

SOCIÁLNÍ A REHABILITAČNÍ PROGRAMY PRO DUŠEVNĚ NEMOCNÉ

MUDr. Lenka Vachková

Psychiatrická léčebna, Brno

Sdružení Práh, Brno

Článek popisuje psychosociální intervence a rehabilitační programy z pohledu psychiatrické rehabilitace. Uvádí jejich poslání a principy. Popisuje náležitosti jednotlivých programů, stručně zmiňuje obsah některých z nich a evidence-based nálezy. Závěrem uvádí možné praktické souvislosti rehabilitačních programů s prací psychiatra.

Klíčová slova: rehabilitační program, psychosociální rehabilitace, psychosociální intervence, úzdrava.

SOCIAL AND REHABILITATION PROGRAMMES FOR MENTALLY ILL

The article describes psychosocial interventions and rehabilitation programmes from the point of view of psychiatric rehabilitation. The mission and the rehabilitation principles are revealed. The essential ingredients that constitute rehabilitation program are described as well as the content of some of them and the evidence-based findings. At the end, the practical issues for the clinical work of psychiatrist are presented.

Key words: rehabilitation program, psychosocial rehabilitation, psychosocial intervention, recovery.

Psychiat. pro Praxi, 2008; 9(3): 130–133

Úvod

V současnosti je stále více zřejmé, že kvalitní péče o lidi s vážným duševním onemocněním, jako jsou schizofrenní a afektivní psychózy, musí být takzvaně komplexní. To znamená propojená jak v oblasti biologické léčby, psychologické terapie, tak i sociální. Hovoří se o psychosociálních intervencích, programech, psychiatrické nebo psychosociální rehabilitaci (PSR). Většina autorů používá tyto termíny intermitentně a považuje je za komplementární k farmakologickým intervencím, s důrazem na jejich komunitní charakter. Integrovaný přístup považuje část PSR za soubor psychosociálních intervencí nebo množství programů. Konceptuální rámec PSR, ve kterém tyto intervence a programy probíhají, je definován základními principy a zaměřením PSR. Hlavní fokus PSR intervencí a programů je zaměřen na dlouhodobou úzdravu a maximalizaci samostatnosti a fungování v sociálních rolích v komunitě (1, 2, 6, 7, 24).

Vývoj PSR souvisí s přístupem společnosti k duševně nemocným a rozvojem poznatků v psychiatrii, psychologii, sociálních vědách a ošetřovatelství. Jedním z důležitých impulzů pro její rozvoj byla deinstitucionalizace v druhé polovině minulého století v západní Evropě a USA, kdy docházelo k zavírání psychiatrických nemocnic sice z ekonomických důvodů, ale ospravedlnované představou, že chronická duševní onemocnění je způsobena institucionalizací, jejíž škodlivý vliv byl v 60. letech minulého století jasně prokázán. Ukázalo se, že existuje velká skupina propuštěných, kteří nebyli schopni se sami o sebe v běžném životě postarat a stali se obětmi této nové politiky. Hospitalizační syndrom překrýval

řadu postižení, která přetrvávala bez ohledu na to, v jakém prostředí se člověk nacházel. Tuto skupinu lidí tvořili z velkého procenta především bývalí pacienti trpící schizofrenií nebo afektivními poruchami a v malém procentu těžkými neurózami a některými poruchami osobnosti. V 80. letech minulého století v USA vznikala psychosociální rehabilitační centra a komunitní podpůrný systém, v Evropě sociální a komunitní psychiatrie, jejíž systém služeb umožňuje využívat v léčbě zdroje komunity a podporuje rozvoj rehabilitačních aktivit. Velký vliv na rozvoj PSR měla centra zakládaná samotnými uživateli psychiatrické péče, postavená na schopnosti jejich vzájemné podpory a poskytování pomoci.

