

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
1. Lékařská fakulta
Bakalářské studium Ergoterapie v Mariánských Lázních

ERGOTERAPIE V PSYCHIATRII

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Jana Nosková
Oponent diplomové práce: MUDr. Tereza Gueye

V Mariánských Lázních 2001

Jana Cvrková

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych ráda poděkovala paní Mgr. Janě Noskové za odborné vedení mé diplomové práce, za její cenné rady, připomínky a příjemnou spolupráci. Dále pak PhDr. Karolíně Malé za pomoc při zprostředkování kontaktu s pacienty. V neposlední řadě děkuji panu MUDr. Vladislavovi Žižkovi, řediteli Psychiatrické léčebny Dobřany, za umožnění mé praxe a možnost na tomto pracovišti získat praktické zkušenosti.

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji na svou čest, že jsem svou diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Jany Noskové. K práci jsem využila literatury uvedené v seznamu, dále pak fotodokumentace z archívu Psychiatrické léčebny Dobřany.

V Mariánských Lázních, dne 1. 5. 2001

.....
podpis

Obsah:	strana
1. Úvod	1
2. Historie péče o duševně choré	3
2. 1. Psychiatrie starověku	3
2. 2. Psychiatrie středověku	7
2. 3. Psychiatrie novověku	8
2. 3. 1. Význam Phillipa Pinela	8
2. 4. Péče o duševně choré v Čechách	9
2. 5. Léčba prací ve 20. století	12
3. Ergoterapie – vymezení pojmu	12
4. Hlavní zásady využití ergoterapie v psychiatrii	15
5. Ergoterapie jako součást léčby v psychiatrii	16
5. 1. Ergoterapie kondiční	18
5. 2. Ergoterapie cílená na postiženou oblast	19
5. 3. Ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění	20
5. 4. Ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti	20
6. Psychiatrická léčebna Dobřany	21
6. 1. Psychoterapie na spádových odděleních	21
6. 2. Centrálně zajišťovaná psychoterapie a aktivizace	22
6. 3. Ergoterapie – vymezení pojmu	22
6. 3. 1. Centrální pracovní terapie	22
6. 3. 2. Terapie na oddělení	24
6. 3. 3. Zahrada a údržba parku	24
6. 3. 4. Organizování různých společenských akcí	25
6. 4. Členění PLD a organizační struktura	25
7. Kazuistika	27
7. 1. Žena, nar. 1958, odd. 17	27
7. 2. Muž, nar. 1932, odd. 27	29
7. 3. Žena, nar. 1931, odd. 6	31
7. 4. Žena, nar. 1923, odd. 6	32
8. Závěr	35
Seznam použité literatury	
Seznam příloh	
Přílohy	

1. ÚVOD

Téma pro svou diplomovou práci „Ergoterapie v psychiatrii“ jsem si vybrala proto, že cítím potřebu upozornit na nezastupitelnou roli pracovní terapie v psychiatrii a snad také proto, že jsem měla možnost poznat během své praxe v Psychiatrické léčebně Dobřany, jak taková ergoterapie u psychiatrických pacientů vlastně probíhá a co všechno zde role ergoterapeuta obnáší.

V první části své práce bych chtěla poukázat na to, že ergoterapie byla již v historii chápána jako zcela přirozený způsob léčby a rehabilitace duševně nemocných a není možné ji ani v současné době opomíjet.

My sami, aniž bychom trpěli nějakou duševní poruchou, můžeme posoudit, jak nás dokáže jakákoli pracovní či umělecká činnost odpoutat od různých starostí, dokáže nás zabavit a povznést nad problémy všedního života. Myslím si, že je dnes ergoterapie zatím nedoceněna a jen v některých případech kvalitně a organizovaně aplikována..

Je třeba si všimnout, jak v dnešní moderní uspěchané době, kdy na nás působí mnoho stresujících faktorů, rapidně počet psychicky narušených jedinců vzrůstá. Objevují se nové psychické poruchy a současně s nimi i nové metody, jak těmto poruchám předcházet, či jak je účinně léčit. Vedle psychofarmakoterapie, která za posledních 40 let udělala nesmírné pokroky, se otevřely dveře i dalším formám léčby, jako jsou právě ergoterapie, psychoterapie, muzikoterapie, arteterapie a další.

Psychofarmaka hrají dnes při léčbě duševních poruch značnou roli, ale týkají se pouze oblasti biologické léčby. Co však s defekty, které se objevují u duševně nemocných v oblasti

sociální a v oblasti pracovních schopností. Vše spolu souvisí a proto i léčba psychiatrických pacientů musí být komplexní. Obrátme tedy svoji pozornost na staré, dříve osvědčené metody rehabilitace, které pomáhají nemocnému zařadit se do společnosti a žít plnohodnotný život.

2. HISTORIE PÉČE O DUŠEVNĚ CHORÉ

Psychiatrie jako samostatný vědní obor vznikla poměrně pozdě, ale znalostmi medicíny a kulturní vyspělostí jednotlivých národů naproti tomu byly duševní choroby mezi prvními nemocemi, které byly rozpoznány a popsány. Jejich vznik, léčba a péče o duševně choré byly ovlivněny ve svém vývoji filozofickými směry.

Na počátku psychiatrie vlastně ani součástí medicíny nebyla a léčení duševních chorob bylo výsadou kouzelníků a šamanů. Lidé si tehdy vysvětlovali vznik nemocí posedlostí zlými duchy, démony a podle toho vypadala i léčba: zařikávání, vyhánění duchů z těla apod.. Můžeme pozorovat i určité pokusy o prevenci ve formě nošení amuletů, talismanů, obětování bohům aj. Oficiální léčení se postupně stalo výsadou kněží v podobě chrámového léčitelství. S pokrokem vědění a z prvních písemných památek se dozvídáme o popisu duševních poruch a o péči o duševně choré např. v Egyptě, Indii, Číně, Řecku, Římě a jinde. Nyní se chvíli pozastavme nad vývojem psychiatrie a její léčby v jednotlivých historických obdobích.

2. 1. Psychiatrie starověku

Egypt

O vyspělosti egyptského lékařství vypovídají staroegyptské papyry, které obsahují texty modliteb k zařikávání zlých duchů. O péči, kterou poskytovali kněží ve svých chrámech, se můžeme dočíst v *Traité* od Phillippa Pinela, kterého ve své knize – *Psychiatrie dávných věků* cituje Eugen Vencovský.

„V zalidněných a kvetoucích oblastech starého Egypta nalézaly se dva zasvěcené chrámy, kde se nacházeli melancholické a kde kněží podporovali podivuhodnou léčbu všemi přirozenými prostředky dnešní hygieny. V těchto chrámech byly provozovány hry a rozptylující tělesná cvičení všeho druhu. Nacházely se tu rozkošnický smyslné a svůdné obrazy, na které musel padnout zrak nemocných. Jejich sluch okouzlovaly líbezné zpěvy a harmonické tóny. Procházeli se v kvetoucích zahradách a uměle vytvořených hájích. Plovouce v ozdobných čluncích dýchali čerstvé a zdravé ovzduší Nilu a naslouchali přitom hudbě. Byli zavedeni na zelenající se ostrovy, kde pod obrazy ochranitelů se jim poskytovaly důmyslně vytvořené hry. Každý okamžik byl vyplněn veselou příhodou, groteskním tancem nebo sledem rozptylujících zábav při dobře vedeném a přísně kontrolovaném denním režimu – to vše mírnilo pocity bolu, uklidňovalo nepokoj a způsobovalo příznivé změny.“

Je tedy pravdou, že v Egyptě, ale i v jiných zemích se chovali k duševně nemocným velmi humánně a jako jediný způsob terapie mimo vyhánění zlých duchů z těla, používali vliv hudby, zpěvu, malby, zabavení (zaměstnání) duševně chorých a vlivu příznivého účinku přírodního prostředí.

Indie

Indové se domnívali, že duševní choroby jsou způsobovány zlými duchy a démony, rozpoznali řadu příznaků duševních chorob jako například vzrušenost, neklid, chlípnost, marnotratnost, ztrátu paměti, blábolivou řeč, sebepoškozování, a mírnili je projímadly, dávidly, cvičením v sebeovládání a studiem posvátných knih. Obecně bylo doporučováno jednat s duševně nemocnými laskavě a vlídně a právě v pochopení významu moci

mluveného slova spatřujeme dnes největší přínos staroindického lékařství.

Čína

Staří Číňané si problematiku duševních chorob vysvětlovali posedlostí démony a působením tajemných sil. K jejich vyhánění sloužil psychiatrický náboženský obřad a potírání těla zápachajícími mastmi. Mezi další podpůrné metody patřilo vymlouvání chorobných myšlenek a změna prostředí.

Izrael

Zde se pozastavíme u krále Saula, který trpěl zádumčivostí a bludy, dostával záchvaty zuřivosti a na veřejnosti se svlékal a pobíhal nahý. Příznaky Saulovy choroby probíhaly progresivně a z bouřlivých atak nemoci jej léčil jeho oblíbenec David hrou na harfu. V Davidově hře a jejím příznivém léčebném vlivu můžeme spatřovat první účelné použití muzikoterapie při léčbě duševně chorých.

Duševní choroby již nejsou vykládány nadpřirozenou příčinou, ale jsou chápány materialisticky a léčit je byl oprávněn lékař, nikoli kněz. Zajímavá je zmínka o tom, že osoby trpící duševní chorobou nejsou zodpovědné za své činy, a proto nemohou být soudně stíhány a trestány. Tento názor představuje na svou dobu pokrokový právní předpis, k němuž dospělo evropské lékařství teprve mnohem později.

Řecko

Až v 7. století př. n. l. začali řečtí filozofové racionálně, bez nadpřirozeného náboženského myšlení, vysvětlovat přírodní jevy a silně tak ovlivnili veškeré lékařství. Jedním z nich byl i Hippokrates (460 – 370 př. n. l.), největší lékař antické kultury a

zakladatel vědeckého lékařství, který jako první tvrdil, že duševní nemoc je způsobena poruchou mozku a že je třeba léčit celého nemocného nikoliv jen jeho nemoc. Používal však čistě somatickou léčbu, ke které mu sloužily rostliny a nerostné látky jako projímadla a dávidla. Někteří autoři však uvádějí, že jako součást léčby doporučoval i tělesná cvičení, parní lázně, procházky a houpání nemocného na visuté posteli, které jej mělo uklidňovat.

