

## 4 Psychiatrická rehabilitace a komunitní péče o duševně nemocné

**Rozvoj dalšího vzdělávání praktických lékařů a ambulantních psychiatrů v problematice komunitní péče o duševně nemocné**

**MUDr. Ondřej Pěč** - odborný lékař (atestace z psychiatrie I. a II.stupně), psychoterapeutické vzdělání: skupinová psychoterapie, skupinová analýza, psychoanalytická psychoterapie, kognitivní terapie a terapie sociální kompetence u schizofrenie (IPT). Od roku 1994 pracuje jako ředitel Psychoterapeutické a psychosomatické kliniky ESET, od roku 1995 jako předseda sdružení ESET-HELP.



**Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví**  
Centre for Mental Health Care Development

# PSYCHIATRICKÁ REHABILITACE A KOMUNITNÍ PÉČE

(MUDr. Ondřej Pěč)

Model komunitní péče v psychiatrii, který se uplatňuje v posledních 20 letech v ekonomicky vyspělých státech a který znamená přesun těžiště péče z velkých lůžkových zařízení do intermediárních, sociálně-rehabilitačních a ambulantních služeb a léčbu schizofrenních pacientů co nejlépe jejich přirozeným podmínkám, v sobě obsahuje i rozvoj nových forem psychosociálních intervencí, ať již jde o psychiatrickou rehabilitaci v různých oblastech života nebo o specializované postupy (případové vedení, sebeřízení v nemoci, integrovaná léčba duálních diagnóz a další) (Mueser a kol.2001).

Psychiatrická rehabilitace znamená přístup zahrnující v sobě různé postupy a typy intervencí, které mají společné charakteristiky. Rozsah působnosti psychiatrické rehabilitace je definován jejím posláním, které W. Anthony a jeho spolupracovníci popsali již v osmdesátých letech minulého století: „psychiatrická rehabilitace má pomoci lidem s psychiatrickým postižením k tomu, aby mohli zvýšit svojí schopnost fungovat tak, aby byli úspěšní a spokojeni v prostředí, které si vybrali k životu, s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory“ (Anthony a kol., 2002, str.101).

Rehabilitace napomáhá člověku s psychiatrickým postižením v jeho procesu uzdravy. Úzdava (recovery) je popisována jako hluboce osobní, unikátní proces změny přístupu, hodnot, pocitů, cílů, schopností a/nebo rolí člověka. Je to o žití spokojeného, nadějného a příznosného života navzdory omezením způsobeným nemocí. Úzdava zahrnuje vývoj nového smyslu a účelu života člověka (Anthony, 1993). Úzdava tedy neznamena dosažení úplného vymizení symptomů, ale úspěšnou životní adaptaci i přes přetrvávající symptomy, analogicky jako v somatické medicíně zhojení s jizvou (per secundam) či adaptace u paraplegika.

**Proces rehabilitace** je cyklický a má tyto základní fáze:

## **Diagnostická fáze.**

Diagnostická fáze začíná vyhodnocením připravenosti k rehabilitaci, event. při nedostatečné připravenosti naplánováním intervencí a podpor, které k větší připravenosti vedou. Připravenost může být nutnou mírou motivace klienta splnit úkol a jeho způsobilost převzít odpovědnost za jeho rozhodnutí (Farkasová a kol. 2000). Dalším úkolem rehabilitačního pracovníka je navázat s pacientem pracovní alianci a vztah, který je nutnou podmínkou k určení obecného rehabilitačního cíle pacienta (např. nástup do zaměstnání, volba samostatnějšího bydlení ad.). Vychází se z hodnot a zkušeností pacienta, výhod či nevýhod prostředí, které může pojmout jako alternativu k současnému stavu. Je-li již cíl rehabilitace zvolen, následuje funkční vyšetření vzhledem ke zvolenému cíli. Je zapotřebí vypracovat seznam kritických dovedností, které pacient musí zvládnout, aby mohl svého cíle dosáhnout a zjistit, které z dovedností je třeba ještě trénovat a rozvíjet. Kromě dovedností vyšetřujeme rovněž kritické zdroje podpory okolí, které slouží k dosažení cíle. Na rozdíl od psychiatrické diagnózy, která popisuje symptomatologii, rehabilitační diagnóza tedy zahrnuje popis stávajících dovedností klienta a úroveň současné podpory okolí v určité životní oblasti bydlení, vzdělávání se, práce a nebo volný čas.