Vznikla 3 hlavní světová centra rehabilitace. Bostonské, vedené profesorem Antonym, které prokázalo, že i člověk s těžkou psychosociální nedostatečností je za přiměřené a dostatečné podpory schopen si stanovit svůj cíl osobního rozvoje. Centrum v Los Angeles pod vedením profesora Libermana vyvinulo řadu modulů na trénink sociálních dovedností. Bennet a Shepherd ve Velké Británii ukázali vliv prostředí a problém přenosu dovedností zvládnutých v jednom prostředí do druhého. V 80. a 90. letech minulého století byly položeny vědecké základy PSR díky práci odborníků nejen v těchto centrech, ale řady dalších po celém světě. Anthony popsal metodu rehabilitace jako rozvoj dovedností jedince a rozvoj zdrojů v komunitě a vymezil rehabilitaci vůči léčbě. Léčba se zabývá především poškozením – odstraňuje symptomy nemoci. Rehabilitace působí na postižení – například neschopnost navázat účinný vztah a hendikep, který v sobě zahrnuje sociální odpověď na postižení, například nezaměstnanost. Aktivní zapojení uživatelů a jejich blízkých do výzkumu umožnilo zkoumat

proces úzdravy. Úzdrava je proces, během kterého člověk dosahuje stavu, kdy může žít plnohodnotný a uspokojivý život i s vážnými zdravotními postiženími. V současné době se hovoří o tom, že celý systém služeb poskytování psychiatrické péče, včetně jednotlivých rehabilitačních programů, by měl být zaměřen na úzdravu. Devátá světová konference PSR, která proběhla v říjnu 2006 v Aténách pod záštitou WHO, věnovala této problematice hodně prostoru. Světová asociace pro PSR ve zkratce WAPR tam mimo jiné vzpomenu 20 let od svého založení a 10 let existence WHO definice PSR (1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 13, 21, 22, 24, 26, 27, 28).

Psychiatrické rehabilitační programy by měly mít jasně vyjádřené **poslání** – to je pomáhat lidem s psychiatrickým postižením zvýšit jejich schopnost úspěšně fungovat a být spokojeni v prostředí, které si sami vyberou s co nejmenší mírou profesionální podpory. Po organizační stránce by měl program integrovat poslání a základní principy rehabilitace, což je orientace na klienta, fungování, podpora, specifita prostředí, aktivní účast klienta, možnost výběru, zaměřen se na výsledek a potenciál růstu. Mělo by se to odrážet jak v jednotlivých popisech práce, tak v supervizi, programové politice, procedurách, dokumentaci a obecné kultuře reflektované v programu. **Struktura programu** by měla facilitovat rehabilitační proces, kterým se dosahuje poslání programu. Základní komponenty rehabilitačního procesu jsou vyšetření, plánování a intervence. Tři způsoby, jak strukturou programu podpořit rehabilitační proces, jsou pracovní postupy, rehabilitační aktivity a dokumentace. Rehabilitační operační postupy sestávají z programové politiky a procedur, které popisují, jak