V péči o duševně choré a v medicíně vůbec sehráli Řekové důležitou roli, avšak po kulturní krizi se přenesla řecká kultura včetně zdravotnictví do Říma.

Řím

Vědecké lékařství zde začal prosazovat až po příchodu řeckých lékařů Asklepiades, jehož léčebné metody hlavně u klidných duševně nemocných můžeme považovat za určitou formu psychoterapie. Nesouhlasil s Hippokratovou somatickou léčbou, s podáváním projímadel a dávidel. Požadoval pro umístění pacientů světlé místnosti, protože byl přesvědčen, že tma sama o sobě budí úzkost. Doporučoval léčbu pomocí filozofie, která měla činit člověka moudrým a tím jej zbavovat duševního bolu. Jako další terapeutický postup, který se dnes používá např. při řízeném čtení v rámci kondiční ergoterapie, bylo úmyslně nesprávné předčítání z knih, kdy nemocný opravoval nesprávně čtené věty – tím terapeut cvičil a zlepšoval pozornost nemocného a vrátil jeho myšlenky k realitě. Též účelně využíval muzikoterapie a začal sledovat rozdílný účinek různých zvuků a tónů na duševní stav. Duševně nemocným, kteří trpěli zádumčivostí, doporučoval bujnou a veselou hudbu a naopak neklidným, vzrušeným a neúměrně veselým hudbu tichou a vážnou.

Jako první zde byly propracovány zásady lůžkového režimu. Doporučovala se izolace nemocného ve světlém pokoji s okny

vysoko, kde by byl nemocný pod stálým dohledem ošetřovatele. Prosazovalo se vlídné zacházení bez jakýchkoli donucovacích prostředků.

Jestliže nemocní projevovali zlepšení svého stavu, učili se ovládat své myšlenky, vystupování a hlas. Doporučovaly se masáže, cvičení, procházky, dietní strava, četba, hra v šachy, hraní divadla a cestování, což se v současnosti využívá v psychiatrické rehabilitaci při pracovní terapii, kulturní terapii a dalších.

Z dob starověku se nezachovalo mnoho zpráv o péči a postojích vůči duševně nemocným. Můžeme tedy říci, že v tomto období se spíše jen formulovaly některé zásady přístupu k duševně nemocným a jejich léčení, ale přestože existoval humánní přístup, chyběly metody správné koncepce.

2. 2. Psychiatrie středověku

Podle Vencovského se v období raného feudalismu začínají realizovat první pokusy o azylovou a nemocniční péči o duševně nemocné. Vznikaly první tzv. hospitaly v křesťanských kláštorech, které se postupně proměnily v nemocnice pro duševně choré. Zakládány jsou na charitativním základu a to hlavně proto, aby byli duševně nemocní poněkud izolováni od zdravé společnosti. Duševně nemocní jsou v kláštorech ponecháváni svému osudu, ale alespoň poněkud chráněni před ústrky okolí

Koncem raného středověku se proti vědeckému lékařství postavilo křesťanství a vrátilo se ke starým nevědeckým představám.

Duševně nemocní byli považováni za posedlé d'áblem, a tak se jim stala izolace ve vězení, zaklínadla a modlitby kněží jedinou terapií. Upustilo se od humánního přístupu a vývoj psychiatrie se tak na několik staletí zbrzdil.

V městských zařízeních bývali duševně choří připoutáni okovy ke zdem a trávili svůj život ve strašlivých podmínkách. V železných klecích byli vyváženi do měst, kde byli vystaveni veřejnému posměchu a týrání. K léčbě sloužila nejen dávidla, projímadla a pouštění žilou, ale také různé šokující zážitky jako např. náhlé vhození do vody, výstřel za hlavou apod. Jako omezovacích prostředků se používala maska na obličej, drátěné klece atd. Nevšímavost, netečnost a nehybnost duševně chorých byla léčena dráždivým čicháním nepříjemných zápachů a nasazováním hmyzu do šatů nemocných. Naopak neklidní duševně nemocní, kteří pobíhali a křičeli, byli připoutáváni na rotační stroje a otáčeni až do bezvědomí.

Období středověku, kdy duševně nemocní žili v opovržení a nenávisti, poznamenalo psychiatrii jako lékařský obor – došlo k hlubokému zakořenění předsudků, které částečně přetrvávají dodnes.

2. 3. Psychiatrie novověku

2. 3. 1. Význam Phillipa Pinela (1745 – 1826)

Francouzský psychiatr Phillipp Pinel provedl reformu v roce 1793 v Paříži, kdy osvobodil duševně nemocné z podzemního vězení a zavedl pro ně lidsky důstojný ošetrovatelský režim v pařížských psychiatrických zařízeních. Jediným omezujícím prostředkem byly kazajky, v nichž měli nemocní přes den volnost na dvoře a v noci byli v celách volní. Tento prostý zásah přinesl ohromující výsledky – vymizely vzruchy a záchvaty zuřivosti. Zavedl program pro pacienty na celý den a velkou pozornost věnoval terapeutickému ovzduší v nemocnici i harmonickým vztahům mezi personálem. Značné úsilí věnoval organizaci psychiatrické péče a jako první propracoval pro rehabilitaci pacientů léčbu prací. Zvláště oceňoval zaměstnávání v zemědělství.

Pěstoval v pacientech zájem o umění, vědu a literaturu. Léčbu prací považoval Pinel za prostředek vedoucí k vyléčení a vypracoval pro ni směrnice, ve kterých přihlížel k věku, pohlaví, povolání, tělesnému stavu, příznakům duševní choroby aj. Upozorňuje na nutnost motivace k práci nemocných např. drobnými výdělky či jinou odměnou.

P. Pinel jako první prokázal, že duševní choroby jsou léčitelné, ovšem ve vhodném prostředí nemocnice, a položil základy nauce o duševních poruchách jako o součásti vnitřního lékařství, čímž změnil společenský pohled na duševně choré a stal se vzorem všem pokrokovým psychiatrům po celé Evropě.

2. 4. Péče o duševně choré v Čechách

U nás začíná humánní péče o duševně choré vznikem samostatného ústavu pro duševně choré v r. 1790 v Praze v prostorách budovy u Sv. Andělů díky císaři Josefu II. a jeho dalekosáhlým zdravotnickým reformám. Pražský ústav byl na svou dobu dobře vybaven a obklopen zahradou, která sloužila k procházkám klidným pacientům. Na neklidné psychotiky však ještě byly uplatňovány některé zastaralé metody (otáčivá židle atd.).

O léčbě prací se však dozvídáme až roku 1822 z kláštera Sv. Kateřiny, kam byli někteří duševně choří přemístěni. V tomto ústavu mohla být psychiatrie pěstována jako samostatný obor medicíny a první, kdo v něm položil základy pro organizaci ústavního léčení, byl primář Dr. Schroff. Čerpal z Pinelových spisů a propagoval právě léčbu prací. Na místo drastických léčebných způsobů nastoupil klid na lůžku, vydatná strava, pobyt na čerstvém vzduchu, zábavy různého druhu a zejména přiměřené zaměstnávání klidných duševně chorých nejen v ovocnářské,

zelinářské a květinářské zahradě, ale i v krejčovské, obuvnické a rukavičkářské dílně. Nechal zřídit také zábavní místnost pro nemocné, kde byla umístěna knihovna, čítárna, kulečnický a klavír. Nádvoří kláštera bylo za spolupráce klidných pacientů přeměněno v květinovou zahradu a zahrady a pole kolem Kateřinského ústavu byly pacienty upraveny na park a sad, který jim za příznivého počasí složil k tzv. zdravotním procházkám.

Další primář kateřinského ústavu byl Dr. Rilke, který na rozsáhlé zahradě zřídil husté živé ploty, kterými rozdělil zahradu na sedm oddělení. Každé z nich bylo navštěvováno skupinami pacientů rozdělených podle choroby, věku a pohlaví. V ústavu zřídil jídelny, aby pacientům byla podávána strava u stolů, a zřídil návštěvní místnosti pro příbuzné pacientů. Takto mohli opatrovníci získávat informace o povaze a chování pacientů v domácím prostředí.

V r. 1835 vydal knihu o práci a zaměstnávání duševně chorých Dr. Alois Nowak, z níž cituje MUDr. Vencovský v knize 100 let české psychiatrické kliniky: „Přiměřené zaměstnávání duševně chorých jest jedním z hlavních prostředků k dosažení jejich uzdravení anebo alespoň jejich zlepšení. Výběr nemocných pro práci, kterou mají vykonávat, jest třeba provádět podle indikací. Přitom prvním vedoucím principem musí být ohled na individualitu ošetřovance, na jeho stáří a pohlaví, jeho stav a dřívější životní poměry, na jeho intelektuální a tělesné síly, formu duševních choroby a současné sklony a přání nemocného. Pomocí zaměstnávání zbaví se duševně chorý co nejdříve svých chorobných myšlenek a navrací se pozvolna zpět ke skutečnosti, počne se nepozorovaně upínat k určitému cíli a vpravovat se do kolejí pravidelnosti. Zaměstnávání nakonec vede k tomu, že do hrdu nemocného se nalévá nová radost ze života, která jej, napůl odumřelého, pomalým krokem zase vede do náručí veselosti a radosti. Mnohostranné zaměstnávání může v četných případech

zapudit myšlenkovou pustotu, oživit již dlouho zapomenutou činnost, vzbudit umdlenou vůli, vytrhnout ze zhoubného zadumání se a učinit duševně chorého zase člověkem užitečným.“

V r. 1836 nastoupil na místo primáře Dr. Riedel, který proslavil pražský ústav po celé Evropě. Vypracoval rozsáhlou organizační výstavbu a zpříjemnil tak vnitřní prostředí ústavu. Zajistil dostatečný počet opatrovníků a denně dohlížel na provádění pracovní terapie.

