

Nad základy aneb vzdělávání pro zkušené pracovníky  
v sociálních službách, reg. č. CZ.1.07/3.2.13/04.0006



# KLIENT S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Mgr. Oldřich Ďurech



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,  
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání  
pro konkurenceschopnost

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

# **KLIENT S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH**

**Mgr. Oldřich Ďurech**

Nad základy aneb vzdělávání  
pro zkušené pracovníky v sociálních službách,  
reg. č. CZ.1.07/3.2.13/04.0006

# Obsah

Úvod.....	3
1. Definice duševní nemoci a přehled duševních poruch.....	4
2. Obecné členění duševních poruch.....	5
2.1 Psychiatrická nemocnost.....	7
3. Demence a organické poruchy.....	8
3.1 Demence u Alzheimerovy choroby.....	8
3.2 Demence u Alzheimerovy choroby s časným začátkem.....	9
3.3 Vaskulární demence.....	9
3.4 Demence u chorob klasifikovaných jinde.....	9
3.5 Další duševní poruchy na organickém základě.....	10
3.6 Péče o demenčního klienta.....	11
3.7 Kazuistika pacienta s demencí.....	12
4. Schizofrenie.....	13
4.1 Diagnostika schizofrenních poruch.....	13
4.2 Paranoidní schizofrenie.....	13
4.3 Hebefrenní schizofrenie.....	14
4.4 Katatonní schizofrenie.....	14
4.5 Postschizofrenní deprese.....	15
4.6 Reziduální schizofrenie.....	15
4.7 Simplexní schizofrenie.....	15
4.8 Další poruchy schizofrenního okruhu.....	15
4.9 Spolupráce s klientem se schizofrenií.....	17
4.10 Úrovně terapeutické reakce na vztahovačné myšlenky.....	19
4.11 Kazuistika pacienta se schizofrenií.....	20
5. Poruchy nálad.....	21
5.1 Manická fáze.....	21
5.2 Bipolární afektivní porucha.....	22
5.3 Depresivní fáze.....	22
5.4 Periodická (rekurentní) depresivní porucha.....	24
5.5 Trvalé poruchy nálady (afektivní poruchy).....	24
5.6 Podpůrné strategie při depresi.....	25
5.7 Kazuistika pacienta s bipolární afektivní poruchou.....	26
5.8 Kazuistika pacientky s depresí.....	26
6. Motivační rozhovor.....	27
6.1 Motivační postupy.....	28
6.2 Principy motivačních rozhovorů.....	30
7. Systém komplexní péče o duševně nemocné klienty.....	32
8. Oblasti potřebné péče.....	35
8.1 Překonání společenské izolace a stigmatizace.....	35
8.2 Získání a rozvíjení užitečných sociálních dovedností a schopností.....	36
8.3 Práce.....	36
8.4 Bydlení.....	37
8.5 Smysluplné využití volného času.....	37
9. Závěr.....	38
10. Použitá literatura.....	40

# ÚVOD

Duševní onemocnění přináší člověku řadu komplikací. Svou podstatou, protože nemocí trpí duše, je skryté, proto často těžko pochopitelné. Na člověku není vidět, projevuje se jen jeho chováním, které často neodpovídá naučeným normám. Chování nemocného člověka pak může být těžko srozumitelné a často mylně interpretované. S tím je spojeno i to, že mnohdy nejsou nemocní včas či dokonce vůbec správně diagnostikováni a léčeni. Depresivní pacienti jsou tak často označováni za líné, pacienti s reziduální schizofrenií za asociály, dementní klienti domovů důchodců za zlobivé atd.

Lidé s duševním onemocněním často potřebují a vyhledávají pomoc. Protože jejich nemoc je zasahuje na místě, které považujeme za vrchol evoluce, za to výsostně lidské – v jejich psychice. Je to tedy zásah velmi citelný. Pomoc často hledají na dvou někdy od sebe poměrně vzdálených místech péče o člověka. V oblasti zdravotní se pohybují po psychiatrických ambulancích, nemocničních odděleních, léčebnách. Dopady nemoci jsou ale velmi významné i v oblasti sociální, a zde pak nemocný člověk hledá sociální služby, které mu porozumí a pomohou. Stále ještě je mezi světem zdravotních a sociálních služeb velká vzdálenost, neporozumění a malá spolupráce. V některých případech je tato bariéra posilována i systémově, např. když z důvodu ochrany soukromí klienta nejsou předávány informace o jeho zdravotním stavu do sociálních služeb, i když duševní porucha může silně ovlivňovat spolupráci s touto službou. Vznikají také služby, které jsou přímo zaměřeny pro pomoc lidem s duševním onemocněním, v ČR je jich něco přes tři desítky. Mnohem častěji se však, tak jako v přirozeném životě, budeme setkávat s klienty s duševním onemocněním v sociálních službách nespécializovaných – v azylových domech, v sociálních ústavech, domovech důchodců atd.

Tato příručka, v souladu se současným proudem transformačních změn v péči o pacienty s duševním onemocněním (Říčan in Hejzlar, 2010b), by tedy měla vést k většímu propojení a pochopení světa sociálních a zdravotních služeb, které by mělo vést k prospěchu našich klientů. Sociální pracovníci jsou vedeni k tomu, aby zlepšovali dovednosti svých klientů, proto jsou nezbytnými partnery zdravotnických pracovníků. Zdravotní péče je zaměřena na léčbu, uzdravení nemoci. V rámci komunitní psychiatrie se nově objevuje termín zotavení (Šupa in Vybíral, 2010, s. 475–492) který mnohem více odpovídá komplexnosti potřeb klienta s duševním onemocněním – nejde totiž jen o nemoc, ale o potřebu zotavení narušených sociálních vztahů, sebepojetí, pracovních dovedností, volnočasových aktivit atd.

Souhrnem se dá říci, že cílem této příručky je být užitečnou pomůckou v rámci kurzu práce s osobami duševně nemocnými. Měla by podat základní přehled o duševních onemocněních, metodách a způsobech práce s lidmi, kteří těmito onemocněními trpí.

# 1. DEFINICE DUŠEVNÍ NEMOCI A PŘEHLED DUŠEVNÍCH PORUCH

Psychiatrický případ je podle WHO „zjevná porucha duševní činnosti, natolik specifická ve svých klinických projevech, že je spolehlivě rozeznatelná jakožto jasně definovaný soubor znaků a zároveň natolik závažná, aby způsobila ztrátu pracovní schopnosti nebo sociálního postavení nebo obou, a to v takovém stupni, že může být hodnocen jako selhání“. Už z této definice je psychiatrické onemocnění spojené se sociálním prostředím a schopností či narušením sociálního fungování.

V ČR se k označování a zařazování duševních nemocí používá Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize (MKN-10). Někdy se také setkáváme s klasifikací podle amerického manuálu – DSM IV (tj. 4. revize). Při přiřazování nemoci se řídíme podle empirických, viditelných znaků – pokud je znaků dostatečný počet – naplňujících diagnostická kritéria. Duševních poruch se týká kapitola F, která je členěna následovně:

- » F0x.x – organické poruchy
- » F1x.x – poruchy způsobené návykovými látkami
- » F2x.x – schizofrenie a poruchy s bludy
- » F3x.x – afektivní poruchy
- » F4x.x – neurotické poruchy a poruchy adaptace
- » F5x.x – behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a tělesnými faktory
- » F6x.x – poruchy osobnosti a chování u dospělých
- » F7x.x – mentální retardace
- » F8x.x – poruchy psychického vývoje
- » F9x.x – poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci

Diagnostika a léčba duševních onemocnění spadá do oblasti zdravotnictví a tam se také vždy rozvíjela. Od 80. let 20. století se ale rozšiřuje myšlenkový a odborný proud psychiatrické rehabilitace. Ten zdůrazňuje, že duševní onemocnění se neprojevuje jen psychickým narušením, defektem, ale má silný dopad na celkové sociální fungování a přináší tedy i významné **sociální dopady**. V souvislosti s duševním onemocněním vzrůstá míra nezaměstnanosti, bezdomovectví, společenské izolace, stigmatizace, sebevražednosti, diskriminace, zhoršení dostupnosti vzdělání atd. Duševní nemoc nelze tedy řešit jen z pohledu zdravotnického, ale je potřeba mít vybudované i kvalitně spolupracující sociální služby. Každé duševní onemocnění s sebou nese poněkud odlišné dopady a tedy i potřebu specifických přístupů v sociální oblasti. Vlastní kapitolou jsou případy kombinující více duševních onemocnění. Klienti s duševním onemocněním potřebují často dlouhodobou a stálou péči a podporu.

Nepřehlednutelné jsou i **ekonomické dopady** duševního onemocnění. Náklady související s duševními nemocemi činí zhruba 3-4 % HDP. Duševní onemocnění je nejčastější příčinou odchodu do důchodu a invalidního důchodu. (Zelená kniha – Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva, 2005). Můžeme tedy předpokládat, že kvalitní služby a péče by mohly snížit dobu hospitalizace a ušetřit tak náklady.

Nejzřetelnější jsou však **individuální dopady** duševního onemocnění.

Odhaduje se, že v průběhu jednoho roku trpí některou z duševních poruch více než 25 % dospělých Evropanů. Zároveň se odhaduje, že například depresivní porucha je správně diagnostikována jen u 50 % případů a zároveň jen u 1/4 z nich (tedy ve 12,5 % ze všech) jsou nemocní adekvátně léčeni antidepresivy. Efekt antidepresiv obecně je ale pouze u 2/3 léčených. Statistický výsledek je tedy ten, že pouze 8 % nemocných v akutní fázi deprese je správně diagnostikováno a léčeno.

Problém je tedy oboustranný – nejenže duševně nemocní nevyhledávají (např. kvůli stigmatizaci) či neumí náležitě využít (např. díky kognitivnímu defektu) potřebné služby, ale mnohdy v těchto službách není ani správně rozpoznána porucha – tedy duševní onemocnění.

## 2. OBECNÉ ČLENĚNÍ DUŠEVNÍCH PORUCH

Obecně můžeme duševní poruchu členit podle toho, která z obecných psychických funkcí je narušena – tedy vnímání, emotivita či myšlení.

### Vnímání a jeho poruchy

Poruchy vnímání mohou být způsobeny poruchou funkce smyslového orgánu. Pro duševní onemocnění jsou však typické poruchy vnímání **kvantitativní a kvalitativní**.

### Kvantitativní poruchy vnímání

Zvýšená vnímavost obvykle na úkor přesnosti (často např. při intoxikaci stimulační drogou či v rámci manických stavů).

Snížená vnímavost (snížená percepční kapacita) je častá při depresi či léčbě vyššími dávkami psychofarmak (obecně látek s tlumivým efektem).

## Kvalitativní poruchy vnímání

**Iluze:** Vjemy vyvolané skutečným objektem, ale nezobrazující objektivní skutečnost.

**Halucinace:** Vjemy vznikající bez současného vnějšího podnětu, které ale jedinec vnímá jako skutečné. Halucinace dělíme dále podle jednotlivých smyslových orgánů (zrakové, sluchové, čichové a chuťové, tělové, intrapsychické a inadekvátní).

## Poruchy emotivity

Může jít o zvýšenou afektivní dráždivost, tedy zvýšenou pohotovost k patologickým afektivním reakcím.

Další formou poruchy emotivity je patický afekt. Jeho součástí je, oproti normálnímu afektu, porucha vědomí, motorický neklid a automatické chování. Vystupňovaný (nezvládnutý) afekt s sebou nepřináší poruchu vědomí.

## Poruchy nálady

**Expanzivní nálada** – extatická, euforická či manická, kdy dominuje zvýšená aktivita (často neúčelná), agitovanost a zvýšené sebevědomí.