bude rehabilitační služba poskytována. Rehabilitační aktivity jsou organizované aktivity mezi různými lidmi a programem, vznikající při každodenním fungování programu. Dokumentace je způsob zaznamenávání poskytnutí rehabilitační služby a obsahuje soubor všech informací relevantních k rehabilitaci v individuálních záznamech. **Programové prostředí** je často diskutovaná otázka v tom smyslu, že umístění programu v komunitě je lepší než v nemocničním prostředí, aniž by se přihlíželo k tomu, jak který program splňuje rehabilitační poslání a zásady. PSR program je obecně komunitně zaměřen, protože většina lidí, i těch s vážnými psychiatrickými postiženími, chce žít raději v přirozených podmínkách než v uměle vytvořených. Neznamená to ale, že je vždy umístěn v komunitě. Určité množství pacientů dává přednost dlouhodobé hospitalizaci a někteří, včetně jejich rodin, preferují stabilizaci stavu při akutním zhoršení za pobytu v nemocnici. Nelze proto vynechávat hospitalizované pacienty psychiatrických zařízení. Prostor programu je utvářeno filosofií rehabilitace a je definováno sítí zařízení, které k programu patří, a kontextem, ve kterém program pracuje. V kontextu programu jsou aktivity, které nesouvisí přímo s prováděním rehabilitačního procesu, ale mají všeobecný charakter a souvisí třeba s místními zvyklostmi. Odrážejí se v nich zásady rehabilitace, například možnost klientů uplatnit svůj hlas při navrhování programu a rozhodování o jeho fungování splňuje zásadu aktivní účasti. Uspořádání provozních hodin tak, aby to vyhovovalo potřebám klientů, například v odpoledním čase, o víkendu – odráží zásadu možnosti výběru. Program zaměřený na výsledek a růst bude motivovat svůj personál k trvalému vzdělávání a zlepšování dovedností a monitorovat výsledek (1, 2, 5, 29).

Příklady rehabilitačních programů: existuje celá řada rehabilitačních programů, ale jen málo z nich má tak jasně popsáno poslání a strukturu programu, aby mohly být replikovány třeba i mezinárodně a podrobeny výzkumu. Mezi takové programy, pro které byly vypracovány škály tzv. „program fidelity“ neboli věrnosti, patří: ACT – asertivní komunitní léčba, clubhouse model a IPS model – individuální umístění a podpora. **ACT** model je speciální model komunitně situované péče. Vznikl v 70. letech v USA jako experiment, ve kterém byl nemocniční multidisciplinární tým přesunut do komunity. Experiment vznikl na základě pozorování, že programy pro hospitalizované pacienty se staly úspěšnější v propouštění pacientů, ale díky nedostatečnosti komunitní péče vznikl nový problém – syndrom otáčejících se dveří. Výzkumníci ve skutečnosti deinstitucionalizovali nemocniční tým, aby vytvořili ACT. Tým si s sebou přinesl všechny funkce – interdisciplinární týmovou práci, 24hodinovou pracovní dobu 7 dnů

v týdnu, komprehenzivní plánování léčby, nepřetržitou odpovědnost, kontinuitu personálu a malý počet léčebných. ACT je vytvořen pro ty pacienty, kteří mají vysoké riziko rehospitalizace a kteří se nestabilizují při běžné ambulantní léčbě. ACT program prokazatelně snižuje počet dnů v nemocnici a zvyšuje osobní spokojenost klientů a jejich rodin. Málo je ale zjištěno o tom, jaké komponenty programu mají terapeutický potenciál. Různí autoři referovali o různých terapeutických ingrediencích programu – domácí návštěvy, podávání léků, pomáhající vztah, schopnost profesionála aktivně zapojit klienta, vztah důvěry, přítomnost týmového koordinátora, přebírání zodpovědnosti za lidi jako filozofie léčby, léčba v přirozeném prostředí, malý počet případů, týmový přístup, vztah s pracovníkem – case managerem, asertivní přístup, kontinuita personálu, multidisciplinarita.

Clubhouse program – byl vytvořen v psychosociálním centru nazvaném Fountain House v New Yorku, založeném v roce 1948. Fountain House má vedoucí roli v centrech zakládaných bývalými uživateli psychiatrické péče a zasloužil se o rozvoj a rozšíření clubhouse modelu po celém světě. V Evropě jsou tato centra hlavně ve skandinávských zemích. Clubhouse model byl pojat jako speciální terapeutická komunita, složená z lidí, kteří mají vážné psychiatrické postižení, a personálu, který v programu pracuje. Uživatelé služeb programu jsou nazýváni členy, mají členská práva, například právo výběru kdy a kde pracovat, právo výběru s kým z personálu chtějí pracovat, přístup k jakýmkoli záznamům, který klub vede, a celoživotní právo opakovaného vstupu a na komunitní podpůrné služby. Další jedinečný aspekt programu je tzv. „nařízený pracovní den“, kdy členové a personál vykonávají společně práce nezbytné pro fungování klubu. Určující charakteristika programu je zaměření na podporu pracovního uplatnění, včetně služby přechodného zaměstnávání. V r. 1999 bylo zřízeno mezinárodní centrum pro rozvoj clubhouse modelu – ICCD, které spojuje 340 modelů z 21 zemí. Provádí trénink, konzultace a certifikaci. Je sestavována škála „program fidelity“, aby mohl být prováděn experimentální výzkum clubhouse modelu.