V r. 1846 došlo ke zprovoznění dalšího ústavu v Praze tzv. Nového domu, který dnes slouží jako psychiatrická klinika. V místnostech tohoto ústavu rozšířil Dr. Riedel léčbu prací a spolu s ní i léčbu rekreační a muzikoterapie. Zavedl pořádání tanečních zábav. Do Nového domu později docházel též učitel, který s pacienty prováděl léčebný tělocvik a podnikal výlety do okolí a na louky, kde se zpívalo, cvičilo a hrály společenské hry. Pacienti s tělesnými potížemi byli podrobováni původně Riedlově lázeňské léčbě, kdy při chůzi v ústavní zahradě pili minerální léčivé vody. Z dalších terapeutických metod zavedl Riedel edukační terapii, pro kterou sloužila rozsáhlá knihovna s jakoukoli tematikou.

Na místo Riedela nastoupil Dr. Köstel, který pokračoval v jeho zaměření na pracovní rehabilitaci a rozšířil pražskou psychiatrii o tzv. pobočku Na Slupi. Tam zřídil pracovní kolonii, ve které byli pacienti zaměstnáni zelinářstvím, květinářstvím, včelařstvím, roubováním stromů, anebo pracovali v dílně obuvnické, tkalcovské, krejčovské a rukavičkářské. Snažil se, aby pacienti neměli pocit, že jsou ošetřováni v ústavu pro duševně choré.

V r. 1869 převzal vedení Dr. Fischel, který rozšířil pražskou psychiatrii o pobočku u Sv. Apolináře, jež dnes slouží pro léčbu závislostí. Mezi jeho další zásluhy patří vybudování dalších ústavů mimo Prahu, např. psychiatrické léčebny v Dobřanech.

O další rozšíření mimopražských ústavů se zasloužil Dr. Kratochvíl, ředitel Pražského ústavu, který nechal vystavět ústav v Opařanech, ještě dnes sloužící duševně nemocným dětem.

Další ředitel Dr. Čumpelík nechal zadaptovat pro psychiatrické účely v r. 1890 zámek v Horních Beřkovicích a neméně významně se zasloužil o vybudování dalšího pražského psychiatrického ústavu v Praze – Bohnicích v r. 1908.

2. 5. Léčba prací ve 20. století

Počátkem 20. století prožívá psychiatrie rychlý rozvoj především farmakologické léčby a ta tedy zaujímá prvenství v léčbě duševních poruch. Psychiatrická rehabilitace je poněkud zatlačena do pozadí. Lékaři tehdy prosazovali léčbu odpočinkem na lůžku, přičemž pacienti setrvali v nečinnosti a Pinelovy snahy léčit duševně nemocné prací se zdály poněkud nevýznamné.

Po 2. světové válce se u nás psychiatrie definitivně odděluje od neurologie a stále pokračuje obrovský rozvoj psychofarmak. Ten umožňuje pozvolný ústup dlouhodobé léčby podstupované v psychiatrických léčebnách a rozvíjí se ambulantní psychiatrická péče. Pracovní rehabilitace se v ambulantních zařízeních realizovat příliš nedařila, ale v souvislosti s vývojem se rozvíjí psychoterapie, rodinná terapie, terapeutické komunity a léčebná rehabilitace v podobě kulturní a rekreační terapie, psychodramatu, biblioterapie, muzikoterapie, sportovních her, stanových táborů, výletů apod.

3. ERGOTERAPIE – vymezení pojmu

Výraz ergoterapie vznikl z řeckého slova ergon – práce a therapia – léčení. Ergoterapie tedy znamená „léčba prací“. Ergoterapie je lékařem předepsaná léčebná činnost pro osoby

s tělesným, duševním, či smyslovým postižením. Terapii vede ergoterapeut(ka), který(á) využívá individuálně, dle stavu pacienta, různé pracovní činnosti pro obnovení, udržení nebo znovuzískání ztracených schopností a sebedůvěry. Léčba prací má velmi povzbuzující účinky, odpoutává pozornost od samotného onemocnění a zbavuje nemocného pesimistických myšlenek, které velmi často nemocného provázejí. Ergoterapie pomáhá najít přirozený způsob, jak znovu dostat tzv. chuť do života a jak se co nejlépe znovu zařadit do společnosti. Nedílnou součástí ergoterapie je vybavení postiženého vhodnými kompenzačními pomůckami a nácvik jejich používání, aby byl co nejdříve soběstačný, nezávislý a mohl žít plnohodnotný život. V psychiatrické ergoterapii je právě tato složka léčby prací zastoupena v téměř mizivém procentu.

Ergoterapii dělíme na čtyři oblasti, které spolu úzce souvisejí:

- 1) **Ergoterapie kondiční**, která se uplatňuje zvláště u dlouhodobých nebo trvalých onemocnění pro odpoutání pozornosti pacienta, pro potěšení, z čehož plyne lepší duševní pohoda, optimismus a motivace k další práci. Ergoterapeut(ka) přistupuje ke každému pacientovi individuálně, dle jeho zájmu či dřívějšího povolání. Využívají se ruční práce, práce s hlinou, s papírem, s přírodními materiály, práce se dřevem, ale i spousta jiných aktivit jako jsou např. sportovní a kulturní akce, procházky parkem, práce v zahradě, poslouchání radia či televize nebo čtení knih.
- 2) **Ergoterapie cílená na postiženou oblast** – jde o motivaci k pohybu, který má být přesný, cílený a dávkovaný. Je to vlastně plynulý přechod k léčebnému tělocviku. Používáme zde jednoduché sportovní nářadí, přístroje nebo nástroje, které bývají speciálně upravené pro daný typ postižení či

onemocnění. Zde není hlavním cílem výrobek, ale zlepšení a znovunabývání sil v postižené oblasti a docílení požadovaného pohybu. Ergoterapii cílenou tedy dělíme na tři oblasti:

- zvětšení svalové síly
- zlepšení svalové koordinace
- zvětšení rozsahu pohybu

V psychiatrii pak navíc jde o úkony mimo jiné uvolňující napětí či napomáhající integraci osobnosti, neboť cílovou oblastí je psychika.

- 3) **Ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění.** Její hlavní náplní je pomoci najít nebo poskytnout pracovní příležitost i těžce zdravotně postiženým, včas podchytit a ještě v době pracovní neschopnosti začít hledat možná řešení a východiska. Ať už jde o přeškolení, rekvalifikaci či umožnění zvýhodněných podmínek v práci. Ale používá se také u osob, které po vyléčení nechtějí měnit své zaměstnání, ale potřebují si během uzdravování opět zvyknout na dřívější pracovní tempo a výkon.
- 4) **Ergoterapie zaměřená na výchovu soběstačnosti.** V důsledku mnoha onemocnění ztrácejí osoby soběstačnost v běžných denních činnostech, mezi ně patří např. oblékání, hygiena, obstarávání jídla a možnost se najíst. Osobám se zdravotním postižením výrazně usnadňují život kompenzační pomůcky, kde je samozřejmě důležitý nácvik určitých činností s nimi, v psychiatrických zařízeních pak do této oblasti spadá nácvik s běžnými pomůckami (používání hygienických potřeb, příboru a pod.).

4. Hlavní zásady ergoterapie v psychiatrii

Základní cíle léčby prací v psychiatrii:

- 1) Pomáhat pacientovi ke znovunabytí sebedůvěry.
- 2) Probudit v pacientovi počáteční a povzbuzovat stálou snahu o uzdravení.
- 3) Zabránit nežádoucím deprivacím.
- 4) Dbát o to, aby u nemocného nevznikl komplex hrdiny nebo nové či další neurotické příznaky.
- 5) Zbavit nemocného v průběhu léčby starostí o sociální zabezpečení rodiny i jeho samého.
- 6) Usnadnit pacientovi správně zaměřenou terapií návrat k pracovnímu začlenění.
- 7) Připravit nemocného na návrat do společnosti.
- 8) Začít s ergoterapií pokud možno brzy, protože problémy sociální izolace a zvyšující se neschopnost vrátit se do normálního společenského života jsou vlastnostmi všech chronických pacientů.

Největší význam má léčba prací v doléčování psychiatrických pacientů po odeznění akutního stádia nemoci a při odstraňování defektů, které zůstaly. Její důležitost je zřetelná při léčbě chronických pacientů, z nichž největší procento zauímají zejména schizofrenici. Cílem léčby prací je stimulace a motivace k činnosti, obnovování a upevňování kladných emocionálních zážitků z průběhu pracovního děje, z vědomí dobře vykonané práce a obnovení pracovní role. Práce jako součást léčebného procesu má být smyslná a společensky užitečná, protože podporuje sebevědomí nemocného a dodává mu pocit společenské užitečnosti.

Léčbu prací lze v systému komplexní léčby indikovat zásadně u všech psychiatrických pacientů. Jako kontraindikace přichází v úvahu u lidí somaticky nemocných, vyčerpaných, zesláblých,

nebo takových, kteří nedokáží vlivem své choroby pochopit, co se od nich žádá.

Před indikací konkrétní činnosti musí ergoterapeut brát v úvahu nejen projevy jeho duševní poruchy, ale také osobnost pacienta před jeho onemocněním, jeho věk, pohlaví, vzdělání, zájmy, zachované dovednosti, aktuální psychický stav. Musí se snažit vystihnout, co nemocný jedinec potřebuje, a podle toho volit konkrétní činnost, realizovanou v rámci léčby prací. Pro začátek volíme pro pacienta činnost, která by ho bavila a která mu jde nejlíp, postupně nároky na pracovní činnost zvyšujeme.

Před zařazením do pracovní terapie je nutné nejen seznámit se s pacientem, ale v souladu s jeho duševním stavem udržovat v průběhu terapie dobrou slovní komunikaci, projevovat empatii (vcítění se) a obohacovat vzájemný vztah dalším prohlubováním kontaktu. Necitlivý přístup k pacientovi v průběhu terapie, přístup postrádající jakoukoli komunikaci a omezující se pouze na udělování příkazů napáchá více škody než užitku. Pacient musí cítit, že může terapeutovi důvěřovat a že se k němu může obrátit o radu a pomoc, má-li nějaký vnitřní problém. Terapeut má k obohacení a navození takového vztahu mnohem větší možnosti než ošetřující personál na oddělení. Myslím si, že ergoterapeut musí být zároveň i dobrým psychologem a psychoterapeutem.