**Depresivní nálada**, apatická (melancholická), úzkostná, anhedonická či bezradná, kdy dominuje neadekvátní a situaci neodpovídající smutek se snížením sebevědomí a elánu.

## Myšlení a jeho poruchy

První z kategorií poruch myšlení jsou **formální poruchy**. Při nich je nějakým způsobem narušena zejména rychlost toku myšlení – tedy útlum nebo zrychlení. Mluvíme o zpomalení myšlení – bradypsychismus, zárazy myšlenkových procesů až jejich vymizení, nebo zrychlení myšlení – tachypsychismus až myšlenkový trysk, kdy myšlení je jakoby nesouvislé a řeč zrychlená.

Druhou kategorií jsou **strukturální poruchy** myšlení. Může se jednat o perseverace či ulpívavé myšlení, při kterých se člověk opakovaně navrácí k jednomu slovu či myšlence. Při zabíhavém myšlení je hlavní tok myšlenek přerušován nepodstatnými myšlenkami. Když klient setrvává na jedné myšlence, která znemožňuje rozvinutější myšlenkový pochod, jedná se o nevypravné myšlení. Při obsedantním myšlení jsou jakoby vnucovány myšlenky, se kterými může jedinec i silně nesouhlasit a má na ně kritický náhled.

Třetí kategorií jsou **obsahové poruchy**. Jedná se o bludy, tedy myšlenky charakterizované obsahovou zvráceností, nevývratností, chorobným vznikem a výrazným vlivem na jednání člověka. Bludy mohou být expanzivní: extrapotenční (silou vůle zbožím dům), megalomaničké (jsem vládcem vesmíru), inventorní (vymyslel jsem nový lék na všechno), reformátorské (novým učením spasím svět). Jejich opakem jsou pak bludy depresivní: mikromaničké (nemám právo žít), autoakuzační (mohu za vše špatné), hypochondrické (moje tělo se rozpadá). Časté jsou bludy paranooidní: perzekuční (někdo mi ubližuje), kverulační (na vše kolem si stěžuje), emulační (žárlivecký).

## 2.1 Psychiatrická nemocnost

Jak již bylo řečeno, udává se, že v průběhu jednoho roku trpí některou duševní poruchou více jak 25 % dospělé populace.

Například demencí trpí celkově ve věku 65 let 5 % populace. Speciálně u Alzheimerovy demence v 70 letech je to 6 % populace, v 75 letech 12 % populace, v 80 letech 24 % populace a nad 85 let 40 % populace.

Vaskulární demence se vyskytují přibližně z poloviny tak často jako Alzheimerova demence.

Z jiných diagnostických kategorií můžeme mluvit o tom, že 25 % mužů a 5 % žen pravidelně nadměrně konzumuje alkohol.

Schizofrenie postihuje asi 1–2 % populace, mánie 1 % populace. Deprese celoživotně zasáhne asi 17 % populace. Generalizovaná úzkost 5–20 % populace, mentální retardace 3 % populace.

U mnoha duševních onemocnění se projevuje dědičnost. Vyskytuje-li se tedy v rodinné anamnéze schizofrenní porucha, afektivní porucha, Alzheimerova choroba nebo závislosti, měli bychom vždy zpozornět. Osobní anamnéza nám také nabídne množství známek pro případnou úvahu, že se jedná o duševní poruchu. Měli bychom uvažovat o ranném vývoji, vzdělání a zaměstnání (čím to, že vysokoškolák se neupravený a nesamostatný objeví najednou v azylovém domě?), sociální status, prodělaná somatická onemocnění (agresivní či jinak obtížný klient, který prodělal cévní mozkovou příhodu), dřívější psychiatrická léčba atd.

Klienta bychom měli rychle odeslat k psychiatrovi, a to i bez jeho souhlasu, když je s příznaky duševní poruchy nebezpečný sobě či okolí.



Vážným důvodem k psychiatrické hospitalizaci je akutní psychotická symptomatika – bludy, halucinace, dezorganizace myšlení nebo chování, pocity ovlivňování či ovládnutí, pocity odnímání či vkládání myšlenek apod. Důvodem je i kvalitativní porucha vědomí – delirium a nebezpečí suicidia. Také nepochopitelný negativismus nebo nespolupráce mohou být indikací k psychiatrické konzultaci.

### 3. DEMENCE A ORGANICKÉ PORUCHY

Demence patří k jedněm z nejčastějších závažných duševních onemocnění. Vyskytují se zejména ve stáří, ale některé typy i mnohem dříve. Do tohoto okruhu onemocnění však patří jak klasické demence, o kterých máme všichni určitou obecnou představu, tak mnoho onemocnění, která mají podobný projev jako řada duševních poruch klasifikovaných jinde, jsou ale způsobeny organickým poškozením.

Když uvažujeme o demencích, měli bychom také rozumět přirozeným involučním vlivům stárnutí. Také bychom měli rozumět některým adaptačním mechanismům, kterými se staří lidé vyrovnávají například s umístěním do pobytových zařízení. Často můžeme pozorovat například stáhnutí se, manipulativní a pasivně-agresivní taktiky, závislost na pečovateli, požadovačnost, popření, projekci, externalizaci, somatizaci nebo hypochondrizaci, zaměřování se na minulé úspěchy, silnou vázanost ke vzpomínkám na minulost a ztracené příležitosti, omezení sociálních kontaktů na ty, které jsou posilňující, selektivní vnímání a odmítání toho, co nechtějí slyšet. Také i znevažování nových vymožeností v technologiích nebo kultuře a naopak zájem o náboženství nebo o jeho rituály (Novalis, 1999).

U demencí dochází k postupnému poklesu úrovně duševních činností, který neodpovídá věku. Můžeme rozlišit pět základních kognitivních funkcí – paměť a učení, pozornost a soustředění, myšlení, jazyk a zrakově-prostorové funkce. Jednotlivé typy onemocnění zasahují různé oblasti mozku, jejich klinický projev, tedy zásah do jednotlivých funkcí, je pak různý. Zasaženy nemusí být jen kognitivní funkce, ale také emotivita. U demencí tedy také ještě rozlišujeme, zda jsou přítomny další patologické příznaky, jako jsou bludy, halucinace, deprese atd. (Koukolník, 1999).

#### 3.1 Demence u Alzheimerovy choroby

Alzheimerova choroba je primární degenerativní onemocnění mozku neznámé etiologie. Začíná obvykle plíživě a pomalu, nepřetržitě se však rozvíjí během několika let. Toto období může být krátké (2–3 roky), ale

někdy i mnohem delší. Onemocnění může začít ve středním věku nebo dokonce dříve (Alzheimerova choroba se začátkem v preseniu), častěji se však objevuje až ve věku vyšším (Alzheimerova choroba se začátkem v seniu). U případů začínajících mezi 65–70 lety se obvykle vyskytla podobná demence v rodině a průběh je rychlejší. Vyskytují se poruchy řeči a porucha praxe. U případů s pozdějším začátkem bývá průběh pomalejší.

V současné době je demence u Alzheimerovy choroby ireverzibilní.

## **3.2 Demence u Alzheimerovy choroby s časným začátkem**

Demence u Alzheimerovy choroby začínající před věkem 65 let mají relativně rychle se zhoršující průběh s výraznými četnými poruchami vyšších kortikálních funkcí. Ve většině případů začínají v průběhu nemoci poměrně brzy afázie (neschopnost mluvit), agrafie (neschopnost psát), alexie (neschopnost číst) a apraxie (neschopnost vykonávat složitější naučené pohyby).

## **3.3 Vaskulární demence**

Vaskulární (dříve arteriosklerotická) demence, která zahrnuje multiinfarktovou demenci, se liší od demence Alzheimerova typu začátkem, klinickými rysy a pozdějším průběhem onemocnění. Typické pro anamnézu jsou ischemické ataky přechodného rázu s krátce narušeným vědomím, přechodnými parézami nebo ztrátou vidění. Demence může také následovat po několika akutních cerebrovaskulárních příhodách nebo po jednom větším záchvatu (méně často). Potom je zřejmé jisté zhoršení paměti a myšlení. Začátek může být náhlý, po jedné určité ischemické epizodě, nebo se demence vyvine postupně.

## **3.4 Demence u chorob klasifikovaných jinde**

Jde o případy demence, ke kterým dochází nebo se předpokládá, že k nim dochází, z jiných příčin, než jsou Alzheimerova choroba nebo cerebrovaskulární onemocnění. Onemocnění může začít v kterémkoli věku, i když zřídka ve stáří.

Jedná se například o demenci u Pickovy choroby, která začíná ve středním věku a je charakterizována pomalu postupujícími změnami charakteru a společenským úpadkem. Demence vede ke zhoršení intelektu, paměti a řečových funkcí, s apatií, euforií a někdy extrapyramidovými příznaky. Další z demencí klasifikovaných zde je demence u Huntingtonovy

choroby, která je dědičná. Demence je jedním z projevů celkové degenerace mozku. Příznaky se typicky objevují ve třetí a čtvrté věkové dekádě. Výskyt u obou pohlaví je pravděpodobně stejný. V některých případech mohou být prvními příznaky deprese, úzkost nebo čistá paranoidní porucha, doprovázená změnou osobnosti. Postup je pomalý a končí smrtí obvykle do 10–15 let.

U **Parkinsonovy choroby** se také postupně rozvíjí demence. Zvláště u její těžké formy. Zatím nebyly dokázány žádné zvlášť významné specifické rysy. Demence rozvíjející se v průběhu Parkinsonovy choroby se může lišit jak od demence Alzheimerova typu, tak od demence vaskulární. Je však prokázáno, že může být projevem některé z těchto chorob, které se mohou vyskytnout spolu s Parkinsonovou chorobou.

S demencí se také setkáme u **onemocnění HIV**. Porucha je charakterizovaná kognitivním deficitem, který splňuje diagnostická kritéria pro demenci, přičemž není souběžně přítomna jiná choroba, která by mohla nálezy vysvětlit.

### 3.5 Další duševní poruchy na organickém základě

Do této kapitoly se řadí i další poruchy. Například organický amnestický syndrom, který není vyvolán alkoholem ani drogami. Jedná se o syndrom výrazného narušení recentní a dlouhodobé paměti, zatímco okamžité vybavování je zachováno.

Patří sem i psychotické poruchy, které jsou způsobeny organickým základem, a dále deliria – tedy komplexní poruchy vědomí, pozornosti, vnímání, myšlení a paměti na organickém základu.

#### **K jejich příznakům patří:**

- zhoršení okamžité výbavnosti a krátkodobé paměti, dlouhodobá paměť zůstává poměrně nedotčena, dezorientace časem, u těžších případů i místem a osobou
- psychomotorické poruchy (hyporeaktivita nebo hyperaktivita a nepředvídatelné přesuny z jednoho stavu do druhého, zvýšený reakční čas, snížený nebo zvýšený tok řeči, zvýšená úleková reakce)
- porucha cyklu spánku – bdění (nespavost, v těžších případech i úplná ztráta spánku nebo spánková inverze, denní ospalost, noční zhoršování příznaků, znepokojivé sny nebo noční můry, které po probuzení mohou pokračovat jako halucinace)
- emoční poruchy, např. deprese, úzkost nebo strach, iritabilita, euforie, apatie nebo zmatený údiv

Začátek delirií je obvykle rychlý, průběh během dne kolísá a celkově stav trvá nejdéle 6 měsíců

Do kategorie organických duševních poruch patří tedy kromě demencí i množství jiných duševních poruch vznikajících následkem onemocnění, poškození nebo dysfunkce mozku, nebo následkem somatického onemocnění. Je potřeba mít na paměti, že množství somatických onemocnění může mít projevy duševní nemoci. Zařazení do této kategorie však zdůrazňuje jejich etiologickou souvislost se somatickým onemocněním. Často jsou to stavy po mozkových vaskulárních příhodách, onkologických onemocněních, dlouhodobých epilepsiích, endokrinních poruchách, ale řadíme sem i duševní poruchy po úrazech.