IPS program byl vytvořen a rozšířen v 90. letech minulého století. Je to specifický a standardizovaný způsob organizování služeb pracovní rehabilitace, kde pracují společně jak psychiatři, tak rehabilitační profesionálové, aby překonali separaci léčebné péče od rehabilitačních služeb. Pracovní specialisté, kteří jsou přiřazeni ke každému týmu, provádějí veškerý sortiment služeb podporovaného zaměstnávání pro daný počet klientů. Podporované zaměstnávání zdůrazňuje rychlé umístění pacienta na běžné pracovní místo, většinou ne na plný úvazek. Práce je vybírána podle pacientových preferencí a dovedností.

Na pracovním místě dále probíhá podpora a trénink pacienta s cílem udržet zaměstnání. Program lze aplikovat pomocí tréninkového manuálu a škály „program fidelity“.

Program IPS je založen na empiricky ověřených rehabilitačních principech – zaměstnání na otevřeném trhu práce je cíl, dává přednost rychlému pracovnímu umístění před zdoluhavým přípravným tréninkem, integruje léčbu a rehabilitaci, služby jsou založeny na osobních preferencích a výběru, průběžné a kompletní vyšetření během pracovního procesu je založené na reálných pracovních zkušenostech, podpora je časově neohraničená (1, 2, 8, 11, 12, 18, 23).

Programy mohou být obecně rozděleny podle toho, v jaké životní nebo osobní oblasti operují: bydlení, práce, vzdělávání, rekreace, svépomoc a sociální síť. Programy v oblasti bydlení by měly odpovídat na potřebu lidí vážně duševně nemocných žít v co nejpřirozenějším prostředí. Domy na půl cesty většínou spadají do dvou kategorií: **přechodné bydlení** nebo **dlouhodobé skupinové bydlení**. Dlouhodobé skupinové bydlení má za cíl dlouhodobé ubytování a podporu. Personál je obvykle přítomen 24 hodin denně, buďto spí v místě, nebo je na telefonu. Tyto programy se pokouší zlepšit každodenní dovednosti a kvalitu života a hledat možnosti přestěhování do nové situace, ale s malým aktivním očekáváním, že se tak stane. Přechodné bydlení předpokládá, že uživatelé použijí prostředí, skupinovou kulturu a personálem poskytovaným nácvik dovedností ke stanovování cílů a dosažení více nezávislého bydlení. Typické aktivity poskytované personálem jsou pomoc při stanovování cílů, učení dovednostem běžného života, pomoc s přestěhováním a zlepšení dovedností ve využívání společenských zdrojů, hledání zaměstnání a zabydlení se v novém domově. Problémem může být malá možnost rychlé odpovědi na individuální změny v prostředí skupiny s určitou danou programovou strukturou, nedostatek bydlení v komunitě, kam by mohlo být nabídnuto přestěhování klientům tehdy, když si to přejí, a ne, když je zrovna volné místo. Problematická je též nutnost kombinace rolí profesionála jako domácího terapeuta a sociálního pracovníka. V zahraničí vznikla řada programů **bydlení při nemocnici** – domy na čtvrt cesty a podobné mají usnadnit přesun pacientů z nemocničního oddělení. Většinou v nich pracuje nemocniční personál. Poskytují možnost většího soukromí a praktikování některých dovedností. I když toto uspořádání poskytuje pacientům více volnosti, pro personál bývá problematické kombinovat role pacientů s podporou sociálních rolí v komunitě. Nemocniční struktura administrativy často znesnadňuje získat osobní svobodu, mít možnost aktivně ovlivňovat uspořádání bydlení nebo se jednoduše přesouvat do komunity