5. Ergoterapie jako součást léčby v psychiatrii

*** Psychiatrická oddělení nemocnic**

Postupem času se upřednostňovalo budování psychiatrických oddělení nemocnic, protože jde o menší celky, které zapadají do rámce všeobecné nemocnice a jejich výstavby a zařazení jsou méně nákladná. Hospitalizace v těchto odděleních je mnohem kratší než

v psychiatrických léčebnách. V nemocničních odděleních jsou hospitalizováni především pacienti s krátkodobě trvajících duševními poruchami. Obvykle jde o první ataky onemocnění. Možnosti dlouhodobé rehabilitace jsou na těchto odděleních pochopitelně menší a ergoterapie se ve většině případech navíc potýká s nedostatkem finančních prostředků. Na těchto odděleních se plně věnují spíše psychoterapii, arteterapii a dalším rehabilitačním metodám.

* Psychiatrické léčebny

Psychiatrické léčebny v současnosti slouží pro léčení duševně nemocných, jejichž hospitalizace na psychiatrickém oddělení nemocnic je z nějakého důvodu nemožná (tzn. závažnost onemocnění, diagnózy, délka předpokládaného pobytu, či státem uložená ochranná léčba). V psychiatrických léčebnách lze vybudovat dobrý systém a organizaci ergoterapie.

* Chráněné dílny a chráněná pracoviště

Chráněné dílny se postupně stávají nezbytnou součástí rehabilitace fyzicky i psychicky postižených občanů a tvoří důležitou součást při návratu takto postižených do společnosti. U nás se chráněným pracovištěm začala věnovat značná pozornost (dobrým příkladem je např. chráněná dílna v Třemošné u Plzně – Dům EXODUS, kterou vedou manželé Fojtíčkovi).

Psychicky narušeným jedincům mají chráněné dílny sloužit k překlenutí mezery mezi pobytem v psychiatrickém zařízení a jeho návratem do normálního života. Dále svým příznivým terapeutickým prostředím napomáhat jedincům, aby byli vyvedeni z nežádoucí sociální izolace. Výrobní program je zde speciálně upraven vzhledem k postižení občanů a k jejich pracovním schopnostem, možnostem a dovednostem. Pracují zde s různými



materiály a častou náplní je práce s hlínou, se dřevem, s textilem apod.

Chráněné dílny jsou přiřčeny např. k průmyslovým firmám, k ubytovnám. Potřeba chráněného bydlení je patrná již ze skutečnosti, že v psychiatrických léčebnách je určité procento lidí, jež by bylo možno propustit, ale jejich rodinní příslušníci je již nepřijímají a oni sami nejsou zcela schopni žít samostatně.

Realizace chráněných pracovišť umožňuje postupnou resocializaci a významnou měrou se podílejí na zlepšování postojů veřejnosti vůči duševně nemocným.

Nyní se budu zabývat užitím jednotlivých typů ergoterapie v psychiatrických léčebnách, tedy zejména v Psychiatrické léčebně Dobřany (dále jen PLD), kde mohu mluvit ze své vlastní zkušenosti.

5. 1. Ergoterapie kondiční

Právě v psychiatrických léčebnách má tento druh ergoterapie největší tradici a dle mého názoru i nejširší uplatnění. Již sám název napovídá, že jde o udržení dobré kondice tělesné, ale zároveň o udržení či zlepšení kondice duševní. Cílem kondiční ergoterapie je odpoutání pozornosti od nepříznivého vlivu duševní choroby a udržení dobré duševní pohody. Ergoterapie též udržuje nebo zlepšuje fyzické a psychické funkce a její aplikace formou tělesných a duševních činností, tvořivě a aktivně vyplňuje volný čas v průběhu pobytu v psychiatrické léčebně, zvyšuje sebehodnocení pacienta a zabraňuje vzniku nežádoucích změn z nečinnosti. Podmínkou správně aplikovaného zaměstnávání je výběr vhodné a přiměřené činnosti s ohledem na duševní chorobu, zdravotní a psychický stav, věk, pohlaví a osobnost pacienta před jeho onemocněním – zájmy, vzdělání, povolání.

Záleží na fantazii ergoterapeuta, jeho organizačních schopnostech a zásobě různých pracovních činností. Jeho úkolem je rozpoznat, co by bylo užitečné pro konkrétního pacienta, vzhledem k povaze jeho duševní poruchy a podle toho zvolit vhodnou činnost. Například pacienti, kteří chápou, co se od nich žádá, chápou pracovní postupy a fyzicky zvládnou i větší zátěž, mohou provozovat i obtížnější činnosti (práce v keramické dílně, výtvarná řemesla, ruční práce atd.). Naopak pro pacienty, kteří nejeví zájem o práci nebo nemohou náročnější činnost vzhledem ke svému stavu vykonávat, je možno zvolit nenáročnou činnost, která by je dokázala motivovat, zapojit do kolektivu a povzbudit k další činnosti (pracovní činnosti eliminované na nejjednodušší úkony, pomoc zdatnějším jedincům apod.) Ergoterapeut sleduje jak se pacient chová v celkem přirozeném pracovním, tvůrčím prostředí a má tak možnost objevit v něm třeba skryté schopnosti a možnosti, jak se seberealizovat. Může vyzdvihnout dobré a potlačit špatné zkušenosti, jak pracovní, tak zkušenosti s navazováním mezilidských vztahů a další. K tomu by měl dokázat využít všech možností, které podmínky psychiatrického zařízení poskytují. V PLD se kondiční ergoterapie provádí v nejširší formě na Centrální pracovní terapii ve specializovaných dílnách, dále pak přímo na odděleních v místnosti pro terapii určené, nebo v zahradách.

5. 2. Ergoterapie cílená na postiženou oblast

Jestliže dojde k nečinnosti vlivem nedostatečné motivace, odmítání a negativismu k jakékoli práci, vede to k celkovému oslabení organismu, především svalstva. Celkové oslabení může být také sekundárním onemocněním u psychiatrických pacientů následkem psychofarmak, ale i dlouhodobou hospitalizací (a tím i

zhoršování somatického stavu). Zde můžeme využít v rámci ergoterapie i léčebného tělocviku či různých druhů sportu.

V PLD slouží k tomuto účelu specializované pracoviště, tzv. R-klub, kam docházejí pacienti z otevřených oddělení, opět dle doporučení lékaře. Je zde možnost skupinového relaxačního nebo kondičního cvičení, jógy, ale samozřejmě i individuálního LTV.

5. 3. Ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění

Právo na práci má každý občan v naší republice, tedy i osoba s tělesným, smyslovým, mentálním či psychickým postižením. Ale jak jsem se již zmínila, po dlouhodobé neúčasti v pracovním procesu se již těžko člověk navrácí zpět. Pociťuje, že je ze stránky sociální nepotřebný a neschopný, někdo zpohodlní a pocit nečinnosti a nesoběstačnosti ho uspokojuje. Aby se tomuto stavu zabránilo a předešlo, využívá se ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění, která úzce navazuje na ergoterapii kondiční. V psychiatrických léčebnách se pacienti zaměstnávají a vypomáhají ve specializovaných dílnách (truhlářská, krejčovská, elektrikářská, instalatérská) dle svého dřívějšího povolání, vzdělání, kvalifikace, zájmů a šikovnosti. Jedná se výhradně o pacienty zaléčené. Na pracovišti za ně zodpovídá vedoucí dílny a dohlíží na bezpečnost práce.

5. 4. Ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti

Jedná se o nácvik schopností obstarávat a připravovat si potravu, dodržovat osobní hygienu, oblékat se. Důležitá je tu schopnost mobility, lokomoce, komunikace a udržování svého okolního prostředí a schopnost zajistit své osobní potřeby. Tento výchovný proces by měl prolínat celé období pobytu

v psychiatrickém zařízení, i když víme, že někteří pacienti po velké snaze adaptovat se do společnosti, stejně zůstávají jako chroničtí v péči ústavu či v jiném sociálním zařízení po celý život.

Po zkušenostech, které jsem získala v průběhu své odborné praxe si myslím, že je dnes výchova k soběstačnosti v psychiatrických léčebnách realizovaná v omezené míře, která je daná pouze reálnými možnostmi (skladba pacientů, nedostatek personálu, finanční prostředky) a u pacientů se v tomto smyslu využívá spíše jen jejich zbylého pracovního potenciálu k pomocným pracím na odděleních, při úklidu, stolování, úpravě oděvu, či při jiných údržbářských pracích. Na odděleních, která disponují k tomu určenou pracovní silou, ergoterapeut zapojuje pacienty a trénuje s nimi např. nakupování, cestování dopravními prostředky, zařizování osobních věcí. V areálu léčebny jsou sice spoře vybavené kuchyňky, ale je nedostatek školeného personálu. Chybí finanční prostředky na zřízení cvičné kuchyně na centrální ergoterapii, kde by pacienti skutečně procvičovali jednoduché denní úkony či kuachařské dovednosti.

6. PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA DOBŘANY

Psychoterapeutickou, ergoterapeutickou a aktivizační péči zajišťuje samostatný úsek:

6. 1. Psychoterapie prováděná psychoterapeuticky orientovanými lékaři, psychology anebo SZP (střední zdravotnický personál) – specialistkami přímo na spádových odděleních (zejména protialkoholní, sexuologické, dětské, doléčovací oddělení). Jedná se o režimovou psychoterapii, individuální či skupinovou.

6. 2. Centrálně zajišťovaná psychoterapie a aktivizace

- **R-klub** /relaxace-rehabilitace-resocializace/ - nabízí psychoterapeutické a aktivizační činnosti pro pacienty různých oddělení. Pacienti sem docházejí dle stanoveného rozvrhu. Hlavní náplní činnosti jsou individuální a skupinové psychoterapie pacientů z doléčovacích, rehabilitačních oddělení a oddělení zabývajících se protialkoholní léčbou. Dále nabízí jógu pro pacienty, pohybovou terapii, relaxační cvičení. Kapacita R-klubu je asi 80 pacientů denně.
- **Speciální terapeutické úseky**
 - *arteterapeutická dílna* - pacienti z otevřených oddělení sem docházejí dle rozvrhu (doléčovací, chronická, protialkoholní oddělení). Kapacita dílny je asi 10 pacientů denně.
 - *muzikoterapie* dle rozvrhu zajišťována na odděleních (chronici a gerontopsychiatrie)
 - *arteterapie a kognitivní rehabilitace* – terapeuti docházejí dle rozvrhu na gerontopsychiatrická oddělení a oddělení pro chronické pacienty.
 - *psychoterapeutické aktivity* (arteterapie, relaxace, nácvik sociálních dovedností) *na dětském oddělení.*

6. 3. Ergoterapie

6. 3. 1. Centrální pracovní terapie

Docházejí sem většinou pacienti z oddělení zaměřených na doléčování. Část pacientů tvoří psychotici, část pacientů léčící se ze závislostí, ojediněle i ostatní, které přivádí především

zájem o určitou činnost. Docházejí dle stanoveného rozvrhu.