## **Plánování.**

Na základě výsledku předchozího vyšetření rehabilitační pracovník vytvoří s pacientem plán rozvoje dovedností, který zahrnuje i konkrétní výběr potřebných intervencí. Součástí plánu je však i plán rozvoje

zdrojů okolí (zapojení rodiny, spolupracovníků ad.).

### **Intervence.**

Intervence psychiatrické rehabilitace znamenají jak rozvoj dovedností klienta, tak rozvoj zdrojů podpory klienta. Rozvoj dovedností se může dít jejich nácvikem v chráněném prostředí a programováním – to znamená jejich používání v přirozeném prostředí, anebo přímo nácvikem v prostředí, kde klient dovednosti potřebuje. Důležitý aspekt rehabilitačního procesu je asistence v rozvoji podpory a zdrojů v okolí. Znamená to kromě využívání systému psychiatrických a ostatních služeb také rozvoj formální a neformální sociální podpory.

### **Vyhodnocování.**

Vyhodnocování cílů daných plánem je další součástí rehabilitačního procesu. Výsledky vyhodnocení často přivádí znovu k diagnostické fázi a plánování dalších rehabilitačních intervencí. Tím nabývá rehabilitační proces svého cyklického charakteru.

Psychiatrická rehabilitace se soustřeďuje na specifický kontext, ve kterém osoba žije, vzdělává se, socializuje se či pracuje. Tento kontext zachycují tzv. životní domény (bydlení, práce, učení se, volný čas – rekreace) a tzv. osobní domény (osobní péče, zdraví, účel a smysl, sociální vztahy). V rámci některých životních domén v minulosti vznikaly některé komplexnější a formovanější rehabilitační intervence, které i u nás poskytují organizace zabývající se psychiatrickou rehabilitací:

<b>Životní doména</b>	<b>Komplexní intervence či programy</b>
Bydlení	Chráněné bydlení Domy a byty na půl cesty Komunitní (skupinové) bydlení Podporované bydlení
Práce	Dobrovolná práce Chráněné pracovní dílny Přechodné zaměstnávání Podporované zaměstnávání
Učení se	Edukativní programy – job club Podporované vzdělávání
Volný čas – rekreace – sociální kontakty	Centra denních aktivit Svépomocné uživatelské kluby

Některé z intervencí užívaných v psychiatrické rehabilitaci nebo komunitní psychiatrii byly v nedávné době více ověřovány empirickým výzkumem: případové vedení, asertivní komunitní léčba a podporované zaměstnání.

**Případové vedení** (case management) je přístup, který má napomoci lepší koordinaci při poskytování služeb ve fragmentovaném systému péče. V tradičním tzv. „zprostředkovatelském“ typu případový vedoucí (case manager) pouze koordinoval a distribuoval péči o pacienta mezi několika potřebnými poskytovateli, přičemž se staral o 30 a více pacientů. Z důvodu nízké účinnosti tohoto postupu se později vyvinuly