a zpět. **Family Foster** péče zajišťuje bydlení člověka s cizí rodinou, která mu poskytuje základní ochranu, jídlo a určitý stupeň podpory. Rodina může a nemusí projít určitým výcvikem, ale je podporovaná z veřejných zdrojů. Tato rodinná péče byla nejčastěji používána v době časně po deinstitucionalizaci. **Krizové bydlení** jako krátkodobá alternativa hospitalizace v komunitě je zajišťované v krizových zařízeních, bytech nebo domech. Krizová domácí služba, která zajišťuje nejméně restriktivní metodu řešení krize, pracuje přímo v domově pacienta. Další programy mohou být v různých ubytovacích zařízeních jako penziony a pečovatelské domy většinou pro větší množství uživatelů, kde je zajištěn minimální, ale trvalý dohled. Vyjmenované programy patří do takzvaného **kontinua návazných zařízení**, kde uživatel má možnost postupovat ze zařízení s malou samostatností až k samostatnému bydlení. Nevýhodou kontinua může být to, že člověk uvízne z organizačních důvodů v jednom typu zařízení bez možnosti dalšího postupu, a také to, že stěhování z jednoho typu bydlení do druhého přináší velkou psychosociální zátěž. Program **podporovaného bydlení** na rozdíl od kontinua poskytuje možnost udržet bydlení v prostředí, které si člověk sám vybere, uživatel žije v normálním, stabilním domově, ne v zařízení, které patří do nějakého programu, a má podporu takové intenzity, jakou právě potřebuje, a tak dlouho, jak je to nutné. Dovednosti jsou nacvičovány přímo v prostředí, kde je uživatel potřebuje. Příklady **kontinua v oblasti práce: pracovní terapie** za hospitalizace je především zaměřena na aktivizaci pacienta, zvýšení jeho sebevědomí a odvedení pozornosti od symptomů nemoci. Jejím cílem není pomoci pacientovi získat pracovní uplatnění mimo nemocnici. Program **chráněné dílny** byl a je i v našich podmínkách užíván nejčastěji. Je to pracovní možnost pro lidi s těžkým duševním onemocněním. Nekvalifikovaná práce je využívána jako prostředek k rozvoji dovedností potřebných ve většině pracovních profesí. Práce a nácvik jsou prováděny ve vyčleněné skupině lidí a účastníci jsou většinou placeni menšími částkami, než je minimální mzda. Program chráněné dílny může být použit jak pro dočasné pracovní umístění, tak pro poskytování přechodné služby k získání běžného pracovního místa. Tento model má významné problémy vzhledem k jeho možnostem zajistit další služby a umístit lidi do běžného pracovního procesu. **Job klub** využívá skupinovou techniku, která zahrnuje strategie potřebné v získání místa. Je to například kontaktování přátel nebo příbuzných k rozvoji schopnosti vedení dialogu. Job klub předpokládá, že aktivita a výdrž vyústí v získání zaměstnání. **Přechodné zaměstnávání** se zaměřuje na získání všeobecných pracovních dovedností umístěním uživatelů na časově omezené pracovní místo se

supervizí personálu s cílem zhodnotit dovednosti „zaměstnatelnosti“ uživatele a poskytnout uživateli zkušenost, která je úspěšná a přeruší předchozí opakovaná selhání. Určité problémy jako uživatelova schopnost adaptovat se na změnu, nedostatek možností přesunu na běžné pracovní místo a možnost vzniku závislosti na členech personálu se ukazují jako určité limitující faktory tohoto programu. **Sociální firma** většinou ve formě malého, komunitně orientovaného podniku poskytuje placené pracovní místo jak uživatelům, tak zdravým lidem. Klienti jsou zde nazýváni zaměstnanci a mají možnost vyzkoušet si práci v běžném podnikatelském prostředí a na běžných profesích. **Podporované zaměstnávání** bylo již popsáno v programu IPS.