Kapacita dílen centrální terapie je asi 50 pacientů.

dílna ručních prací – využívá se zde činností od nejjednodušších – navíjení klubek, třídění dutého vlákna, stříhání molitanu, vycpávání pletených hraček a polštářů,

- dále pak vyšívání, pletení, háčkování
- příprava a kompletace rohoží ze zbytků látek
- výroba pantoflí
- šití polštářů
- z pletených a háčkovaných dílů sestavování hraček pro děti
- tapiserie

keramická dílna , výtvarná řemesla

Do dílny docházejí pacienti z otevřených oddělení protialkoholní léčby a léčby závislosti či oddělení, která zajišťují doléčování psychotických stavů. Je zde k dispozici pec na vypalování keramiky, pacienti tedy mají možnost naučit se nebo se pouze zdokonalit v práci s hlínou, někteří se setkají poprvé i s glazováním či jinými technologickými postupy.

Dále zde mohou rozvíjet své dovednosti a zkušenosti ve výtvarných řemeslech (užitého umění –malba na sklo, porcelán a hedvábí, restaurování starého nábytku, malování kraslic, dále pak ruční tkaní a tkaní na stavu či ostatní techniky).

truhlářská dílna – opět lze začínat od činností jednodušších – řezání, práce se smirkovým papírem a postupně pak náročnost práce zvyšovat. Tzn. vrtání, vyřezávání dle šablony, práce na soustruhu, broušení na brusce. Tyto činnosti vyžadují neustálou pozornost a přesnost, ale také představivost pacienta a spolupráci v dílně. Kompletují se zde hračky ze dřeva, což přináší

širokou škálu činností spojených s jejich výrobou, včetně finální úpravy - lakování. Práce zde je vhodná i pro pacienty se závislostí, jelikož se zde používá disperzní lepidlo a speciální nátěr – Sportakryl, který nezapáchá (tento bezbarvý disperzní lak má atest na hračky pro děti). Vzhledem k omezenému prostoru nelze provádět větší truhlářské práce – např. opravy nábytku (PL Bohnice).

6. 3. 2. Terapie na odděleních

Je závislá na prostorách, které jednotlivá oddělení poskytují, stavem a počtem pacientů. Ideální je oddělená místnost, kde si pacienti mohou nechat započatou práci, kde se výsledek práce může nechat vystavený, kde se případným zpěvem či poslechem hudby neruší zbytek oddělení a kde se může každý zaměstnat podle zájmu bez omezení. Přestože ideální podmínky mnohde nejsou, všechna oddělení vykazují rozmanitou činnost – tj. nejen ruční a výtvarné práce, ale i léčbu pohybem, vycházkami, zpěvem, hudbou a četbou (předčítáním). Náplň se liší skladbou pacientů, např. u oligofreniků je zařazováno více činností na základě hry, u geriatrických pacientů spíše rozptylující činnosti.

6. 3. 3. Zahradá a údržba parku PL

V parku a zahradě jsou zaměstnáváni pacienti (zejména chroničtí), kteří by nezvládli práci vyžadující jemnou motoriku a kteří potřebují ve větší míře uvolnění. Práce zde není vázána na psychické schopnosti, ale spíše na fyzické zatížení. Přes jednoduché stereotypní činnosti (hrabání, zametání, okopávání) se mohou propracovat až ke složitějším úkonům (ošetřování rostlin, sázení, sklizeň).

6. 3. 4. Organizování různých společenských akcí /viz přílohy/

- pořádání tanečních zábav (jednou týdně)
- oslava různých příležitostí, posezení a různé zábavné kulturní akce
- zajišťování výletů a každoroční poutě
- výstavy

6. 4. Členění PLD a organizační struktura

PLD se člení na 11 primariátů (lůžková část), ty jsou rozděleny dle diagnóz na jednotlivá oddělení. PLD má 27 oddělení. Nyní bych se zaměřila na rozdělení a organizaci na jednotlivých primariátech.

Primariát I.

- přijímací uzavřené oddělení a doléčování akutních psychotických poruch – muži (docházejí na centrální ergoterapii)
- uzavřené odd. sexuologie – sexuální deviace (denně docházejí na centrální ergoterapii)
- léčba akutních neklidů u mužů a doléčování doléčených akutních stavů – uzavřené odd. (ergoterapie se zde neprovádí)
- doléčování akutních odeznělých psychotických stavů, muži, ženy – závislosti (3xtýdně centrální terapie)

Primariát II.

- otevřené odd. muži – chroničtí psychotici (vybraní pacienti docházejí na centrální ergoterapii)

Primariát III.

- mentální retardace (ergoterapeutka přímo na oddělení)

Primariát IV.

- akutní neklidy ženy – uzavřené odd. a doléčování akutních psychotických stavů u žen
- přijímací koedukované odd. – uzavřené (ergoterapeutka přímo na oddělení)

- rehabilitační – doléčovací, koedukované odd. – otevřené (2xtýdně centrální ergoterapie)

- doléčování odeznlých akutních psychotických stavů (ergoterapeutka přímo na oddělení)

Primariát V.

- uzavřené odd. – ochranné protialkoholní léčby, nařízené léčby, sociopatie – muži (denně docházejí na centrální terapii)

- otevřené odd. dobrovolné protialkoholní léčby (4xtýdně centrální terapie)

- chroničtí alkoholici, sociální maladaptace (denně docházejí na centrální terapii)

- odd. vyčleněna pro doléčování chronických psychotických stavů (denně centrální terapie, květinářství, nádvorní četa, jednoduché pomocné práce na odd.)

Primariát VII.

- gerontopsychiatrie – ženy, přijímací odd. (ergoterapeutka na odd.)

- gerontopsychiatrie – muži, přijímací, (ergoterapeutka přímo na odd.)

- gerontopsychiatrie – muži, doléčovací odd. (ergoterapie na odd.)

- gerontopsychiatrie – ženy, přijímací odd., pacientky mobilní
pacientky převážně imobilní, nebo s omezenou
mobilitou (ergoterapie přímo na odd.)

- gerontopsychiatrie – ženy, mobilní pacientky (ergoterapeutka
přímo na oddělení)

- gerontopsychiatrie – ženy – často s omezenou mobilitou,
nebo imobilní (ergoterapie se zde neprovádí)

Primariát VIII.

- interní oddělení (ergoterapie se zde neprovádí)

Primariát IX.

- neurologické odd. (ergoterapeutka přímo na odd.)

Primariát X.

- dětské odd. – předškolní věk

- dětské odd. – školní věk

Primariát XI.

- plicní odd.

7. KAZUISTIKA

7. 1. Žena, nar. 1958, oddělení 17 – příjmové

Dg. Středně těžká afektivní poruchy F 32.1

Jedná se již o druhý pobyt v Psychiatrické léčebně Dobřany, naposledy před 20 lety po předávkování medikamenty, pobyt zde hodnotí jako za trest. Dříve psychotické známky, první diagnóza jako schizofrenie, ta byla v PLD opravena na depresivní syndrom s psychotickými příznaky. 3x pokus o sebevraždu medikamenty, poprvé v 18ti letech. Poté opakované hospitalizace na Psychiatrické klinice Fakultní nemocnice Brno, Plzeň. Naposledy propuštěna 6.12.2000, spíše než o propuštění se uvažovalo o překladi do PLD.

Paní je vdaná, žije s manželem, s kterým má 3 děti (21,18,13 let), manželství hodnotí jako neuspokojivé, k manželovi cítí odpor, vzájemná komunikace na stupni 0.

Pacientka má základní vzdělání, poté studovala zemědělsko-technickou školu, kterou nedokončila, ve 40 letech se vyučila kuchařkou a od r. 1978 pobírá plný invalidní důchod. Mezi její koníčky patří perníkaření, jezdí na dětské tábory jako kuchařka, vede kroužek vaření v domě dětí.

Sebehodnocení – když se cítí dobře sama sebe hodnotí jako energickou, plnou elánu, s chutí do života.

Prakticky již při propuštění z Fakultní nemocnice se pacientka necítila dobře, vše vyvrcholilo na Silvestra. Pacientka má záchvaty strachu, úzkosti, cítí se depresivní, bezradná. Od podzimu má strach z lidí, bojí se nakupovat, jezdit v autobuse nebo metrem. Od pobytu v nemocnici se přidaly potíže se spaním, bojí se tmy a

v noci nemůže usnout. V popředí potíží je strach, smutek a únava. Poslední dny před přijetím se objevily „ošklivé myšlenky“, uvažovala o sebevraždě. Při přijetí dominuje depresivní ladění, během dne sedí schoulená v koutku, silné stavy úzkosti, plačtivá, opakovaně si říká o medikaci při neklidu. Ve vztahu s manželem dosti neutěšitelná situace, dle pacientky se manžel zajímá jen o peníze, vyčítá jí, že nic nedělá, práce v domácnosti není práce.

Pacientka je plně orientovaná, myšlení mírně urychleno, mluví překotně, odpovědi adekvátní, řeč monotónní, chraptivá, dovede se ale snadno a hodně rozčílit, sluchové halucinace popírá, bludná produkce nazastížena, nálada depresivní. Pacientka si spíše stěžuje na záchvaty strachu, bezradnosti, únava, patrná fobie z velkých prostor a davu lidí, intelekt v mezích průměru, bez známek agrese, suicidální myšlenky přetrvávají, ve své životní situaci se cítí bezradná.