Somatická onemocnění mohou mít svůj projev v duševní poruše, někdy se projevují mírněji ve zdůraznění některých osobnostních rysů. Mohou být ale i příčinou poruch osobnosti a chování.

Nepřízpůsobivé, asociální, agresivní, depresivní osobnostní rysy tedy mohou být u našich klientů projevem jiných somatických obtíží. Na místě je tedy dobře znát klientovu anamnézu a porozumět jeho zdravotnímu stavu.

### 3.6 Péče o dementního klienta

Čím je demence pokročilejší, tím méně strukturovanou terapii můžeme použít. Terapie a rehabilitace by měla být zaměřena především na udržování a rozvíjení dosud zachovaných funkcí, na udržení schopnosti vykonávat nejběžnější aktivity denního života (Koukolník, 1999, s. 152).

U středně těžkých demencí se používají metody aktivizace. Jejich cílem je udržení dosud zachovaných schopností klienta a jejich zdokonalení. Jde např. o zadávání úkolů – přečíst článek z novin a jeho následnou reprodukci. Může jít o reprodukci obrázků, pojmenování osob ve filmech, na fotkách. Jsou nacvičovány běžné sociální situace.

Důležitá je kontrola realitou – proto by měly být místnosti v budovách označeny tak, aby se klienti mohli dobře orientovat (označení WC, pokojů ...), je potřeba mít dobře čitelné kalendáře s označením aktuálního data.

U lehčích forem demence se využívají skupinové aktivity, trénink paměti, orientace, představitosti. Provádí se nácviky běžných denních dovedností, trénují se způsoby komunikace (Koukolík, 1999, s. 154).

### 3.7 Kazuistika pacienta s demencí

71letý pan Josef přišel do ambulance v doprovodu manželky. V mládí se vyučil ve dvou oborech, pracoval jako zámečnický, také vyučoval na učilišti. Byl vždy hodně aktivní, doma měl dílnu, ve které si dřívě kutil. Poslední 2–3 roky ho přestávaly koníčky bavit. Žije s manželkou v rodinném domku. Ta si na něj stěžuje, že ji začíná zlobit. Její pohled na situaci je ten, že se z manžela stal morous a dělá jí naschvály. Nechává po domě rozházené věci, neuklízí, nepřevléká se, když mu něco řekne, tak to neudělá. Ale nejvíc ji zlobí tím, že močí vedle mísy, někdy tam prý ani nedošel a chtěl močit v pokoji. Popisuje další situace, kdy se manžel už zcela neorientuje v běžných situacích a má výpadky pozornosti – nechal několik hodin ohřívat oběd na plynovém sporáku, až začal hořet. Pan Josef sám říká, že mu nic není. Cítí se v pořádku, problémy s pamětí na sobě žádné nepozoruje, jen má pocit, že ho manželka moc napomíná a je na něj přísná. Pořád si na něj prý něco vymýšlí. Při vyšetření je dobře naladěný, je orientován svou osobou i místem, časové souvislosti mu již unikají. Dovede vyprávět příběhy z mládí, rád se k nim vrací, ale o nedávných událostech z předchozích několika dnů vyprávět nedovede a vyskytují se v něm značné konfabulace – objektivizováno rodinou. Na jeho oblečení je vidět několik vypálených děr od nedopalku cigarety. Odmítá, že by někdy s cigaretou usnul, i když mu to žena vyčítá.

Vyšetřením kognitivních funkcí byla zjištěna výrazná deteriorace, která je v souladu s popisovanou ztrátou sebeobsluhy, kontroly činností a paměti. Rozvíjející se demence byla rodinou dlouhou dobu vnímána jako vztahové problémy mezi manžely s tím, že pan Josef dělá naschvály. Bylo důležité rodinu – tedy manželku a zejména děti – edukovat, takže mohli přijmout adekvátní režimová opatření v péči o pana Josefa. Pacient byl zároveň medikován kognitivny. Tím, že se pro něj situace doma stala přehlednější, a díky medikaci se výskyt zjevnějších problémů na chvíli snížil.

## 4. SCHIZOFRENIE

### 4.1 Diagnostika schizofrenních poruch

Schizofrenní poruchy jsou obecně charakterizovány význačnými poruchami myšlení a vnímání a afektivitou, která je nepřiměřená nebo oploštělá. Jasně vědomí a intelektové schopnosti jsou obvykle zachovány, i když se během času vyvinou určité kognitivní deficity. Osobnost je postižena ve svých nejpodstatnějších funkcích, které dávají normálnímu jedinci pocit individuality, jednotnosti a autonomie. Nemocný má často pocit, že jeho nejintimnější myšlenky, pocity a činy jsou známy nebo sdíleny jinými lidmi. Mohou se rozvinout bludné interpretace, že přírodní nebo nadpřirozené síly ovlivňují pacientovo myšlení a jednání, a to často bizarní formou. Mohou být často pokládány za osu všeho, co se děje. Jsou běžné především sluchové halucinace, hlasy mohou komentovat chování nebo myšlení pacienta. Vnímání může být narušeno i jinak: barvy a zvuky se mohou zdát nepřiměřeně živé nebo kvalitativně změněné. Nepodstatné, obyčejné věci se mohou zdát důležitější než celý předmět nebo situace. Nepochopení situace může vést k přesvědčení, že události každodenního života mají pro jedince zvláštní, obvykle zlověstný význam. U typické schizofrenní poruchy jsou v myšlení kladeny do popředí okrajové a nepodstatné rysy celku, které jsou u normálně zaměřené lidské aktivity potlačeny, a jsou užívány místo těch, které jsou relevantní a situaci přiměřené. Tím se myšlení stává nepřesné, nespojitě a neproniknutelné a jeho slovní vyjádření někdy nepochopitelné. Časté jsou zárazy a interpolace v toku myšlenek a pacientovi se může zdát, že mu nějaká vnější síla odnímá myšlenky. Nálada je typicky oploštělá, vrtošivá nebo nepřiměřená. Ambivalence a volní poruchy se mohou jevit jako lenivost, negativismus nebo stupor. Může být přítomna i katatonie (dlouhodobé znehybnění i v bizarních polohách). Začátek může být akutní s vážně narušeným chováním, nebo plíživý s postupným rozvojem podivných myšlenek a chování. Většinou však nacházíme určitou prodromální fázi, kdy chování jedince nabývá postupně zvláštních rysů. Průběh se také velmi mění a není nevyhnutelně chronický nebo zhoršující se. V určité části případů, která se může lišit v různých kulturách a populacích, dochází k úplnému nebo téměř úplnému uzdravení. Obě pohlaví jsou přibližně stejně postižena, ale u žen bývá začátek pozdní.

### 4.2 Paranoidní schizofrenie

Toto je nejobvyklejší typ schizofrenie ve většině částí světa. V klinickém obraze převládají relativně stálé bludy, často paranoidní, které jsou obvykle doprovázeny halucinacemi, převážně sluchovými, a jinými po-

ruchami vnímání. Poruchy afektivity, vůle, řeči a ani katatonní příznaky nejsou výrazné.

#### **Příklady nejběžnějších paranoidních příznaků:**

- bludy perzekuční, vztahovačnosti, originální, mesiášského poslání, transformace vlastního těla nebo žárlivosti
- halucinatorní hlasy, které pacientovi hrozí nebo mu dávají rozkazy, nebo elementární sluchové halucinace jako pískání, bzučení nebo smích
- čichové nebo chuťové halucinace, sexuální či jiné tělové pocity, mohou se objevit i zrakové halucinace, avšak zřídka převládají

U akutních stavů mohou být zřejmé poruchy myšlení, což nebrání tomu, aby pacient jasně popisoval typické bludy nebo halucinace.

Průběh paranoidní schizofrenie může být v atakách, s částečnými nebo úplnými remisemi, nebo chronický. Ve druhém případě po léta přetrvávají floridní (zjevné akutní) příznaky a je obtížné rozlišit jednotlivé ataky.

### **4.3 Hebefrenní schizofrenie**

Forma schizofrenie, u níž jsou významné změny afektivity, bludy a halucinace jsou prchavého nebo fragmentárního rázu a chování nezodpovědné a nepředvídatelné. Nálada je povrchní a nepřiměřená situaci a často je provázena chichotáním nebo samolibým, sebou zaujatým úsměvem, nadneseným chováním, grimasováním, manýrováním, nezbedností, hypochondrickými stížnostmi nebo znovu a znovu opakovanými frázemi. Myšlení je dezorganizované, řeč je nespojitá. Tendence k samotářství, chování se zdá být beze smyslu a bez citu. Tato forma schizofrenie obvykle začíná ve věku 15–25 let a mívá špatnou prognózu vzhledem k rychlému rozvoji „negativních“ příznaků, zvláště oploštění afektivity nebo ztráty vůle.

### **4.4 Katatonní schizofrenie**

Podstatnou a převládající charakteristikou jsou výrazné psychomotorické poruchy, které se často pohybují mezi dvěma extrémy, např. od hyperkineze ke stuporu nebo od automatické poslušnosti k negativizmu. Pacient může setrvávat dlouhou dobu v polohách, do nichž byl uveden. Nápadným rysem tohoto stavu mohou být epizody prudkého vzrušení.

Izolované katatonní příznaky se mohou přechodně objevit v souvislosti s jinými subtypy schizofrenie.

## 4.5 Postschizofrenní deprese

Depresivní ataka, která může být dlouhá a která vzniká po odeznění schizofrenní psychózy. Musí být ještě přítomny některé schizofrenní příznaky, ale v klinickém obraze již nepřevládají. Tyto přetrvávající schizofrenní příznaky mohou být „pozitivní“, nebo „negativní“, i když „negativní“ jsou obvyklejší. Je nejasné a pro diagnózu nepodstatné, do jaké míry byly depresivní příznaky odkryty odezněním dřívějších psychotických příznaků (spíše než aby se jednalo o jejich nový rozvoj), anebo jsou nedílnou součástí schizofrenie spíše než psychologickou reakcí na ni.

## 4.6 Reziduální schizofrenie

Chronické stadium ve vývoji schizofrenie, u kterého je jasný postup od počátečního stadia, zahrnujícího jednu nebo více atak s psychotickými příznaky, které odpovídají shora uvedeným všeobecným kritériím pro schizofrenii, k pozdějšímu stavu, charakterizovanému dlouhodobými, i když ne nutně ireverzibilními „negativními“ příznaky a zhoršením. Nejčastějším diagnostickým vodítkem je četná přítomnost negativních schizofrenních příznaků (psychomotorické zpomalení, snížená aktivita, otupělá afektivita, pasivita a nedostatek iniciativy, ochuzená řeč co do kvantity nebo obsahu, chudá nonverbální komunikace pokud jde o výraz obličeje, kontakt očí, modulaci hlasu a postoje, zanedbávání zevnějšku a chudé sociální vztahy).

## 4.7 Simplexní schizofrenie

Vzácně se vyskytující psychóza, u níž se plíživě, ale progresivně rozvíjejí bizarní chování, neschopnost vypořádat se se sociálními požadavky a pokles celkové výkonnosti. Bludy a halucinace chybí a stav není tak zřejmě psychotický jako u hebefrenní, paranoidní a katatonní formy schizofrenie. Typické „negativní“ rysy reziduální schizofrenie (např. otupělá afektivita, ztráta vůle atd.) se rozvinou, aniž by jim předcházely jakékoli zjevné psychotické příznaky. Vzrůstající sociální ochuzení může vyústit do potulek. Pacient se stává ponořený do sebe, lenošivý a bez cíle.