Tak, jako se neprokázalo, že je nutné, aby člověk trénoval dovednosti potřebné k bydlení k tomu, aby si s adekvátní podporou dokázal udržet vlastní domov, tak se ukazuje, že lidé s těžkým duševním onemocněním nepotřebují absolvovat kontinuum programů pracovní rehabilitace, aby dokázali s adekvátní podporou získat nechráněnou práci. **IPS** program je jednoznačně v tomto ohledu nejúspěšnější (10, 11, 17, 19, 20).

Evidence-based studie ukazují, že 57 procent lidí získá v programu IPS nechráněnou práci alespoň na část úvazku. Klientům, kteří si přejí pracovat, by tedy měl být nejprve nabídnut program IPS a v případě, že v něm neuspějí, komplexní programy psychosociální rehabilitace, které nabízejí širokou škálu možností pracovního uplatnění mimo běžný pracovní trh. Současné výsledky evidence-based studií potvrzují účinnost i dalších psychosociálních intervencí, jako je již popsáný **ACT** program. Přesunutí péče z nemocnice do komunity, tedy **komunitní péče**, vede k lepší spokojenosti uživatelů se službami, zvýšené kvalitě života, snižuje počet dnů hospitalizace, je levnější a nevede ke zvýšení kriminality, agresivity a mortality. **Podporované bydlení** v malých rezidenčních zařízeních, ve srovnání s hospitalizovanými, ale i lidmi, kteří bydlí sami, vede k lepšímu fungování, větší spokojenosti a zlepšené kvalitě života. **Trénink dovedností** je efektivní, pokud je přísně ušit na individuální potřeby a zacílen na určitou oblast, jako je třeba „medication management“, který je účinnější než všeobecný trénink dovedností. Program **rodinných intervencí**, který trvá alespoň 9 měsíců a obsahuje psychoedukaci, krizovou intervenci, emoční podporu a nácvik zvládání symptomů nemoci a přidružených problémů, snižuje procento relapsů a částečně je potvrzeno i zlepšení fungování pacienta a rodinné pohody. Ukazuje se, že komprehensivní programy jsou účinnější než jednotlivé intervence. Příkladem může být **kognitivní rehabilitace** samotná, zařazená do komplexnějšího programu, nebo psychoedukace. Kombinace léčby

a PSR intervencí je účinnější než samotná léčba a samotné PSR intervence, například ACT program nebo program léčby **duálních diagnóz** (2, 7, 16, 17, 18, 25).

V **České republice** jsou rehabilitační programy uskutečňovány většinou nestátními neziskovými organizacemi. Pokud mají jasně vyjádřené poslání a naplňují principy rehabilitace, mohou být velkým přínosem pro naše jak nemocniční, tak ambulantní pacienty. **Z praktického hlediska** je potřeba si uvědomit, že i lidé s velmi těžkým psychiatrickým postižením mohou být úspěšně rehabilitováni, že samotné užívání léků neovlivní výsledek rehabilitace, že lidé s vážným duševním onemocněním neumí sami od sebe dobře využívat ani rehabilitační, ani ambulantní psychiatrické služby, že psychiatrická symptomatologie nekoreluje s budoucím výsledkem rehabilitace ani s dovednostmi, že psychiatrická diagnóza neposkytuje významnou informaci vzhledem k výsledku rehabilitace, že schopnost člověka fungovat v jednom typu prostředí nemá prediktivní hodnotu jak bude fungovat v jiném prostředí a že profesionálové nemohou přesně předpovědět výsledek rehabilitace.