Průběh ergoterapie

Pacientka je na oddělení, na které dochází ergoterapeutka. Mají zde k dispozici speciální místnost, kde ergoterapie probíhá. S pacientkou bylo zpočátku obtížné navázat kontakt, byla plačtivá, měla nepříjemný pocit z pracovní místnosti a podle ní „to s ní nikdo nemyslel dobře, je tady za trest“. Pacientka se odmítá zapojit a je-li jí práce zadána, je netrpělivá a nevydrží u zaměstnání dlouho. Průběh terapie se výrazně změnil, když pacientce bylo umožněno realizovat zde svého koníčka – perníkaření, na oddělení byla z centrální terapie přestěhována i elektrická trouba. Nyní se pacientka zapojila velice dobře, peče perníčky a spolupracuje tak bez potíží i s ostatními pacienty. Je velmi obětavá a s radostí pomáhá ostatním. Její práce je precizní a jelikož má s perníkařením dlouholeté zkušenosti a je si vědoma svých dovedností, je při práci spokojená. Není znát únava, strach ani úzkost. Pacientka se cítí

dobře, plná energie, má chuť do života a plány do budoucna. Snaží se vyřešit problémy s manželem. Patří k pacientům, kteří mají z doby před onemocněním výrazného koníčka, na kterém se dá velmi dobře stavět. Práce jí přináší uspokojení ze seberealizace, výrazný posun v sebehodnocení a jistotu spojenou s rutinní prací. Podobné jsou případy, kdy v sobě pacient objeví talent a zvládne nabízenou činnost na takové úrovni, jakoby ji dělal léta (např. keramika, práce s kůží, tkaní).

7. 2. Muž, nar. 1932, oddělení 24 – chroničtí pacienti

Dg. Apaticko – abulický syndrom a syndrom mutismu, etiologie nejasná

První pobyt v Psychiatrické léčebně Dobřany již v r. 1986, byl přeložen z Psychiatrické léčebny Bohnice, kde byl pozorován duševní stav (vypracování znaleckého posudku), neboť se dopustil trestného činu vraždy tak, že zapojil elektrický proud do vany, kde se koupala jeho manželka prosinec 1985). V průběhu hospitalizace v Bohnicích přestal komunikovat, dbát na hygienu a ztratil zájem o veškeré okolí. Znamky nedostatečné výživy.

Pochází z úplné rodiny, vztah všech členů hodnotí jako dobrý. Povahové nápadnosti v rodině nebyly, nadměrné pití alkoholu rovněž ne. Závažné duševní choroby se nevyskytly. Vychodil ZŠ, učil se průměrně, z chování měl jedničky, záškoláctví a útky z domova popírá. Vyučil se strojním zámečnickem, po vyučení pracoval v oboru, později dělal mistra a naposledy dělal expedienta turbin. Pracoval ve Škodovce, problémy na pracovišti nikdy neměl. Vojna 2 roky.

Oženil se ve 22 letech, partnerky nestřídal, manželství trvalo 31 let, vycházeli spolu dobře. Z manželství 1 dcera, vdaná a zdravá. Manželka pracovala jako úřednice ve Škodovce.

Závěr znaleckého posudku z r. 1986

Netrpí žádnou duševní chorobou. Jde o osobnost s hysterickými rysy. V současné době se u obviněného projevuje pestrá směs poruch chování, které mají za cíl vyhnout se následkům svého jednání a vyhnout se trestnímu řízení. Dlouhodobé mlčení.

Zpočátku šlo o vazbovou reakci, výrazně účelově podmíněnou (simulaci), postupně se však zvýrazňovaly příznaky svědčící, že tato účelová reakce se v důsledku osobnostních rysů měnila v psychogenní reakci, mající až psychotický charakter. Znalci navrhli za účelné přerušit výkon vazby a předat obviněného do příslušné spádové léčebny k observaci, která bude dlouhodobá.

Průběh ergoterapie

Pacient dochází denně na Centrální terapii (již několik let). Pracuje svědomitě, za svou práci se cítí zodpovědný. Pracuje v dílně ručních prací a podílí se na výrobě pantoflí a podložek na židle – obkresluje a stříhá dle šablony tvar na látku. Svou práci považuje za důležitou, motivací mu jsou hotové výrobky pacientů, jež se na této výrobě podílejí a kompletují výrobky dohromady. Má své zažité tempo a pracuje stereotypně a beze slov, je pořádkumilovný až pedant. Je naprosto neflexibilní (i v maličkostech – stačí změna uspořádání věcí na jeho pracovním stole). Také se rozčílí, když se mu snaží někdo pomoci nebo mu poradit. Je tvrdohlavý a nekomunikuje s ostatními. Občas mu ergoterapeutka připraví „překvapení“, ale aby jakoukoliv změnu zvládl, je zapotřebí mu pomoci a vše dokonale vysvětlit. Pacient nejprve odmítá a vše si dělá podle svého, ale postupně se vzdor vytrácí a začíná spolupracovat. U práce vydrží dlouho a jeho výsledky jsou výborné. Pacient se již řadu let chová stejně a na Centrální terapii dochází evidentně rád.

7. 3. Žena, nar. 1931, oddělení 6 – gerontopsychiatrie

Dg. Depresivní syndrom F 33.2

Stav po suicidálním pokusu flunitrazepamem

Pacientka je v důchodu, pobírá tedy starobní důchod a je plně svéprávná. Byla již jednou dlouhodobě léčena pro depresivní periodickou poruchu v Psychiatrické léčebně Dobřany, po propuštění 3. 11. 2001 byla léčena pouze ambulantně.

Od prosince 1999, kdy ji opustil manžel, nezvládá svou situaci, není schopna se s ní vyrovnat. Již před 20 lety měl poměr s jinou ženou, ale nerozvedli se a nakonec se k sobě vrátili. Od prosince 1999 žije sama a není schopna akceptovat nastalou situaci, manipuluje vlastní bezmocností, rodina nezvládá trvalý dozor. Po propuštění z PLD žila u dcery, vypadala zlepšena, snažila se stýkat s přítelkyněmi, také se zúčastnila abiturientského srazu. I po návratu se cítila vcelku dobře i další dny. Není schopna nebo nechce vysvětlit, proč tak náhle požila větší množství léků. Po delší době odpovídá, že jí napadlo jen tak „vykašlat se na život“. Poté si na nic nevzpomíná. Byla nalezena venku kolemjdoucími, byla podchlazená a poté převezena na jednotku intenzivní péče. Do PLD byla převezena již k druhé hospitalizaci 22. 12. 2000. Říká „Nikdy jsem se sem už nechtěla vrátit, už bych to neudělala, musím to, že mě opustil manžel brát asi jako fakt.“ Na otázku, zda je ráda, že žije, odpoví, že ano. Chce však na svátky domů k dětem. Uvědomuje si, že má rodinu, která má o ni zájem. Uvítala by návrat manžela i přes jeho nevěru.

Mluví tiše, má depresivní ladění, nejeví suicidální tendence, tvrdí, že nechápe jak k tomu došlo.

Průběh ergoterapie

Pacientka je na gerontopsychiatrickém oddělení, na které dochází ergoterapeutka. Zpočátku je pacientka negativní, odmítavá, nekomunikuje a nespolupracuje s ostatními. Postupem času zadanou práci zvládá samostatně, je trpělivá a u práce vydrží dlouho. Na tomto oddělení se používají k terapii různé ruční práce, které již pacientky zvládají, ale i zhotovují výzdobu pro oddělení atd. Pacientka nyní vyrábí loutku pro dětské oddělení a zde zapojuje několik pracovních postupů (stříhání, šití, pletení, háčkování, našívání ozdob apod.). Z provedené práce má radost a je pro ni motivací skutečnost, že hračka bude sloužit dětem. Poslední dobou se její nálady mění, dokáže se i usmát a dát najevo radost, naopak někdy je opět posmutnělá a úzkostlivá. Při poslechu hudby či zpěvu jakoby pookřeje. Její stav se zlepšuje, ergoterapeutka také s pacientkou provádí pravidelně nácvik a trénink chůze (nejprve na oddělení, později i v areálu). Uvažuje se o přeložení do domova důchodců.

7. 4. Žena, nar. 1923, oddělení 6 – gerontopsychiatrické

Dg. Paranoidní syndrom a počínající demence F 00.2

Pacientka je v důchodu, pobírá starobní důchod, je vdova. V PLD je to její první pobyt. Byla 2x vdaná, s prvním mužem se rozvedla po pěti letech, jeho matka ji donutila k potratu. Druhý muž byl číšník, zemřel, děti nemá. Měla dva bratry, oba již zemřeli. Matka jí zemřela, když jí bylo 7 let, vychovával ji otec.

Je vyučena prodavačkou, pracovala v obchodu textilem a později v čistírně. V důchodu poté pracovala jako telefonistka.

2x byla již hospitalizována v PL Bohnice pro organickou depresi, začínající depresi, měla suicidální úmysly, zvládla pobyt na otevřeném odd. Nyní přeložena 22. 12. 2000 se stavy zmatenosti do PLD k doléčení. Slova pacientky: „Na psychiatrii jsem nikdy

nebyla, teď jsem tu kvůli sousedce, vona chce byt pro syna, já jsem jezdila do chaloupky po rodičích krmit kočky, když jsem se v neděli vrátila, poznala jsem, že v bytě někdo byl, to je její dílo. Víte, mně to myslí jen trochu, zapomínám, měla jsem macechu, vona mě neměla ráda, tatínka jen využívala, víte, co jsem zkusila...“

Spolupracující, upravená paní, orientovaná v základních kvalitách, ale ne místem. Povídává, zabíhá do dětství, vrací se k tématu bytu, kde bydlela, zvýšeně paranoidní k sousedům. Od tohoto neodklonitelná, myšlení jinak koherentní, bez bludů, zvýšená paranoia. Dlouhodobá paměť se zdá intaktní, v událostech posledního roku se neorientuje, neví, že byla v Psychiatrické léčebně v Bohnicích, narušená vstřípivost i retence údajů v krátkodobé paměti. Klidná, bez agrese. Nálada kolísá, místy euforická, jindy mírně pokleslá s plačtivostí při vzpomínce na matku, není depresivní. Má suicidální úvahy, bez úzkosti. Abstraktní myšlení je narušeno, mírná konstruktivní apraxie, pásmo demence středního stupně, v testu hodin chybí čísla, ručičky, neví kam je umístit.