## 4.8 Další poruchy schizofrenního okruhu

### Schizotypní porucha

Porucha charakterizovaná excentrickým chováním a odchylkami myšlení a afektivity, které se podobají těm, které lze pozorovat u schizofre-



nie, i když se v žádném stadiu nevyskytují určité a charakteristické schizofrenní anomálie. Jde spíše o velmi výrazné osobnostní projevy. Není zde žádná převládající nebo typická porucha, ale mohou být přítomny potíže jako nepřiměřené nebo omezené emoční reakce, podivínské chování a vzezření, chudý vztah k lidem, podezřívavost atd.

Porucha má trvalý průběh s kolísavou intenzitou. Někdy se rozvine do jasné schizofrenie. Není určitý začátek a obvykle je vývoj a průběh jako u poruchy osobnosti. Je častější u jedinců, kteří jsou geneticky příbuzní se schizofreniky, a má se za to, že tento stav je částí genetického „spektra“ schizofrenie.

## **Trvalé duševní poruchy s bludy**

Do této skupiny patří různé stavy, u nichž dlouhotrvající bludy tvoří jedinou nebo nejnápadnější klinickou charakteristiku a které se nemohou klasifikovat jako organické, schizofrenní nebo afektivní.

Porucha s bludy je charakterizovaná rozvojem buď jediného bludu, nebo souboru příbuzných bludů, které trvají obvykle dlouho, někdy i po celý život. Obsah bludu nebo bludů je velmi různorodý. Často jsou to bludy perzekuční, hypochondrické nebo velikášské, ale mohou být také kvelulantské, žárlivecké nebo vyjadřují přesvědčení, že pacientovo tělo je znetvořeno, že si ostatní myslí, že zapáchá nebo že je homosexuál. Jiná psychopatologie není typicky přítomna.

## **Akutní a přechodné psychotické poruchy**

Jedná se o akutní psychotické poruchy s různou mírou psychotických příznaků, tedy bludů a halucinací, či dalších poruch vnímání a myšlení. Tyto poruchy mají rychlý nástup (do 48 hodin) a v průběhu 14 dní jejich intenzita odeznívá. Jsou přítomny psychotické symptomy. Často je spojena se stresem, ale nemusí tomu tak být vždy.

## **Indukovaná porucha s bludy**

Vzácná porucha s bludy, kterou sdílejí dvě osoby s těsnými emočními vztahy. Pouze jeden z páru trpí pravou psychotickou poruchou. V druhé osobě jsou bludy indukovány a obvykle zmizí, když jsou obě osoby odděleny.

## Schizoafektivní poruchy

Jsou to přechodné poruchy, u nichž jsou význačné jak afektivní, tak schizofrenní příznaky a objevují se během stejné ataky onemocnění (spíše zároveň) nebo alespoň během několika dnů.

Pacienti, kteří trpí periodickými schizoafektivními atakami, zvláště ti, u nichž jsou příznaky spíše manického než depresivního typu, se obvykle plně uzdraví a pouze zřídka se u nich rozvine defektní stav.

V základu rozlišujeme tuto poruchu jako manický a depresivní typ. U manického typu má odlišnost nálady obvykle formu povznesení nálady doprovázené zvýšeným sebevědomím a velikášskými myšlenkami, ale někdy je nápadnější vzrušení a podrážděnost, které jsou doprovázeny agresivním chováním a perzekučními představami. V obou případech dochází ke zvýšení energie, aktivity, zhoršení koncentrace a ztrátě normálních společenských zábran. Mohou být přítomny bludy vztahovačnosti, velikášské nebo perzekuční.

U depresivního typu je nálada obvykle doprovázena několika charakteristickými depresivními příznaky nebo odchylkami v chování, jako jsou zpomalení, insomnie (nespavost), ztráta energie, chuti k jídlu nebo úbytek hmotnosti, snížení normálních zájmů, zhoršení koncentrace, pocity viny, beznaděje a sebevražedné myšlenky. Zároveň nebo během téže epizody jsou přítomny jiné typičtější schizofrenní příznaky. Jediné může např. trvat na tom, že jeho myšlenky jsou vysílány nebo rušeny, nebo že se ho snaží kontrolovat cizí síly.

## 4.9 Spolupráce s klientem se schizofrenií

U schizofrenie má svou významnou terapeutickou hodnotu už reálný vztah mezi klientem a pracovníkem, specifický důraz je kladen na práci s rodinou a jinými vztahovými osobami, na posílení sociálních dovedností. Je potřeba myslet na vnější aktivity a zvýšení klientovi sebeúcty.

V kontaktu s klientem je důležité také ověřit, na jaké je kognitivní úrovni, tedy nakolik nám klient rozumí. Jeho úrovni bychom měli přizpůsobit naši komunikaci, abychom zabránili možným nedorozuměním a dezinterpretacím.

Se schizofrenií se pojí halucinace a bludy. Je potřeba dát si pozor, abychom je falešně nepřijímali, takovýto falešný souhlas může zvýšit úzkost klienta a zmatek v jeho schopnosti testování reality.

Halucinace mohou mít svoji funkci. Jako například hlas spolčnka při pocitech osamělosti, ozvučené myšlenky plné sebekritiky a sebevčitek. Mohou být reakcí na nějaký zážitk. Dáme-li jim prostor v komunikaci, může se jejich intenzita snížit.

Sluchové halucinace mohou být někdy pro pacienta tak rušivé, že je potřebné použít některé pomůcky. Například existují údaje o eliminaci sluchových halucinací zvýšením vnější sluchové stimulace použitím rádia se sluchátky. U některých pacientů pomáhá pobrukování nebo zpěv. Mnozí pacienti toho využívají samovolně, někdy pak mohou ale působit podivínským dojmem.

**K našim reakcím na halucinace by mělo patřit zejména toto:**

- Nesouhlasit s reálným prožíváním halucinací.
- Zkoumat okolnosti, za kterých se halucinace objevují.
- Interpretovat výskyt (například jako reakci na zranění sebeúcty).
- Vysvětlovat mechanismus jejich vzniku znovu a znovu.
- Pokusit se o léčbu pacienta zvýšením externích stimulů (například poslechem hudby).
- Vyzvat pacienta, aby se pokusil přehlušit halucinace zpíváním nebo pobrukováním si.
- Odvrátit pozornost od halucinací a zaměřit se na pozitivní projevy fungování.

(Novalis, 1999, str. 161)

Obdobně i blud je potřeba nepřijímat, ale také nekonfrontovat bez obalu. Nesouhlas a konfrontaci vyjadřovat mírně, nepřímě, na okraji bludu: „Byl bych zvědavý, zda existuje i jiný způsob vysvětlení tohoto.“ Nebo: „Je pro mne těžké tomu uvěřit.“

**Vnímání bludu klientem probíhá v určitých fázích podle toho, nakolik jim klient sám důvěřuje:**

- bludná fáze – s plnou vírou v bludy
- fáze podvojného vědomí – koexistují bludy společně s přesnějším testováním reality
- fáze bez bludů

Fáze podmiňuje časování a úroveň zpochybňování bludů. V první fázi, kdy nemá klient žádné pochybnosti o realitě bludu, by konfrontace měla spočívat jen ve velmi jemném dotazování a použití mírně skeptických prohlášení. Pokud ale klient projevuje určité náznaky pochybností o platnosti bludů, terapeut by je měl konfrontovat.

### Naší reakcí na bludy by tedy mělo být:

- Vyjádřit jemné pochybnosti nebo skepsi.
- Když má pacient jakékoliv pochybnosti, je možné začít konfrontovat bludy a zkoumat, jak vznikly.
- Když blud u pacienta vymizí, dále zkoumat proces formování bludů a jak je to možné, interpretovat jejich obsah.
- Vyjádřit souhlas s prvky reality v bludech.
- Interpretovat bludy jako „poetickou pravdu“.

## 4.10 Úrovně terapeutické reakce na vztahovačné myšlenky

Pacientova úroveň uvědomění	Úroveň terapeutického reagování
Fixované vztahovačné myšlenky (není bezpečné kognitivně je zpochybnit, raport s terapeutem je nejistý)	Oslovit strach a znepokojení, které pacient cítí v důsledku těchto myšlenek, bez souhlasu s jejich obsahem.
Fixované vztahovačné myšlenky (určitý raport s terapeutem)	Vysvětlit pacientovi, že tato jeho víra mu pomáhá dát smysl jeho zkušenosti nebo pozorování, bez toho, abychom souhlasili s pacientovými závěry.
Slábnoucí (rozpouštějící se) vztahovačné myšlenky (téma k diskusi)	Rozdiskutovat a navrhnout jiné možnosti vysvětlení jeho zkušenosti nebo pozorování.
Objevení se určitých sebezpozorování (pacient začíná vyjadřovat vlastní pochybnosti)	Podpořit pacientovu schopnost sebezpozorování (např. povzbuzení každého náznaku pacientových pochybností).
Rozvoj sociálního povědomí	Povzbudit pacienta, aby si uvědomil, že jiní s ním nebudou souhlasit a že o svých vztahovačných myšlenkách nebude hovořit s dalšími lidmi.
Stádium podvojného vědomí (u pacienta smysl pro realitu koexistuje se vztahovačnými myšlenkami)	Když pacient dosáhl tohoto stádia, povzbudit jeho pochybnosti o platnosti vztahovačných myšlenek.
Převažuje realistické myšlení (někdy reziduum vztahovačných myšlenek)	V tomto stádiu pomoci pacientovi porozumět situaci, v které vztahovačné myšlenky vznikly, vyjadřovat se co nejjednodušeji a nejkonkrétněji.

(Novalis, 1999, s. 166-167)

U poruch schizofrenního okruhu je častý současný výskyt depresivních symptomů. Jakýkoliv konflikt, který může vést k depresi u schizofrenního člověka, může vést k depresi u schizofrenního pacienta. Velké je riziko suicidia.

#### **Naši reakcí na depresi u schizofrenie by mělo být:**

- Pátrat po symptomech deprese.
- Empaticky odpovídat na pacientovy depresivní pocity.
- Věnovat pozornost suicidálním myšlenkám.
- Povzbudit truchlení nad minulými ztrátami a nad ztrátami v důsledku nemoci.
- Vést pacienta k uvědomění si ambivalence k psychické epizodě.
- Věnovat se konfliktům, které vedly k depresi.
- Použít ujištění a vysvětlení – např.: *„To, co Vás předtím přivádělo k šílenství, Vás nyní deprimuje.“*

(Novalis, 1999, s. 172)

## **4.11 Kazuistika pacienta se schizofrenií**

Pavlovi je 20 let. Stále bydlí u matky, studuje střední školu. Do 17 let to byl premiant třídy, na gymnáziu měl skoro samé jedničky, měl spoustu koníčků – sport, hudba, programování. Najednou se přestal bavit s kamarády, později i s matkou a sestrou. Čím dál tím více času trávil ve svém pokoji nebo dlouhými potulkami po městě. Ostatní nevnímal, něco si pro sebe povídal, zdálo se, že má z druhých lidí strach. Matka se bála, jestli neužívá nějaké drogy. Vyčítala mu nezájem o školu, měli spolu ostré konflikty. Poté, co se jednou zavřel v pokoji a odmítal den vyjít ven, odvezla ho na psychiatrické oddělení nemocnice. Tam Pavlovi diagnostikovali schizofrenii. Poměrně dobře reagoval na léky, ale po návratu z nemocnice ho nic nebavilo, byl stále unavený, neměl zájem o nic jiného než o počítač. Po roce se vrátil do školy, ale raději přešel na lehčí. I tak v ní selhával. Učení nerozuměl a neměl o něj ani takový zájem, nedokázal si najít nové kamarády. Školu také často vynechával, protože trpěl nevolnostmi. Ukázalo se, že má stále bludy, že ho druzí lidé ovládají a nechtějí mu dovolit, aby dostudoval. Lékař změnil léky a Pavel také na čas přerušil školu, aby na něj nebyly takové nároky. Začal docházet do klubu pro lidi s duševním onemocněním, kde se věnoval počítačům, a byl později i schopný některé klienty něčemu naučit. Pro matku bylo důležité uvědomit si, že Pavlova současná „lenost“ souvisí s jeho onemocněním, že není chybou její výchovy. Hodně jí také pomohlo setkání s dalšími rodiči schizofreniků.