Role psychiatra v PSR je velmi důležitá. Zásadní je úzká spolupráce s rehabilitačním týmem, ideální je, když může být jeho členem. Do společné práce týmu přispívá především svými schopnostmi a dovednostmi ve vyšetřování pacientů, vyhodnocování a monitorování různých aspektů psychických poruch. Stanovuje psychiatrickou diagnózu, která, i když nemá vždy prediktivní hodnotu, je pro zařazení do rehabilitace důležitá. Psychiatr vyšetřuje možné komorbidní psychické poruchy (např. závislost na drogách či alkoholu) a zjišťuje další tělesné poruchy. Vyjadřuje se, u kterých pacientů lze očekávat větší zisk z rehabilitace, vztahuje klinický stav pacienta a stav jeho kognitivních funkcí k jeho celkovému funkčnímu stavu. Rehabilitačnímu týmu „překládá“ medicínské informace tak, aby byly pro tým co nej-použitelnější. Provádí terapii psychofarmaky a monitoruje pozorování rodinných příslušníků pacienta a dalších členů týmu, aby co s největším efektem a minimálními vedlejšími účinky aplikoval psychofarmaka a určením vhodné dávky léku umožnil pacientovi absolvovat rehabilitační program. Navozuje léčebné společenství s pacientem, je pacientovým průvodcem i v akutních fázích poruchy a navázané léčebné společenství může „předat“ do vztahu k ostatním členům týmu. Učí pacienta, rodinné příslušníky a další členy týmu rozeznávat časné známky a symptomy relapsu onemocnění. Je-li rovněž psychoterapeutem, provádí individuální, rodinnou či skupinovou psychoterapii. V indikovaných případech provádí krizovou intervenci. Sjednocuje tak rozhraní mezi medicínskou diagnostikou a biologickou terapií

na jedné straně a vytvářením léčebného společenství a intervencemi psychiatrické rehabilitace na straně druhé (2, 14, 15).

Závěr

Účinné rehabilitační programy naplňují rehabilitační poslání a principy, většinou zajišťují součinnost rehabilitační a léčebné péče a jsou komprehensivní,

to znamená, že sestávají z více psychosociálních intervencí. K tomu, aby pozitivně ovlivnily výsledek rehabilitace, potřebují vysoce kvalifikovaný personál a podporu celého systému psychiatrických služeb. Zatímco nestátní neziskové organizace u nás svépomocnými silami zajišťují kvalifikaci a vzdělanost personálu rehabilitačních programů, systémová podpora psychiatrické rehabilitace zcela chybí. Záleží tak

na místních podmínkách, osobním nasazení a ochotě jednotlivých složek péče spolupracovat tak, aby z toho měli naši pacienti co největší prospěch.

MUDr. Lenka Vachková

Psychiatrická léčebna, Sdružení Práh
Húskova 2, 618 32 Brno
e-mail: vachkova@plbrno.cz