Průběh ergoterapie

Jedná se o hospitalizaci na stejném oddělení jako u předešlé pacientky, ergoterapeutka dochází přímo na oddělení a specializují se zde jednoznačně na ruční práce. Pacientka spolupracuje již od začátku, pracuje podle pokynů a rad bez obtíží. Práce ji těší, je samostatná a soběstačná. Výsledek její práce záleží také na její kolísavé náladě. Někdy se jí nechce a pracuje pomalu, bez energie. Jindy je zase veselá, pak jí jde práce od ruky, je ale stále zmatená a stále dokola si stěžuje na sousedku (ohledně svého bytu) . Neví, nebo zapomíná, že je v psychiatrické léčebně a cítí se jako naprosto zdravá. Zaměstnání vnímá jako každodenní náplň alespoň části dne

a motivací jí jsou vystavené hotové výrobky na oddělení. Momentálně se pacientky z tohoto oddělení věnují výrobě velkého textilního vycpaného sluníčka, které bude mít právě tolik paprsků, jako je pacientek na tomto oddělení (na paprcích budou jednotlivá jména). Výrobek bude použit jako výzdoba tohoto oddělení a také poslouží pro radost a pro potěšení. Každá pacientka bude mít na tom svém sluníčku také své místo.

8. ZÁVĚR

Společně jsme se podívali do starověké epochy lidstva, vezměme si tedy příklad z humánního přístupu tehdejších léčitelů a kněží k duševně nemocným, kteří k léčbě využívali hudby, zpěvu, tance, malby, zábavných her či zaměstnávání.

Mohli jsme nahlédnout i do starověku, který odsoudil duševně nemocné, jako ďáblem posedlé, k životu v opovržení či ke smrti upálením, čímž byl zbrzděn vývoj psychiatrie na několik staletí. My dnes můžeme posoudit, jaké utrpení bylo ve středověku psychicky narušeným jedincům způsobeno a překonejme tedy předsudky, které přetrvaly do současnosti. Vždyť ještě dnes se díváme s odstupem na psychiatrické léčebny a na duševně nemocné v nich.

Sledovali jsme společně také vývoj péče v novověku a myslím, že největší dík si zaslouží pan Pinel za to, že se v minulosti postavil proti démonologickému výkladu církve a svými myšlenkami ovlivnil vývoj psychiatrie v celé Evropě, právě on se nejvíc zasloužil o rozvoj pracovní terapie a jeho účinné využití práce slouží ku prospěchu pacientů i dnes. Považuji 19. století z pohledu léčby prací za „zlatý věk“.

Důležitým momentem byl rychlý rozvoj psychofarmak v průběhu 20. století, kdy jsme zaznamenali jistý útlum, týkající se ergoterapie v psychiatrii. S novými psychofarmaky přišly i nepříznivé vedlejší účinky, které v podstatě omezovaly fyzický i psychický výkon pacientů. Ergoterapie v té době splňovala svou úlohu jen v malé míře a pacienti pod dojmem, že budou vyléčeni léky, trávili svůj volný čas posedáváním a přecházením po odděleních.

Další zbrzdění určitě představovalo čtyřicet let totalitního systému, kdy byly psychicky, ale i fyzicky postižení odsunuti na

okraj společnosti. Dnes je však situace jiná a ačkoli se potýkáme s nedostatkem financí, možnosti ergoterapie se stále zvyšují, a nezbývá nic jiného než je kvalifikovanými odborníky realizovat a dosahovat tak stále lepších a lepších výsledků.

Na několika případech psychiatrických pacientů jsem ukázala, že výběrem vhodné práce lze průběh léčby pozitivně ovlivnit. Pracovní začlenění pacienta se řídí mnoha aspekty – diagnózou, věkem, pohlavím, původní profesí, zájmy, fyzickou a psychickou kondicí. Důležitým momentem je také pacientova ochota spolupracovat. Snažila jsem se ukázat, že ergoterapie v psychiatrii je specifický obor v mnoha směrech náročnější než obecná léčba prací. Klade i větší nároky na osobnost terapeuta, kterému nestačí ovládat různé pracovní postupy, on je musí také rozfázovat na úkony, které pacient s psychickým onemocněním nejen dokáže pochopit, ale také si je zafixovat a postupně samostatně provádět. Stupeň náročnosti se rovněž neodvíjí jen od fyzické kondice

A co říci úplným závěrem? Čerpejme ze zkušeností ostatních vyspělých států a z historie psychiatrické péče, protože i v oblasti lidského snažení o léčbu prací platí starodávné heslo „HISTORIA – MAGISTRA VITAE“.

Seznam použité literatury:

Pfeiffer, J. a kol. 1989. Rehabilitace – Léčebné, pracovní a sociální aspekty. 2. vydání. Státní pedagogické nakladatelství. Praha.

Votava, J. a kol. 1997. Základy rehabilitace. 1. vydání. Karolinum. Praha.

Pfeiffer, J. 1998. Ergoterapie II. Avicenum. Praha.

Skaličková, O. a kol. 1971. Rehabilitace v psychiatrii. Avicenum. Praha.

Vencovský, E. 1987. 100 let české psychiatrické kliniky. UK. Praha.

Vencovský, E. 1996. Psychiatrie dávných věků. Karolinum. Praha.

Dobřany. 9/99. Měsíčník psychiatrické léčebny v Dobřanech.

Dobřany. 2/00. Měsíčník psychiatrické léčebny v Dobřanech.

Dobřany. 1/01. Měsíčník psychiatrické léčebny v Dobřanech.

Seznam příloh:

- 1) Fotodokumentace z Psychiatrické léčebny Dobřany
- 2) Obrázky z měsíčníku Psychiatrické léčebny Dobřany
- 3) Kresba tužkou – Z prací pacientů /z měsíčníku PLD)
- 4) Příběh „Kam s ní“ /z měsíčníku PLD/
- 5) Báseň
- 6) Pracovní dekurs
- 7) Deklarace práv duševně nemocných
- 8) Báseň

Příloha č. 1 – fotodokumentace PLD



Foto č. 1 – výrobky pacientů (ukázka z činností ergoterapie)



Foto č. 2 – výrobky pacientů (práce se dřevem) .- truhlářská dílna



Foto č. 3 – výrobky pacientů (dílna ručních prací, keramická dílna)



Foto č. 4 - relaxační zahrada v areálu PLD



Foto č. 5 – výzdoba budovy tzv. „Kukalovny“ (sloužící prozatím jako sklad)
- práce pacientů



Foto č. 6 – Kulturní akce v rámci ergoterapie (pouť v areálu PLD)
Ergoterapeutky prodávají výrobky pacientů



Foto č. 7 – Kulturní akce pořádaná ergoterapií
- vystoupení mažoretek před odd. geriatric



Foto č. 8 – Kulturní akce v PLD – Divadlo B. Polívky
(zapojení pacientů)

Příloha č. 2 – výstřižky – obrázky získané z měsíčníku PLD



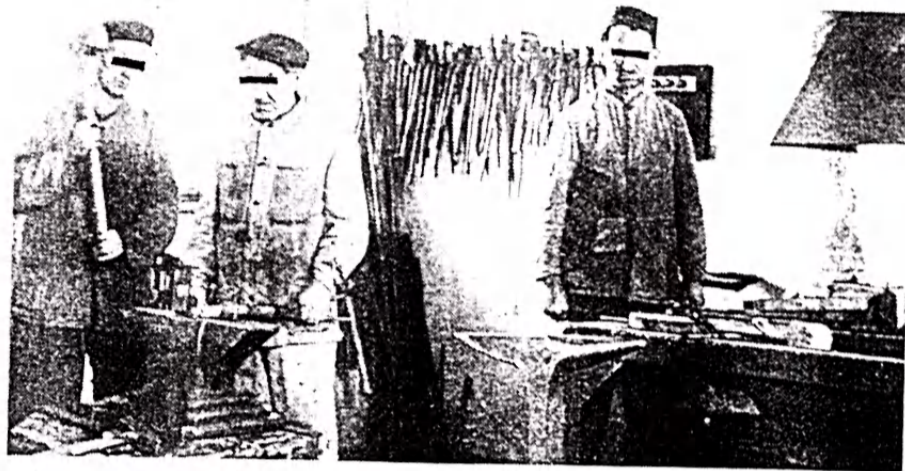
Když se řekne slovo „pouť“, každý si vybaví obrázek z dětství: houpačky, kolotoče, stánky s perníkovými srdíčky, hračkami a oblečením, vůni párků, kávy a koláčů, pouťové soutěže menším dílem v obratnosti, větším dílem ve stesti, a spoustu muziky. Nášmi chybět ani taneční zábava se soutěží ve zpěvu. Přesně taková pouť se vyřádila v sobotu 29. května 1999 v PL Dobřany. Smálo se na ni slunce od samého rána a stromy v ústavním parku vykoupané v ranním dešti jako kdyby hlídaly sváteční atmosféru. Všem je třeba takových pohledů: pro nemocnou duši dvojnásob.

Foto ROMANA JUNGROVA



Pacientky-babičky byly pozvány na přátelské posazení a kus řeči za dědečky na odd. 5. Nechybělo pohoštění, z magnetofonu hrála dechovka, a tak se dostalo i na tanečky. Toto pěkné setkání připravily terapeutky paní Krejsová, paní Kaslová společně se staniční paní Kroftovou.