## 5. PORUCHY NÁLAD

Základem těchto poruch je změna nálady nebo afektivity obvykle k depresi (spojené s úzkostí nebo bez ní) nebo k elaci, tedy jejímu povznesení. Tuto změnu nálady obvykle doprovází změna celkové aktivity a většina ostatních příznaků je buď sekundární ke změnám nálady a aktivity, nebo se v souvislosti s těmito změnami snadno pochopí. Většina poruch má tendenci k relapsům a začátek jednotlivých fází má často vztah ke stresovým událostem nebo situacím. Poruchy nálady se objevují ve všech věkových skupinách.

U jednotlivých typů poruch také rozlišujeme hloubku poruchy – intenzitu nálady (mírný, středně těžký a těžký) a případné psychotické či somatické příznaky.

### 5.1 Manická fáze

Specifikujeme tři úrovně intenzity poruchy – hypomanii, manii s psychotickými příznaky a manii bez psychotických příznaků. Jejich společnou charakteristikou je povznesená nálada, vyšší tělesná a duševní aktivita.

**Hypomanie** je nižší stupeň mánie, u které jsou abnormality nálady a chování příliš trvalé a výrazné, než aby mohly být zahrnuty pod cyklotymii, ale nejsou doprovázeny halucinacemi ani bludy. Přetrvává mírné zvýšení nálady (alespoň po několik dnů), vyšší energie a aktivita a obvykle výrazné pocity zdraví a výkonnosti, a to jak tělesné, tak duševní. Často je přítomna zvýšená sociabilita, výmluvnost, přílišná důvěrnost, větší sexuální energie a snížená potřeba spánku, avšak ne do takové míry, aby vedly k těžkému narušení práce nebo ke společenskému zavržení. Někdy místo obvyklejší euforické sociability dochází k podrážděnosti, domýšlivosti a nevázanému chování.

Mohou být narušeny koncentrace a pozornost, což snižuje schopnost věnovat se práci nebo relaxaci a zábavě. To však nemusí bránit novému podnikání a aktivitám nebo nadměrnému utrácení.

**Mánie bez psychotických příznaků** je provázena zvýšenou náladou, nepřiměřenou okolnostem a může se měnit od bezstarostné žoviálnosti až k téměř nekontrolovanému vzrušení. Elace je provázena zvýšenou energií, ze které vyplývá zvýšená aktivita a snížená potřeba spánku. Jedinec ztrácí normální sociální zábrany a nedokáže udržet pozornost. Má zvýšené sebevědomí a neomaleně vyjadřuje velikášské a přehnaně optimistické myšlenky.

Mohou se vyskytnout poruchy vnímání. Jedinec např. vidí barvy jako obzvlášť živé (a obvykle krásné), zabývá se jemnými detaily povrchu textilií, pociťuje subjektivní zcitlivění sluchu. Může se pouštět do extravagantních a nepraktických plánů, utrácet bezstarostně peníze nebo může být agresivní, zamilovaný nebo šprýmovný za nepřiměřených okolností. U některých manických fází je nálada spíše podrážděná a podezíravá než zvýšená. První fáze se nejčastěji vyskytuje ve věku mezi 15 a 30 lety, ale může se vyskytnout kdykoli ve věku od pozdního dětství do sedmé nebo osmé dekády.

**Mánie s psychotickými příznaky** se i klinicky projevuje vážněji. Nadnesené sebevědomí a velikášské myšlenky se mohou rozvinout do bludů a podrážděnost a podezíravost se mohou rozvinout do perzekučních bludů. U těžkých případů mohou být výrazné velikášské nebo náboženské bludy o identitě nebo schopnostech. Trysk myšlenek a „tlak řeči“ mohou mít za následek, že se předmět hovoru stává nesrozumitelný. Vytrvalá a zvýšená tělesná aktivita a vzrušení může vyústit v agresi nebo násilí. Zanedbávání jídla, pití a ostatní hygieny může vyústit do vážných stavů dehydratace a sebezanedbání. Pokud je třeba, mohou být bludy a halucinace specifikovány jako přiměřené nebo nepřiměřené náladě. Za „nepřiměřené“ by se měly pokládat i afektivně neutrální bludy a halucinace, např. bludy vztahovačnosti bez obsahu viny nebo obviňování, nebo hlasy mluvící k pacientovi o událostech, které nemají zvláštní emoční význam.

## 5.2 Bipolární afektivní porucha

Porucha charakterizovaná opakovanými (tj. nejméně dvěma) epizodami, při nichž jsou hluboce narušeny pacientova nálada a úroveň činnosti. Tato porucha spočívá někdy v elaci a zvýšené energii a aktivitě (mánie nebo hypomanie), jindy zase ve skleslé náladě, energii a aktivitě (deprese). Manické fáze začínají obvykle náhle a trvají 2 týdny až 4–5 měsíců. Deprese mají tendenci k delšímu trvání (průměrná délka kolem 6 měsíců). Oba druhy epizod často přicházejí po stresové životní události nebo jiném duševním traumatu, ale přítomnost nebo nepřítomnost stresu není pro diagnózu podstatná. První fáze se může vyskytnout v kterémkoli věku od dětství až po stáří. Frekvence fází a model remisí a relapsu je velmi různorodá, postupem času se ale prosazuje spíše depresivní fáze.

## 5.3 Depresivní fáze

Jsou specifikovány tři intenzity poruchy – mírná, středně těžká a těžká. U typických epizod všech tří forem trpí jedinec skleslou náladou,

snížením energie a aktivity. Je zhoršena schopnost radovat se, dochází k poklesu zájmů a ke zhoršení koncentrace. Obvyklá je značná navítilnost i po nepatrné námaze. Jiné obvyklé příznaky jsou:

- a. zhoršené soustředění a pozornost
- b. snížené sebevědomí a sebedůvěra
- c. pocity viny a bezcennosti (i při atace mírného typu)
- d. smutný a pesimistický pohled do budoucnosti
- e. myšlenky na sebepoškození a sebevraždu
- f. poruchy spánku
- g. snížená chuť k jídlu

Skleslá nálada se ze dne na den málo mění, neodpovídá okolnostem a může se během dne charakteristicky měnit. Podobně jako u manických epizod vykazují klinické projevy značné individuální rozdíly a obzvláště v adolescenci jsou obvyklé atypické projevy. V některých případech mohou být občas význačnější úzkost, stísněnost a motorická agitovanost než deprese a změna nálady může být maskována také dalšími rysy jako např. předrážděností, nadměrnou konzumací alkoholu, histriónským chováním atd. Aby mohla být diagnostikována depresivní epizoda, je třeba, aby příznaky trvaly alespoň 2 týdny.

Některé z uvedených příznaků mohou být výrazné a mají charakteristické rysy. Nejtypičtější příklady těchto příznaků jsou ztráta zájmu nebo ztráta radosti z aktivit, které jsou normálně příjemné, chybí emoční reaktivita na normálně příjemné okolí a události, dochází k rannímu probouzení o dvě hodiny (nebo i více) dříve než obvykle, deprese je horší ráno, psychomotorické zpomalení nebo agitovanost, výrazná ztráta chuti k jídlu, úbytek na váze, výrazná ztráta libida.

## **Mírná depresivní fáze**

Depresivní nálada, ztráta zájmu a radosti a zvýšená únavnost se obvykle považují za nejtypičtější příznaky deprese a pro jasnou diagnózu by měly být obvykle přítomny alespoň 2 z těchto 3 plus alespoň 2 z ostatních příznaků uvedených v seznamu (a–g). Žádný ze symptomů by neměl být intenzivní. Depresivní epizoda musí trvat nejméně 2 týdny.

Jedinec s mírnou depresivní epizodou je obvykle příznaky obtěžován a má určité potíže s vykonáváním běžné práce a sociálních aktivit, ale pravděpodobně nepřestane fungovat úplně.



## **Středně těžká depresivní fáze**

Pacient se středně těžkou depresivní fází bude obvykle schopen pokračovat ve společenských, pracovních a domácích aktivitách jen se značnými obtížemi.

## **Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků**

U těžké depresivní fáze pacient obvykle projevuje značnou stísněnost nebo agitovanost, pokud není výrazným rysem zpomalení. V popředí bude pravděpodobně ztráta sebeúcty nebo pocitu užitečnosti nebo pocitu viny. U zvláště těžkých případů je zřetelné nebezpečí sebevraždy. Předpokládá se, že u těžké depresivní fáze je prakticky vždy přítomen somatický syndrom.

Během těžké depresivní fáze je velmi nepravděpodobné, že by pacient byl schopen pokračovat ve společenských, pracovních nebo domácích aktivitách, a pokud ano, tak jen velice omezeně.

## **Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky**

U těžké depresivní fáze se někdy setkáváme s výskytem psychotických příznaků. Tedy s bludy, halucinacemi či depresivním stuporem. Bludy obvykle obsahují myšlenky na hříích, chudobu nebo hroznou katastrofu, za kterou se pacient cítí být odpovědný. Sluchové halucinace se obvykle projevují pomlouvavými nebo obviňujícími hlasy a čichovým vjemem hnilobné špíny nebo rozkládajícího se masa. Těžká psychomotorická retardace může progredovat až do stuporu.

## **5.4 Periodická (rekurentní) depresivní porucha**

Tato porucha je charakterizovaná opakovanými epizodami deprese. Průměrný věk při začátku onemocnění je pátá dekáda. Jednotlivé fáze trvají od 3 do 12 měsíců (průměrné trvání okolo 6 měsíců), ale méně často se opakují. Postupem času se může vyvinout v trvalou depresi. Jednotlivé fáze jakékoli tíže jsou často vyvolány stresovými životními událostmi a v mnohých kulturách jsou obvykle dvakrát častější u žen než u mužů.

## **5.5 Trvalé poruchy nálady (afektivní poruchy)**

Jsou to trvalé a obvykle kolísavé poruchy nálady, u nichž jednotlivé fáze jsou zřídka (pokud vůbec někdy) dostatečně vážné, aby mohly být popsány jako manické nebo i mírné depresivní fáze. Trvají nepřetržitě léta a někdy

větší část dospělého života pacienta, mají tak za následek značnou subjektivní stísněnost a snížení schopností.

Mezi tyto poruchy patří **cyklotymie**, která se vyznačuje nestálostí nálady, zahrnující četná období mírné deprese a mírné elace.

Druhou poruchou je **dystymie**, což je chronická depresivní nálada, která nesplňuje kritéria depresivní poruchy.

## 5.6 Podpůrné strategie při depresi

Na začátku je potřeba brát pacientův distres tak, jak ho hodnotí on sám, není vhodné jej ihned utěšovat, bagatelizovat potíže atd. Měli bychom pracovat na zdokonalení kognitivních a interperosálních zručností pacienta, stejně tak na zlepšení pacientova sebepojetí (Novalis, 1999, s. 185–200).