Literatura

1. Anthony WA. A recovery – oriented service system: Setting some system level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2000; 24(2): 159–168.
2. Anthony WA, Cohen M, Farkas M, Cagne Ch. *Psychiatric rehabilitation*. Center for psychiatric rehabilitation, Boston University 2002; 406 s.
3. Anthony WA, Liberman RP. The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual, and research base. *Schizophrenia Bulletin* 1986; 12(4): 542–559.
4. Cagne C. Recovery research, second European conference on psychiatric rehabilitation research, collecting evidence on psychiatric rehabilitation, 2001; Abstractbook, 44.
5. Corrigan PW. Towards an integrated, structural model of psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2003; 26(4): 346–358.
6. Češková E. Schizofrenie a její léčba. 2. vydání, Maxdorf, 2007; s. 24.
7. Češková E, Tůma I, Příkrýl R, Pěč O. Schizofrenie. In: Raboch J, Anders M, Praško J, Kellerová P. *Psychiatrie, doporučené postupy psychiatrické péče II*. Praha: Noctis Studio, 2006; 54–60.
8. Drake RE, Green AI, Mueser KT, Goldman HH. The history of community mental health treatment and rehabilitation for persons with severe mental illness. *Community Mental Health Journal* 2003; 39(5): 427–440.
9. Drees J, Wheegel J. Psychiatric rehabilitation: Different perspectives. *Maandblad Geestelijke volksgesondheid* 1994; 49(8): 795–810.
10. Durbin J, Goering P, Cochrane J, Macfarlane D, Sheldon T. Needs-based planning for persons with schizophrenia residing in board-and-care homes. *Schizophrenia Bulletin*, 2004; 30(1): 123–132.
11. Flexer RW, Solomon PL. *Psychiatric rehabilitation in practice*. Andover Medical Publisher, 1993; 267 s.
12. Fulford M, Farhall J. Hospital versus home care for acutely mentally ill? Preference of caregivers who have experienced both forms of service. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2001; 35: 619–625.
13. Judd LL, Akiskal AH, Schettler P, Endicott J, Leon AC, Solomon DA, Coryell W, Maser JD, Keller MB. Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders: A prospective, comparative, longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62: 1322–1330.
14. Lawn B, Meyerson AT. A modern perspective on psychiatry in rehabilitation. In: Flexer RW, Solomon PL. *Psychiatric rehabilitation in practice*. Andover Medical Publisher, 1993; 41–42.
15. Links PS, Kirkpatrick H, Whelton C. Psychosocial rehabilitation and the role of psychiatrist. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1994; 18(1): 121–131.
16. McGurk SR, Twamley EW, Sitzer DI, MsHugo GJ, Mueser KJ. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(12): 1791–1802.
17. McHugo GJ, Bebout RR, Harris M, Cleghorn S, Herring G, Xie H, Becker D, Drake RE. A randomized controlled trial of integrated versus parallel housing services for homeless adults with severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 2004; 30(4): 969–982.
18. Mueser KT, Bond GR, Drake RE. Community – based treatment of schizophrenia and other severe mental disorders: Treatment Outcomes? *Medscape Mental Health* 2001, 6(1).
19. Novák P, Pachtová M, Skučková J. *Pracovní rehabilitace, Fokus Praha – sdružení pro péči o duševně nemocné* 1999; 11–12.
20. Paleček J. Podpora bydlení, Fokus Praha – sdružení pro péči o duševně nemocné 1999; 4–8.
21. Prokůpek J. Sociální readaptace. In Skaličková O et al. *Rehabilitace v Psychiatrii*, Avicenum, 1971; 355–395.
22. Saraceno B. Psychosocial rehabilitation as a public mental health strategy. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 1997; 20(1): 10–15.
23. Stuchlík J. Asertivní komunitní léčba. Case Management. Fokus Praha, sdružení pro péči o duševně nemocné 2001; 87 s.
24. Torrey WC, Wyzik P. The recovery vision as a service improvement guide for community mental health providers. *Community Mental Health Journal* 2000; 36(2): 209–216.
25. Twamley EW, Jeste DV, Lehman AF. Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders. A Literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2003; 191: 515–523.
26. Watts FN, Bennet DH. Introduction: The concept of rehabilitation. In: *Theory and practice of psychiatric rehabilitation*. John Wiley and Sons, Ltd. 1983; 3–14.
27. WHO, Geneva 1997; ICDH-2 International Classification of Impairments, Activities and Participation.
28. Wilken JP, Hollander D. *Rehabilitation and recovery*. Amsterdam, 2005 SWP Publisher; 262 s.
29. Zippel AM, Selden D, Spaniol L, Bycoff S. Leading for the future: Essential characteristics of successful psychosocial rehabilitation program managers. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1993; 16(4): 85–94.