C.(1996): *Psychiatrie pro praktické lékaře*. 1. Vyd. H&H, Jinočany.
11. JANÍK, A. (1983): *Psychiatrie*. 1. Vyd. Avicenum, Praha.
12. JANKOWSKI, K. (1975): *Od psychiatrie biologické k humanistické*. 1. Vyd. Państwowy instytut Wydawniczy, Warszawa. (Český překlad 1980 pro vnitřní potřeby PA/OÚNZ Náchod)
13. JEFFRIES et al (1990): *Living and Working with Schizophrenia. Information and Support for Patients and Their Families, Friends, Employers, and teachers*. 2nd Ed. University of Toronto Press, Canada.
14. LAING, R.D. (2000): *Rozdělené Self*. 1. Vyd. Psychoanalytické nakladatelství, Praha.
15. LIBIGER, J. (1990): *Schizofrenie*. 1. Vyd. Psychiatrické Centrum, Praha.
16. MATOUŠEK, O. (1999): *Ústavní péče*. 2. Vyd. Sociologické nakladatelství, Praha.
17. PERRY, J.W. (1953): *The Self in Psychotic Process*. 1st Ed. University of California Press, USA.
18. PERRY, J.W. (1974): *The Far Side of Madness*. 1st Ed. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, USA.
19. PERRY, J.W. (1987): *The Heart of History. Individuality in Evolution*. 1st Ed. State University of New York Press, USA.
20. PROBSTOVÁ, V., ŠELEPOVÁ, P. a kol. (2006): *Manuál. CAN: Camberwellské šetření potřeb. Komplexní metoda šetření potřeb závažně duševně nemocných*. Česká verze, 1. Vyd. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Praha.
21. SCHEANSOVÁ, A. (2007): *Alternativa akutní péče o psychiatrické pacienty: rezidenční zařízení*. Kontakt. Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky, 1, s. 54-64.
22. SCHEANSOVÁ, A. (2007): *Šetření psychosociálních potřeb mladých akutně psychotických pacientů*. Česká a slovenská psychiatrie, 6, s.268-279.
23. SCHEANSOVÁ, A. (2007): *Představuji: John Weir Perry a projekt Diabasis*. Forum Jungianum. Časopis české společnosti pro analytickou psychologii, 2, s.19-22.
24. SCHEANSOVÁ, A. (2007): *Šetření psychosociálních potřeb dvaceti psychotických pacientů a možnost zefektivnění akutní péče*. Dizertační práce, FF UK, sociologie.

25. SMOLÍK, P. (1996): *Duševní a behaviorální poruchy. Průvodce klasifikací. Nástin nozoologie. Diagnostika*. 1. Vyd. Maxdorf, Praha.
26. SYŘIŠŤOVÁ, E. a kol. (1989): *Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžším somatickým postižením*. 1. Vyd. Avicenum, Praha.
27. WARNER, R.(1995): *Alternatives to the Hospital for Acute Psychiatric Treatment*. 1st Ed. American Psychiatric Press, Washington, DC.
28. GLOBAL VISION: *Interviews: Dr. John Weir Perry*. <http://www.global-vision.org/interview/perry.html>
29. Interní materiály České společnosti pro analytickou psychologii (2003): *Giuseppe Maffei. Archetypální struktury, primární represe a terapeutický vztah s psychotiky*. Brno-Praha, ČSAP.

Mgr. Andrea Scheansová, Ph.D.
PL Bohnice
andreascheans@hotmail.com
andrea.scheansova@plbohnice.cz