Reflektujeme snížení sebeúcty spojené s chronickým onemocněním. Je důležité, abychom pomohli klientům zvládnout vedlejší účinky medikace. Informujeme klienta i jeho okolí o biologickém průběhu onemocnění. Měli bychom poskytnout oporu v krizi a snažit se snížit riziko suicidia.

Při podpoře klientů využíváme základní techniky, jako je poskytnutí ujištění, oslovení pocitů viny, zaznamenání zlepšení či práci s rodinou.

**Poskytování ujištění** – např. *„Když deprese ustoupí, opět se Vám vrátí energie.“* – *„Ve většině případů dochází po nasazení antidepresiv ke zlepšení.“* Ujištění by nemělo přesahovat pacientovu víru a pocity. Nemělo by být dáváno automaticky.

**Oslovení pocitů viny** – měli bychom se pokusit obnovit sebeúctu a rozptýlit sebeobviňující způsob myšlení. Pokusit se odstranit depresi z deprese.

**Reflektování ztrát** – měli bychom se jimi empaticky zabývat. Jde o ztráty způsobené sebeznehodnocováním při klientově hodnocení sebe, minulosti a budoucnosti. A pravděpodobně i při předpokládaném hodnocení klienta jinými lidmi.

**Zaznamenávání zlepšení** – klient si jich sám většinou nevšimá. Například zjištění, že stráví více času při produktivních aktivitách

**Práce s rodinou** – ventilování pocitů depresivního pacienta, ať už adekvátních, nebo nepřiměřených, generuje reaktivní hostilitu a úzkost. To vyvolává napětí v rodinném systému.

## 5.7 Kazuistika pacienta s bipolární afektivní poruchou

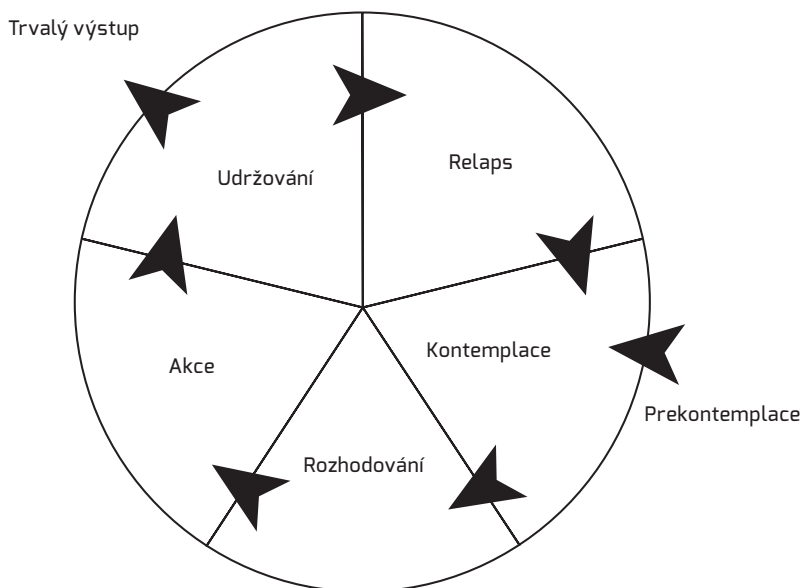
Jiří je muž středních let. Před několika lety se u něj začala projevovat bipolární afektivní porucha. V epizodě mánie byl schopný několik dní nespát. Nejdříve se horečnatě věnoval práci, což bylo zpočátku přijímáno pozitivně, ale postupně mu kolegové naznačovali, že dělá mnoho chyb. Později v manických epizodách chodil hlavně do barů, utrácel množství peněz na automatech, půjčoval si, utrácel za nákup nesmyslných věcí. Měl pocit, že všechno zvládne, bylo mu skvěle. Takovéto manické epizody se pravidelně přehoupaly do čím dál více depresivních fází. Uvědomoval si, co vše udělal, nenacházel řešení, měl chuť si sáhnout na život. Přišel o práci i o manželku. Léky pomohly stabilizovat jeho manicko-depresivní epizody. Potřeboval však i praktickou pomoc, kterou mu nabídla organizace pracující s duševně nemocnými pacienty. Sepsali s ním všechny jeho závazky, společně s nimi se mu povedlo oslovit všechny věřitele a u mnoha z nich sjednat splátkový kalendář případně i oduštění penále. S pracovníky organizace se sešla i jeho bývalá manželka, aby více porozuměla tomu, co se stalo. Její pohled na manžela jako bezcharakterního příživníka totiž ovlivnil i její ochotu domlouvat se s ním na čemkoliv dalším. To byl problém zejména kvůli dětem, se kterými se chtěl Jiří vídat. Situace se časem uklidnila, Jiří dovede zachytit příznaky manických epizod a zastavit je léky. Našel si i novou práci a daří se mu splácet dluhy.

## 5.8 Kazuistika pacientky s depresí

Věra je 40letá žena, která se již 10 let léčí s těžkými depresemi. Absolvovala čtyři terapeutické pobyty v psychiatrické léčebně, po kterých nastalo krátkodobé zlepšení, i několik krátkodobých hospitalizací při aktuálním zhoršení stavu. Deprese se rozvinula v době rozvodu s manželem, který díky podnikání nadělal také spoustu dluhů. Věra se cítila často unavená, v práci se jí dělalo nevolno, bála se chodit mezi lidi. Po dlouhodobé pracovní neschopnosti nakonec dostala invalidní důchod. Nyní má mnohdy potíže postarat se o běžný chod domácnosti. Často si ani neuvaří, nemá sílu si uklidit. Ze strany rodičů a syna je často kritizována, že je líná, vymýšlí si a myslí jen na sebe. Celou dobu je v péči psychiatra a užívá antidepresiva. Střídají se u ní období, kdy se cítí lépe a je schopná docházet do klubu pořádaného organizací pracující s duševně nemocnými, s obdobími, kdy ze svého bytu nevychází a činí jí potíže i zvednout telefon. Stále si vyčítá to, v jakém je stavu, chtěla by to změnit. Určitou stabilní oporu nachází v patientské skupině u sociálních pracovníků, kteří ji nekritizují. Tam na sebe dovede přijmout i určitou zodpovědnost za organizaci společných volnočasových aktivit. Na druhou stranu jí podle vlastních slov chybí kontakt se zdravou populací.

## 6. MOTIVAČNÍ ROZHOVOR

V praxi se často setkáváme s označováním některých klientů jako nemotivovaných. Pak narážíme na problém, co tedy s nimi, když nic nechťejí. Často je rezignovaně odmítáme nebo jsou pro naši práci velmi zatěžující. Technika motivačního rozhovoru vychází z teoretického konceptu dynamického modelu procesu změny, který popsal Prochaska a DiClemente (Miller, Rolnick, 2003, s. 15). Na motivaci se dívá jako na proměnlivý faktor, který je možné účinně ovlivňovat například i dobře vedeným rozhovorem. Motivační rozhovory využívají i další formy podpory a komunikační techniky, které jsou založeny na čtřech výzkumech.



Šest fází průběhu změny  
(Procházka, DiClemente in Miller, Rolnick, 2003)

V jednotlivých fázích změny má pracovník specifické úkoly, kterými může klientovu motivaci posunout dál. V motivačních rozhovorech jsou popisovány takto:

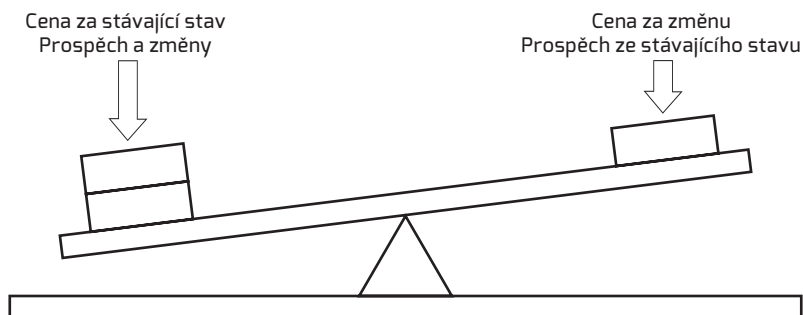
**Prekontemplace** – důležité je vyvolat u klienta pochybnosti, posílit vnímání nebezpečí a potíží, které stávající chování přináší.

**Kontemplace** – měli bychom připomenout důvody pro změnu a nebezpečí, pokud změna nastane. Tím můžeme naklonit rovnováhu žádoucím směrem.

Ve fázi **Rozhodnutí** pomáháme klientovi, aby se rozhodl pro nejlepší variantu akce směřující ke změně.

Když klient dojde k **Akci**, musíme mu pomoci udělat vše potřebné.

**Udržování** je fází, ve které je důležité udělat vše pro zabránění relapsu. Klientovi tedy pomáháme najít a použít metody, které mu v tom budou užitečné.



Kontemplace rovnováha ceny a prospěchu  
(Miller, Rolnick, 2003)

**Relaps** nemusí být koncem změny. V takové fázi bychom měli klientovi pomoci, aby obnovil proces uvažování, rozhodnutí atd. (Miller, Rolnick, 2003, s. 17).

## 6.1 Motivační postupy

Následující postupy byly ověřeny jako postupy, které zvyšují pravděpodobnost změny dalšího chování. Pro účinný postup je vhodné zvolit kombinaci těchto strategií: předávání rad, odstraňování překážek, nabídka výběru, snižování přitažlivosti, uplatnění empatie, poskytování zpětné vazby, vyjasňování cílů, aktivní pomoc (Miller, Rolnick 2003, s. 19–27).

### Předávání rad

Zcela nedirektivní přístup může ponechat klienta tápajícího a bezradného. Proto je na místě využít dobře načasovanou radu doporučující změnu. Ta by měla jasně směřovat k určitému problému, obsahovat poučení, proč je změna potřeba, navrhnout konkrétní změnu.

## **Odstraňování překážek**

Každá překážka snižuje motivaci ke změně, proto je vhodné překážky odstraňovat – dostupnost léčby, čekací doba atd. Jednou z vážných překážek je ale i postoj – např. obava ze změny nebo držení se patologických sociálních vztahů.

## **Nabídka výběru**

Určitá omezená nabídka alternativ zvýrazňuje pocit vlastního rozhodnutí a kompetence, snižuje direktivitu a tím riziko obran. Zvyšuje tak motivaci.

## **Snižování přitažlivosti**

V přemýšlení o změně hraje roli motivační rovnováha (viz obrázek). Člověk zvažuje cenu, kterou platí za setrvávání v stávajícím stavu a případný prospěch ze změny. Na druhou stranu dává cenu, kterou by zaplatil za změnu a prospěch, který má ze setrvávání ve stávajícím stavu. Někdy máme právě tendenci zapomínat na možný přínos současné situace pro klienta a na jeho obavy z ceny, kterou by musel za změnu zaplatit. Prozkoumáním, přijetím a přerámováním těchto hodnot můžeme posílit motivaci ke změně.

## **Uplatnění empatie**

V tomto pojetí nejde o vrozenou schopnost, ale naučenou dovednost reflexivního naslouchání, která vede k porozumění druhému. Jde o pozorné naslouchání a průběžné vytváření hypotéz. Náš určitý odhad je vrácen ke klientovi, často k doplnění obsahu, který byl předtím otevřeně vysloven. Ukazujeme tím klientovi, že jdeme stejnou cestou, zároveň nám otvírá množství informací, na které se pokoušíme dívat klientovými očima.