Foto ROMANA JUNGROVA



Lečba praci - kovarska dílna, asi rok 1950

Foto archiv



Klempířská dílna asi v roce 1950

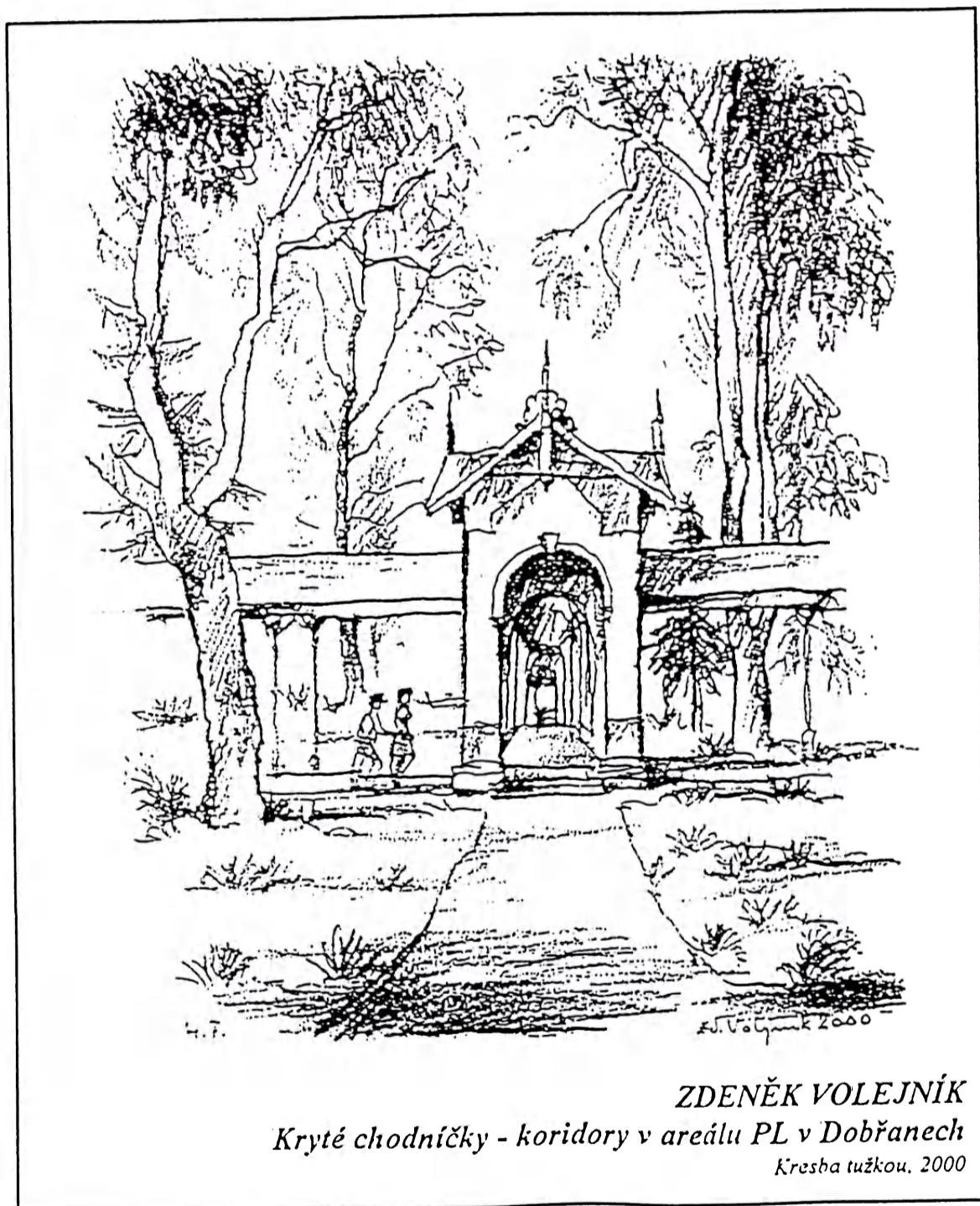
Foto archiv



Záhrada VI. kolony

Foto archiv

Z PRACÍ PACIENTŮ



Příloha č. 5

Tato báseň byla nalezena na geriatrickém oddělení poté, co tam její autorka zemřela. Dokud o básni sestry nevěděly, byly přesvědčeny, že tato stará nemohoucí žena nemůže po sobě zanechat nic, co by mělo nějakou cenu. Posud'te.

Toto vám píše stará, protivná ženská

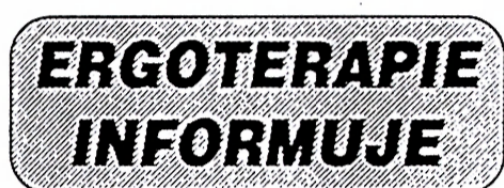
*Sestřičky, sestry, připadám vám známě?
A co si myslíte, když díváte se na mě?
Protivná ženská stará, všechno ji leká,
divně se chová a zírá dodaleka.
Snažte se pohnout s ní a křičte v jednom kuse,
sedi tu, mlčí, jen žmoulá něco v puse.
Zdá se, že nevnímá, jakáže je s ní dřina
a nosit ponožky a boty, to věčně zapominá.
Žije či nežije, snad neví, co se děje, koupat a krmit,
uplývá den - a bez naděje.
To myslíte si, sestry, když na mne hledíte?
Otevřte oči! To přece nejsem já, koho tu vidíte!*

*Ted' řeknu vám, kdo jsem, když sedím bez hnutí
a spím a jím a žiju, kdo jak mě donutí.
Zas malá holka jsem, tak asi deset je mi,
ráda jsem s maminkou, tátou, se sourozenci všemi.
Dívka jsem, šestnáct, křídla mám na nohou
a sním, že princ můj čeká tam za horou.
Nevěsta šťastná. Ten, o kterém jsem snila,
můj přijal slib, já nikdy nehradila.
Už děti mám a domov tam, kde se nebrečí.*

*O jejich radost dbám, o jejich bezpečí.
Už třicítka je tu a čas tak děsně pádi,
synové rostou, jen kěz se mají rádi!
Čtyřicet - a synáčkové velci už z domu odcházejí,
však se mnou je můj muž, ve dvou je veseleji.
Padesát přešlo, zas děti batoli se kolem.
Pak přišla temnota, vzala mi manžela.
Co bude dál? Hrůza mnou zachvěla.
Mé děti pečují ted' o tu svoji chásku.
Já myslím dozadu, co znala jsem, ach lásku!
Stará jsem ženská a příroda moc zlá je
a s námi starými ted' na blázna si hraje.
Tělo se drobí, síla je pryč i krása oněměla
a kámen mám, kde dříve jsem srdce měla.
V té staré zdechlině však mladá jsem jak kdysi
a srdce ubité přec občas poskočí si.
Vzpomínám na radost, na bolest vzpomínám
a miluju a žiju, jak milovati znám.
Na pár těch přešlých let já pamatuji vděčně
a přijímám, nejsme tu nekonečně.*

*Sestřičky milé, já nejsem tam, kam pohled váš se nese,
ta stará protiva! Otevřte oči! Pojd'te jen bliž!
A na mé JÁ ted' divejte se!*

Příloha č. 6



Nový pracovní dekurs

Mgr. NOSKOVÁ, ergoterapie

Od září 1999 bude zaveden nový pracovní dekurs, který umožňuje nejen rychlejší a přehlednější informaci o průběhu léčby prací jednotlivých pacientů, ale i zpětnou vazbu mezi terapií a oddělením. Tiskopis byl úspěšně vyzkoušen na odd. 8 a 9, zatím dodán na odd. 10 a 26.

Domnívám se, že po kontrole VZP, která kritizovala nedostatky v dokumentaci, je tento pracovní dekurs jedním z možných kroků k nápravě.

PRACOVNÍ DEKURS

Oddělení	Příjmení a jméno	Rod. č.	Dg.			
		č. oš.				
Doporučení lékaře, razítko, podpis, datum:						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">TÝDENNÍ HODNOCENÍ</td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Stupně: vynikající, velmi dobrý **** dobrý *** vcelku dobrý ** špatný * </td> </tr> </table>				TÝDENNÍ HODNOCENÍ	Stupně: vynikající, velmi dobrý **** dobrý *** vcelku dobrý ** špatný *	
TÝDENNÍ HODNOCENÍ	Stupně: vynikající, velmi dobrý **** dobrý *** vcelku dobrý ** špatný *					
Datum	Druh činnosti	Soustře- děnost	Výdrž	Výkonnost	Poznámky	Podpisy ter., lékaře

Příloha č. 7

Deklarace práv duševně nemocných

Rezoluce schválená valným shromážděním OSN dne 20. 12. 1971

1. Duševně postižený občan má, pokud je to jen možné, stejná práva jako ostatní občané.
2. Duševně postižený občan má nárok na přiměřené lékařské ošetření a terapii odpovídající jeho potřebám, jakož i nárok na takové vzdělání, trénink, rehabilitaci a podporu, které co nejvíce mohou rozvinout jeho možný potenciál a schopnosti.
3. Duševně postižený občan má právo na hospodářské zajištění a přiměřený životní standard. Má také právo na produktivní práci nebo odpovídající zaměstnání, které odpovídá pokud možno jeho schopnostem.
4. Tam, kde je to možné, měl by duševně postižený žít se svojí vlastní nebo opatrovnickou rodinou a s ní společně sdílet život. Rodina, ve které žije, by měla ke společnému životu obdržet podporu. Pokud je nutný pobyt v zařízení, pak by se způsob života v tomto zařízení a podmínky v něm měly přiblížit normálnímu životu, jak je to jen možné.
5. Duševně postižený občan má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud je to k jeho blahu a zájmům žádoucí.
6. Duševně postižený občan má právo na ochranu před zneužíváním, pohrdáním a ponižujícím jednáním. Pokud je obžalován za přečin, pak má právo na řádné soudní vyšetřování a posouzení jeho míry odpovědnosti se zřetelem na jeho postižení.
7. Pokud duševně postižený občan není v důsledku svého postižení schopen v plném rozsahu využít všechny svá práva, nebo pokud by bylo nutné některá nebo všechna práva omezit či odejmout, musí se při průběhu omezení nebo odejmutí práv prokázat příslušná právní jistota proti jakémoliv formě zneužití.

Tento proces musí vycházet z odborného posouzení sociálních schopností duševně postižené osoby a musí podléhat pravidelné kontrole, jakož i právu se odvolat k vyšší instanci.

Příloha č. 8

Báseň o bláznech

Anonymní pacient

Jsem možná blázen nebo blb, ale jedna věc je mi jasná, že ŽIVOT není život, ale pohádka krásná.

Ten život s velkým „Ž“ nežijou všichni, to jen pár lidí, ti kteří přemýšlejí o životě a za vším něco vidí.

Třeba i ze zdí vidí život, pro ně i dřevo může žít, vždyť je to tak krásné mít fantazii a nenechat ji umřít.

A právě takovou fantazii mají blázni, proto je máte za blbce? Ne, tak to není pravda, pravda je ta, že oni vás mají za tupce.

Za tupce tupý, kteří nechtějí vědět, co to je život s velkým „Ž“, vás totiž zajímají jenom prachy, majetek a život s malým „ž“.

Život s malým „ž“ je váš každodenní nudný svět, nemáte zájem proniknout k nim a něco o nich vědět.

Zkuste se k nim dostat, pomoci jim a poznat život s velkým „Žet“, oni za to stojí, to mi věřte, hned vám bude na nich záležet.

Tímto vším chci říci jenom toto, že blázen je pravdivý člověk a vy jste jen jako foto.