intenzivnější formy, např. klinické případové vedení: pověřený profesionál kromě koordinace péče při něm provádí i přímou terapii s pacientem, zajišťuje mu péči v jeho vlastním prostředí a má na starosti méně pacientů. Nejvíce ověřovaným typem je tzv. **asertivní komunitní léčba** (assertive community treatment – ACT). Byla vyhodnocována více než 20 randomizovanými studiemi, z jejichž výsledků je možno učinit závěr, že ACT snižuje celkovou délku hospitalizace, frekvenci přijetí k hospitalizaci a vede ke stabilizaci pacientů v oblasti bydlení (Mueser a kol, Bustilo 2001, Lehman 2004, Marshall a kol. 2000). Na druhé straně prosté případové vedení zlepšuje spolupráci při léčbě (Marshall a kol. 2000), nicméně zvyšuje i frekvenci přijetí k hospitalizaci (Ziguras a kol 2000, Marshall a kol. 2000). Vliv na zkrácení délky hospitalizace, větší spokojenost pacientů, menší zátěž jejich rodin a snížení nákladů na péči není jednoznačný (Marshall a kol. 2000, Ziguras a kol. 2000, Ziguras a kol. 2002).

Program **podporovaného zaměstnání** v podobě dobře zdokumentovaného programu individuálního umístění a podpory (individual placement and support – IPS) (Bond 1998) byl vyhodnocován randomizovanými studiemi: IPS vede k většímu podílu zaměstnaných pacientů na otevřeném trhu práce než jiné pracovní rehabilitace. Nicméně skutečnost, že téměř polovina pacientů v podporovaném zaměstnání neuspěje, ospravedlňuje i další druhy psychiatrické rehabilitace (Twamley a kol. 2003, Drake a kol. 2003, Crowther a kol. 2001).

## Literatura:

Anthony W., Cohen M., Farkas M., Cagne C.: *Psychiatric Rehabilitation*. Second Edition. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Trustees of Boston University, 2002.

Anthony W. A.: *Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service systém in the 1990s*. Psychosocial Rehabilitation Journal, 1993, 16 (4), 11 – 23.

Bond G. R.: *Principles of the Individual Placement and Support Model: Empirical Support*. Psychiatric Rehabilitation Journal 1998;22(1): 11-23.

Bustillo J., Lauriello J., Horan W., Keith S.: *The psychosocial treatment of schizophrenia: an update*. Am J Psychiatry 2001 Feb;158(2): 163-75.

Crowther R., Marshall M., Bond G., Huxley P.: *Vocational rehabilitation for people with severe mental illness*. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 2, Art.No.:CD003080. DOI: 10.1002/14651858-CD003080.

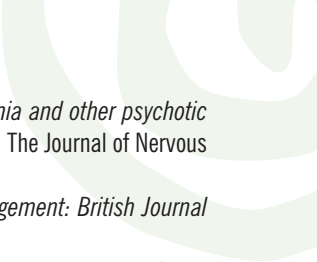
Drake R. E., Becker D. R., Bond G. R.: *Recent research on vocational rehabilitation for persons with severe mental illness*. Curr Opin Psychiatry 2003; 16:451-455.

Farkas M., Soydan A. S., Cagne C.: *Introduction to Rehabilitation Readiness*. Center for Psychiatric Rehabilitation, Trustees of Boston University, Boston 2000.

Lehman A. F., Kreyenbuhl J., Buchanan R. W., Dickerson F. B., Dixon L. B., Goldberg R., Green-Paden L. D., Tenhula W. N., Boerescu D., Tek C., Sandson N., Steinwachs D. M. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): *Updated treatment recommendations 2003*. Schizophr Bull 2004; 30(2): 193-217.

Marshall M., Gray A., Lockwood A., Green R.: *Case management for people with severe mental disorders*. Cochrane Database Syst Rev 2000; (2):CD000050.

Mueser K. T., Bond G. R., Drake R. E.: *Community based treatment of schizophrenia and other severe mental disorders: treatment outcomes*. Medscape General Medicine 3(1). 2001.



Twamley E. W., Jeste D. V., Lehman A. F.: *Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders. A literature review and meta-analysis of randomized controlled trials*. The Journal of Nervous and Mental Disease 2003;191(8)515-523.

Ziguras S. J., Stuart G. W., Jackson A. C.: *Assessing the evidence on case management: British Journal of Psychiatry* 2002; 181:17-21.

Ziguras S. J., Stuart G. W.: *A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years*. Psychiatric Services 2000;51: 1410-1421.





**Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví**  
Centre for Mental Health Care Development