## **Poskytování zpětné vazby**

Zpětná vazba zvyšuje uvědomování si, na jaké cestě jsem a kde na ní jsem. Pracovník by měl tedy umět dát klientovi jasnou zpětnou vazbu o jeho současné situaci, jejích následcích a nebezpečích, které přináší (např. způsob chování klienta a dopad na jeho interpersonální vztahy nebo vliv na další spolupráci s ním).

## Vyjasňování cílů

Cíl pomáhá k tomu, aby mohl být současný stav porovnáván a hodnocen v poměru s nějakým standardem. Tento proces sebehodnocení napomáhá změně. Důležité ale je, aby byl cíl dosažitelný a realistický. Zároveň musí být přijatelný pro klienta i pracovníka.

## Aktivní pomoc

Je důležité se aktivně a přesvědčivě zajímat o změny probíhající u klienta. Aktivní pomoc zvyšuje naději, že klient zůstane v procesu změny. Jde o to například klientovi aktivně pomáhat při přechodu do navazující služby. Aktivně se zajímat, když klient nedorazí na sjednanou schůzku atd. Nejde o přebírání zodpovědnosti za klienta, ale metodu, kterou mu pomáháme udržet se v procesu změny.

## 6.2 Principy motivačních rozhovorů

Motivační rozhovory nevnímají klientovy obrany a popření jako něco, co je známkou patologie či neúspěchu, ale jako přirozený proces v rámci utváření motivace tím či oním směrem. Jde tedy o to předložit dostatečné množství důkazů, zachytit a posílit klientovy vlastní pochybnosti, rozporuplné úvahy a podpořit ty, které vedou žádoucím směrem. V celém procesu je důležité navázat s klientem dostatečně kvalitní vztah, který také může vést ke snížení odporu.

V rámci motivačních rozhovorů se používá pět základních principů (Miller, Rollnick 2003, s. 49–78), kterými jsou: vyjádření empatie, rozvíjení rozporů, vyhýbání se argumentací, otočení odporu (využití odporu), podpora vlastních schopností klienta.

## Vyjádření empatie

Jde o nezbytnou charakteristiku motivačních rozhovorů. Motivační rozhovory zde navazují na praxi humanistické psychoterapie Carla Rogerse. Jde o reflektivní naslouchání, při kterém se snažíme pochopit klientovy pocity a pohled na věc. Když je nekritizujeme, neobviňujeme, máme možnost jej lépe pochopit a klient má zároveň možnost zažít jednu z důležitých potřeb – přijetí. Postoj nabízející přijetí a respekt povzbuzuje klientovu sebedůvěru, což je důležitá podmínka každé změny.

Přijetí neznamená schválení. V komunikaci je můžeme vyjádřit reflexivním opakováním, rekapitulací, shrnutím, empatickým dotazováním a reflexí vlastních pocitů.

## Rozvíjení rozporů

Důležité je v klientově mysli objevit, pojmenovat a rozvinout rozpor mezi tím, co v dané chvíli dělá, a jeho dalšími cíli. Jde o proces zvědomování si rozporu mezi tím, kde se člověk nachází, a tím, kde by chtěl být. Tento proces začíná tehdy, když si klient uvědomuje, jakou cenu platí za stávající způsob života.

Mnoho lidí si již rozpory uvědomuje, ale jsou nerozhodní. Mohou být lapeni v konfliktu mezi pokračováním a unikáním. V pasti strachu ze změny a jistotou současného stavu. Cílem motivačních rozhovorů je posílit uvědomovaný rozpor a posílit váhu osobních cílů.

## Vyhýbání se argumentaci

Jde o to vyhnout se argumentaci a přímým hádkám. Taková komunikace vede do pasti zvyšování odporu, pochybností a narušení spolupráce. Přímá konfrontace motivaci snižuje. Klient nemusí dělat vše podle nás, podle toho, o čem se domníváme, že je podle nás nejlepší. Důležité je, aby se alespoň částečně posouval správným směrem. (Např. pro zahájení léčby není nezbytně nutné, aby klient zcela přijal nálepku alkoholika.)

## Otočení, využití odporu

Jde o to, jak nějakým způsobem například klientovo odmítavé stanovisko lehce pootočit, jinak zarámovat. Například reflexí nebo zesílenou reflexí – zesílením toho, co klient říká, až takřka do paradoxu. Dalším z postupů je dvojí reflexe („*Nemám větší problémy než má kamarádi*“ – „*Rozumím tomu, že Vás trápí, že máte problémy. Zároveň říkáte, že i Vaši kamarádi mají hodně problémů.*“). Možné je i přesunout pozornost k jinému tématu, není potřeba zdolávat každou překážku. („*Já přeci nejsem depresivní, abych chodil k psychiatrovi.*“ – „*Myslím, že není potřeba řešit, jak nazvat Vaše trápení. Ale dělá mi starosti, stejně jako Vám, že se s Vámi něco děje. A třeba právě psychiatr by Vám mohl pomoci říct, co to je.*“)



## Podpora vlastních schopností klienta

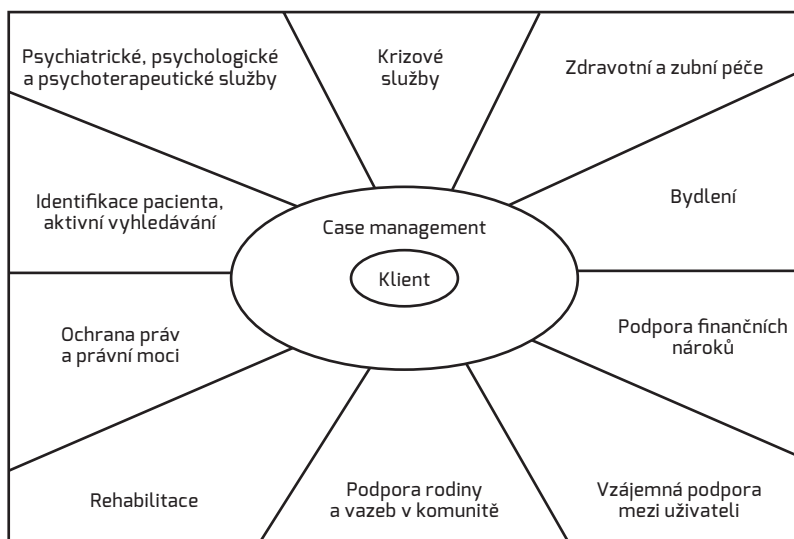
Tento princip je založen na teorii „důvěry ve vlastní schopnosti“. Jde o přesvědčení jedince, že je schopen úspěšně vykonat a dokončit určitý úkol. I kdyby pracovník přesvědčil klienta, že je potřebná určitá změna a dostatečně ho motivoval, bez důvěry a naděje v tuto změnu se nikam nepohne. Nejde jen o prostou sebedůvěru, ale o konkrétnější důvěru v to, že člověk může zvládnout určitý úkol nebo obtížnou situaci. To samo o sobě je důležitou motivací. Zároveň posilujeme klientovo vědomí, že on je zodpovědný za to, že se rozhodne pro změnu a učiní ji.

## 7. SYSTÉM KOMPLEXNÍ PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ KLIENTY

Jak již bylo řečeno, duševní onemocnění narušuje fungování člověka v mnoha rovinách – sociální, pracovní, vztahové atd. Péče o tyto klienty musí být komplexní. Od 80. let minulého století se rozvíjí oblast psychiatrické rehabilitace a v ještě komplexnějším pojetí mluvíme o komunitní péči. I u nás se o této problematice začíná hovořit (Stuchlík, 2001, Hejzlar 2009, Hejzlar, 2010, Jarolímeck in Hejzlar, 2010b). Aktuálně probíhají přípravné práce na reformě péče o psychiatrické pacienty – viz [www.reformapsychiatrie.cz](http://www.reformapsychiatrie.cz).

Smyslem psychiatrické rehabilitace a komunitních zdravotně sociálních intervencí je to, aby duševně nemocní žili v běžných životních podmínkách, vykonávali obvyklé sociální a osobní role a fungovali co nejvíce samostatně tak, aby mohli bydlet, učit se a pracovat v prostředí dle svého výběru, a to s co nejmenší možnou mírou odborné péče (Hejzlar, 2009). Zároveň jde o to, aby je jejich prostředí bylo schopno přijmout a nevylučovalo je.

Následující obrázek se snaží znázornit komplexní pole, ve kterém se klient nachází. Optimální je, když uprostřed tohoto pole se tam s ním nachází i pracovník, který je schopný mu pomoci. Pro naplnění potřeb klienta je nevhodnější využití principu case managementu, který dává možnost postihnout všechny potřebné oblasti a nechává v nich pracovat další profesionály. Takto vytvořený systém je základem komunitního podpůrného systému (Hejzlar, 2010).



komunitní podpůrný systém  
(Hejzar, 2010)

O základních principech case managementu výstižně pojednává Stuchlík (2001). Způsob této práce vyžaduje přehled o potřebách a schopnostech klienta. Počítá s plánováním péče, definováním cílů, hodnocením plánu s klientem i dalšími spolupracujícími. K dosažení cílů zároveň využívá zdroje ze sociálního okolí.

Řada poskytovatelů sociálních služeb je přímo zacílena na klienty s duševním onemocněním. Snaží se být základem komunitních služeb a poskytovat širší paletu služeb – chráněné bydlení, chráněné dílny, aktivně vstupují do vztahů nemocného s prostředím komunity, aby mohl obstát v nárocích života. Pro mnoho poskytovatelů služeb jsou však duševně nemocní nespécifickou cílovou skupinou. Jsou součástí obecné skupiny lidí bez domova, zaměstnání, ve finanční tísní atd. Je pak na nich, nako-lik se dovedou přizpůsobit specifikům duševně nemocných klientů.

Zásadní je, že pro klienty s duševním onemocněním je výrazně obtížnější překračovat hranice mezi službami a navazovat péči jinde. Proto je nutné, když už do nějaké služby vstoupí, kvalitně je zachytit a aktivně je provést po sociální síti, kam je potřeba.

Není-li v místě funkční komunitní služba, je pak na jednotlivých zařízeních, kdo v jednotlivých situacích převezme roli koordinátora či case manažera.

Zkusme představit základní přehled jednotlivých služeb, které by měly patřit do komplexní komunitní péče.

**Denní stacionáře a denní centra** – poskytují různé služby podle záměru zřizovatele; denní péči můžeme členit podle funkcí na terapeutickou, rehabilitační, oblast zaměstnání a oblast sociální.

**Nácviky sociálních dovedností** – většinou pro klienty zařazené do dalších programů. Individuální, ale většinou skupinový nácvik komunikačních dovedností, vaření, hospodaření s financemi a podobně.

Oblasti **práce** se věnují **centra sociální rehabilitace**, která poskytují denní program včetně pracovní rehabilitace pro ty klienty, pro než by chráněná práce v dílně byla zatím přílišnou zátěží.

**Chráněná práce a pracovní rehabilitace v sociálně terapeutických dílnách** slouží jednak pro pracovní rehabilitaci, jednak pro dlouhodobou chráněnou práci. Klienti si zde mohou obnovit a zlepšit pracovní dovednosti. Část klientů může využít dílen s cílem připravit se na práci v běžných podmínkách.

Služba **podporované zaměstnávání** se snaží na základě klientových schopností a možností vyhledat či jednatím se zaměstnavateli vytvořit běžné pracovní místo v komunitě, které odpovídá jeho možnostem. Klienta podporuje pracovník, který mu pomáhá zvládnout nároky nového místa a uplatnit se na otevřeném trhu práce.

Pomoc v oblasti **bydlení** nabízí služba **chráněné bydlení**, která je zejména pro klienty po dlouhodobých nebo opakovaných hospitalizacích. Klienti mají možnost si obnovit dovednosti potřebné pro samostatný život.

**Podpora v bydlení** je systematická pomoc, podpora a trénink dovedností potřebných k samostatnému bydlení klientům buď v jejich vlastních bytech, nebo bytech zapůjčených obcí.

**Case management – případové vedení**, koordinace služeb poskytovaných danou organizací i dalšími poskytovateli. Důležité je také aktivní vyhledávání klientů, kteří ztratili kontakt s některou ze služeb, a možnost návštěv u klientů. V komplexu služeb je tedy důležité mít zastoupeny i služby terénní a domácí péče. Ať už jako krizové, tak dlouhodobě podpůrné.

**Krizové služby** – jedná se o telefonní linku (neprofesionální či profesionální), krizové kontaktní centrum, službu s možností přespání (samostatná krizová lůžka nebo urgentní psychiatrická péče v nemocnicích).

Patří sem i mobilní krizové týmy, které u nás již bohužel nefungují, a mobilní psychiatrické týmy, které jsou zatím jen ve fázi přípravy.

Nezbytnou součástí služeb je poskytování **sociálního a právního poradenství**. Sociální servis se neomezuje na sociální a právní poradenství v otázkách sociálních dávek, žádostí o přidělení bytu a podobně. Často zahrnuje též pomoc klientovi při jednání s institucemi či jeho zastupování a zprostředkování či zajištění praktické pomoci například při stěhování a podobně.

Klienti s duševním onemocněním využívají **psychoterapeutická pracoviště či terapeutické komunity**.

**Rehabilitační pobyty** umožňují setkávání klientů z různých regionů a výměnu zkušeností.

**Oblast svépomoci** dává prostor lidem se zkušeností s vlastní nemocí pomáhat těm, kteří ještě nejsou ve stavu si pomoci. Realizují se svépomocné kluby atd.

## 8. OBLASTI POTŘEBNÉ PÉČE

### 8.1 Překonání společenské izolace a stigmatizace

Lidé s duševním onemocněním se poměrně často dostávají do společenské izolace. Někdy to zapříčiňuje nemoc sama, trpí-li úzkostí, strachem ze sociálních kontaktů. Jindy je to dáno dlouhodobou hospitalizací kvůli nemoci, při které člověk ztrácí přirozené vazby se sociálním okolím. Sociální izolace je mnohdy způsobena i nedostatkem finančních prostředků. Díky pocitu stigmatizace, který s sebou duševní nemoc přináší, se u nemocných i často ztrácí sebevědomí a důvěra v sociální dovednosti. S nedůvěrou se na sebe dívá nemocný, s nedůvěrou se na něj mnohdy dívá i okolí. Mnoho nemocných, jednak těch, kteří již využívá psychiatrické péče, i těch, kteří se tomu brání, často říká: „Já přeci nejsem blázen!“ Před očima tak mají rozšířený mýtus o nebezpečném šílenci, který jediný patří do rukou psychiatra. Stigmatizace a předsudky ale mnohdy brání i vytváření kvalitní péče (Libiger, 2001). Například kvůli předsudku, že schizofrenie je nevyléčitelná, tak k čemu rehabilitace? Schizofrenní pacienti jsou nebezpeční a nepředvídatelní, takže jsou mnohdy odmítáni, nebo je k nim přístupováno s velkou restrikcí. Nejvíce ale předsudky zřejmě ovlivňují služby pro závislé lidi. Nejčastěji ve formě: „Proč jim pomáhat, když si za to mohou sami.“

V kontrastu k těmto předsudkům se ukazuje, že například více jak polovina nemocných se schizofrenním onemocněním je s podporou způsobilá získat a udržet pracovní místo na volném pracovním trhu (Šupa, 2006). Existují i slavní lidé s duševním onemocněním, například u známého psychologa C.G. Junga či matematika Johna Nashe bychom našli schizofrenní symptomatiku.

Destigmatizace může probíhat jak přímými veřejnými kampaněmi, tak pomocí tréninkových pracovišť, kde pracují nemocní lidé. Nejdůležitější je ale v domácím prostředí, kde je nutná edukace rodiny. Má-li rodina větší vhlad do potíží nemocného člena, dovede mu adekvátněji pomáhat a hlavně nezatěžovat dalšími výčitkami.

## **8.2 Získání a rozvíjení užitečných sociálních dovedností a schopností**

Se snahou o překonání sociální izolace jde ruku v ruce nutnost získání a rozvoje sociálních dovedností. Existují specifické přístupy a techniky, které vedou k rozvoji sociálních kompetencí. Většina programů využívá nácvik a hraní rolí, koučování, videotrénink interakcí, instruktáž či přímo podpůrnou skupinu. Často jde o strukturované programy, které se provádí ve stacionářích, centrech denních aktivit, domácím prostředí atd. Při snaze o rozvoj dovedností musíme vycházet z klienta samotného – na jaké úrovni jsou jeho dovednosti aktuálně, jaké jsou jeho možnosti – časové, kognitivní, volní. Jaké má vlastní cíle a nakolik jsou přiměřené. Téma rozvoje sociálních dovedností by nemělo chybět v žádném individuálním plánu.

## **8.3 Práce**

Práci automaticky řadíme mezi významné faktory ovlivňující kvalitu našeho života. Nejinak je to i u duševně nemocných. Práce je nejen způsobem získávání finančních prostředků, ale také příležitostí pro rozvoj sociálních kontaktů, sebedůvěry, integraci do společnosti a rozvoj osobnosti i jednotlivých psychických funkcí. Práce strukturuje čas, učí cíle- směrnosti a vytrvalosti, posílujeme v ní frustrační toleranci a učíme se zvládat konfliktní situace.

Pro klienty s duševním onemocněním existuje řada možností a přístupů, které tyto potřeby naplňují – chráněné dílny, tréninková místa a podporované zaměstnání. U nás se zatím spíše využívá chráněných dílen oproti programům podporovaného zaměstnání, kdy je klient dlouhodobě podporován týmem specialistů k tomu, aby mohl fungovat na otevřeném trhu práce.

## 8.4 Bydlení

V minulosti byla poměrně častým průvodním jevem psychiatrické léčby dlouhodobá hospitalizace. Ta s sebou nese vyčlenění z komunity, ztrátu sociálních a denních návyků spojených s bydlením a riziko vzniku závislosti na pečovateli. V současné době se psychiatrie snaží zkrátit hospitalizaci na co nejkratší dobu, přesto se stále s tímto jevem někdy setkáváme. Vliv na tom má i centralizace dlouhodobé péče do několika málo velkých psychiatrických léčeben, mnohdy vyčleněných z běžných městských komunit. I krátkodobý pobyt může mít na klienty negativní dopad, stávají se nejistí, ztrácí kompetence. Onemocnění s sebou mnohdy nese i ztrátu bydlení – v souvislosti se ztrátou zaměstnání či kvůli neschopnosti se o sebe zcela samostatně postarat. Někdy pomůže rodina, to ale pro dospělé klienty mnohdy znamená návrat do dětské nesamostatnosti a s tím související riziko rodinných rozepří. Vzdůstá však i riziko bezdomovectví, v lepším případě využívání sociálních služeb poskytujících ubytování. Je tedy důležité hledat odpovídající míru samostatnosti a podpory, kterou klient v podporovaném bydlení, chráněném bytě, domu na půl cesty či jiné podobě sociální služby dostane. Je potřeba naplnit, někdy proti sobě jdoucí, potřeby autonomie a bezpečí, přičemž v současné době je snaha o rozvoj bydlení přímo v komunitě.

S oblastí bydlení také souvisí domácí péče, která je poskytována ve známém prostředí, a také rozvoj terénních krizových týmů, které mohou zasáhnout v případě krize, aniž by bylo nutné vytržení z původního prostředí a hospitalizace.

Bydlení pro lidi s duševními onemocněními může znamenat mnohonásobný zisk – uvolnění z problematických vazeb, rozvíjení samostatnosti, zvyšování subjektivně vnímané kvality života, snižování rizika bezdomovectví.

## 8.5 Smysluplné využití volného času

Nedílnou součástí podpory lidí s duševním onemocněním je i podpora ve smysluplném využití volného času. Toto téma úzce souvisí s předchozími oblastmi, jako je sociální izolace, rozvoj sociálních dovedností a bydlení. Duševní onemocnění často přináší změnu struktury dne, větší množství volného času a zároveň menší možnosti navazování sociálních kontaktů. Proto jsou nezbytné i služby typu center denních aktivit či denních stacionářů, které v této oblasti pomáhají. Smysluplné trávení volného času zachovává člověka v kontaktu s realitou, druhými lidmi a může přinášet pocit uspokojení a sebevědomí. Tato oblast aktivizačních služeb tedy patří do komplexního systému péče o osoby s duševním onemocněním (Šupa, 2006).

## 9. ZÁVĚR

Věříme, že tato příručka Vám bude praktickým učebním textem v rámci kurzu Klient s duševním onemocněním v sociálních službách. Na daném formátu bylo možné poskytnout jen základní přehled možných duševních poruch, se kterými se ve své praxi setkáváte, a nabídnout některé možnosti, jak k takovýmto klientům přistupovat. Zájemce o hlubší porozumění problematice odkazují na studium literatury uvedené níže. Zároveň jsme vynechali některé oblasti duševních poruch, jako například závislost či obecně přístup k problémovým klientům. Těm se věnují další kurzy v rámci vzdělávacího cyklu Nad základy.





## 10. POUŽITÁ LITERATURA

**Hejzlar, P.** *Sociální rehabilitace duševně nemocných v současných podmínkách.* Psychiatrie pro praxi. 2009/2, s. 226-230.

**Hejzlar, P., Halíč, M., Fiala, M.** *Komunitní přístup v péči o dlouhodobě duševně nemocné.* PSYCHIATRIE [online]. Ročník 14, 2010/3 s. 146-152. Hejzlar, P. ed. Na cestě ke komunitní psychiatrii. Pardubice: Péče o duševní zdraví, 2010(b). [cit. 10.6.02013]. Dostupné z: <http://www.pdz.cz/uploaded/hejzlar.pdf>  
*Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování.* Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996. ISBN 80-85121-44-1

**Koukolník, F., Jiráček, R.** *Diagnostika a léčení syndromu demence.* Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-716-8.

**LIBIGER, J.** *Stigma duševního onemocnění.* Psychiatrie [online]. číslo 1/ročník 5, Praha: Tigis. [cit. 10. 6. 2013]. Dostupné na: <http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2001/01/08libige.pdf>

**Matoušek, O., Kodymová, P., Kolářčková J. eds.** *Sociální práce v praxi.* Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

**Miller, W.R., Rolnick, S.** *Motivační rozhovory.* Tišnov: Sdružení Scan, 2003. ISBN 80-86620-09-3.

**Novalis, P.N., Rojcewicz, S. J., Peele, R.** *Klinická příručka podporné psychoterapie.* Trenčín: Vydavateľ'stvo F, 1999. ISBN 80-967277-7-X

**Stuchlík, J.** *Asertivní komunitní léčba a case management.* Praha: Fokus, 2001.

**Šupa, J.** *Expertiza pro cílovou skupinu „osoby s duševním onemocněním.* Brno: 2006

**Vybíral, Z., Roubal, J. eds.** *Současná psychoterapie.* Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-682-7

**ZELÉNÁ KNIHA.** *Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva. Na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii.* [online] Komise Evropských společenství, 2005. KOM(2005) 484 v konečném znění. [cit. 10.6. 2013] Dostupné z: [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/cs/com/2005/com2005\\_0484cs01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/cs/com/2005/com2005_0484cs01.pdf)

