,

EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání

Název projektu	Rozvoj vzdělávání na Slezské univerzitě v Opavě
Registrační číslo projektu	CZ.02.2.69/0.0./0.0/16_015/0002400

Základy psychiatrie pro speciální pedagogy

Distanční studijní text

Jiřina Hosáková

Opava 2019

SLEZSKÁ
UNIVERZITA
FAKULTA VEŘEJNÝCH
POLITIK V OPAVĚ

Obor: Pedagogika, psychiatrie, psychologie, sociální práce, ošetřovatelství.

Klíčová slova: Psychiatrie, duševní porucha, léčba, pacient, diagnóza, příznak.

Anotace:

Předložený text je věnován obecným informacím z oboru psychiatrie. Poskytuje přehled o organizaci psychiatrické péče, způsobu diagnostiky duševních poruch, jejich obecně symptomatice. Zároveň popisuje stavy související s akutní psychózou a duševními problémy v šestinedělí. Část textu se zabývá problematikou práva a etiky ve vztahu k duševně nemocným.

Text není dostatečný svým obsahem pro studenty zdravotnických oborů. Studentům nezdravotnických oborů však přibližuje jednoduchým a srozumitelným způsobem problematiku psychiatrie jako jednoho z medicínských oborů.

Autor: **Mgr. Jiřina Hosáková, Ph.D.**

Obsah

ÚVODEM 6
RYCHLÝ NÁHLED STUDIJNÍ OPORY 7
1 ÚVOD DO PSYCHIATRIE. ORGANIZACE PSYCHIATRICKÉ PÉČE 8
1.1 Historie péče o duševně nemocné 8
1.2 Organizace psychiatrické péče 13
1.2.1 Reforma psychiatrické péče 16
2 KLASIFIKACE DUŠEVNÍCH PORUCH 18
2.1 Základní pojmy související s diagnostikou 19
2.2 Klasifikační diagnostické systémy 20
3 ZÁKLADNÍ POJMY V PSYCHIATRII 24
3.1 Poruchy vědomí 26
3.2 Poruchy orientace 28
3.3 Poruchy pozornosti 28
3.4 Poruchy vnímání 28
3.5 Poruchy myšlení 29
3.6 Poruchy emotivity 32
3.6.1 Poruchy afektu 33
3.7 Poruchy nálad 34
3.7.1 Kvalitativní poruchy emotivity 35
3.8 Poruchy osobnosti 35
3.9 Poruchy paměti 37
3.10 Poruchy intelektu 41
3.11 Poruchy vůle 42
3.12 Poruchy jednání 43
3.13 Poruchy pudů 44
4 HLAVNÍ SYNDROMY V PSYCHIATRII 47
5 DIAGNOSTIKA. ROZHOVOR S PSYCHIATRICKÝM PACIENTEM 53
5.1 Rozhovor s psychiatrickým pacientem 55
5.1.1 Struktura psychiatrického vyšetření 56
6 LÉČEBNÉ POSTUPY V PSYCHIATRII 61
6.1 Biologické léčebné metody 64

6.2 Psychoterapie 69
7 Psychiatrická rehabilitace a resocializace 77
8 AKUTNÍ STAVY V PSYCHIATRII 83
9 DUŠEVNÍ PORUCHY A PORUCHY CHOVÁNÍ SPOJENÉ SE ŠESTINEDĚLÍM 94
10 PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA. PSYCHIATRICKÁ PROBLEMATIKA U SOMATICKY NEMOCNÝCH 99
11 PRÁVNÍ PROBLEMATIKA V PSYCHIATRII 105
11.1 Mezinárodní úmluvy 108
11.2 České právní normy 109
11.2.1 Nedobrovolná hospitalizace 109
11.2.2 Negativní reverz 110
11.2.3 Ochranné léčení 111
11.2.4 Posouzení svéprávnosti 112
12 ETIKA A STIGMATIZACE V PSYCHIATRII 115
LITERATURA 123
SHRNUTÍ STUDIJNÍ OPORY 124
PŘEHLED DOSTUPNÝCH IKON 125

ÚVODEM

Cílem tohoto studijního textu je podat studentům bakalářského studia oboru speciální pedagogika stručný souhrn základních informací o problematice oboru psychiatrie Primárně je sice předložený text určen pro tuto skupinu studentů, může být však využit pro vzdělávání vysokoškolských studentů v jiných nezdravotnických oborech, případně jiných zájemců o obor psychiatrie.

Jsou zde zpracována obecná témata oboru, která tvoří základ teoretických znalostí nutných pro pochopení jednotlivých duševních poruch. Studenti se seznámí s historií oboru, s organizací péče o duševně nemocné, ale i s problematikou práva a etiky ve vztahu k duševně nemocným. Dále se zorientují v odborné terminologii používané v psychiatrii, v dělení duševních poruch a v nejčastěji se vyskytujících příznacích. Část obsahu textu se zabývá vyšetřovacími a léčebnými metodami, které jsou pro obor psychiatrie charakteristické. Okrajově se dotkneme i péče o ženy v šestinedělí a problematiku psychosomatické medicíny.

Pro studium tohoto předmětu nejsou požadovány žádné speciální požadavky, postačí znalosti biologie člověka získané studiem na střední škole. Žádoucí je ale chuť seznámit se s oborem psychiatrie.

V předloženém studijním textu jsou zpřehledněny pouze základní informace. Obsáhlejší znalosti je možno získat studiem odborné literatury, která je uvedena v seznamu literárních zdrojů.

Mimo vlastního textu jsou kapitoly doplněny o klíčová slova charakteristická pro jednotlivá témata a předpokládaný čas potřebný pro studium tématu. Získané znalosti je možno ověřit si zodpovězením kontrolních otázek, které jsou součástí každé kapitoly. Správné odpovědi lze dohledat v textu, ale i na konci jednotlivých kapitol.

Přeji příjemné studium a věřím, že text nejen zvýší povědomí o oboru, ale pozitivně ovlivní i váš přístup k duševně nemocným.

RYCHLÝ NÁHLED STUDIJNÍ OPORY

Předložený studijní text Základy psychiatrie pro speciální pedagogy zpřehledňuje základní obecné informace o jednom z medicínských oborů – o psychiatrii. Cílem tohoto textu není seznámit s konkrétními duševními poruchami, ale přiblížit obor jako takový.

Úvodní kapitola je věnována organizaci psychiatrické péče v České republice, kde jsou uvedeny typy zařízení pečujících o duševně nemocné.

Další kapitoly se zabývají problematikou diagnostiky duševních poruch, s čímž souvisí i seznámení s psychiatrickou terminologií, se základními symptomy a syndromy u duševních poruch a s vlastním diagnostickým procesem, včetně informací o obsahu psychiatrického vyšetření.

Následují kapitoly věnované léčebným postupům v psychiatrii. Studenti získají přehled o léčebných postupech, jejich rozdělení a základní charakteristice jednotlivých léčebných metod. Část textu je věnována i resocializaci a rehabilitaci v psychiatrii jako způsobům péče o duševně nemocné po odeznění akutní fáze choroby.

Dvě z kapitol jsou věnované konkrétním stavům souvisejícím s psychiatrií. Jde o akutní stavy v psychiatrii, kdy jsou nemocní ohrožení na životě a jejich léčba probíhá na jiných typech pracovišť (nejčastěji na jednotkách intenzivní péče) a dále z duševní poruchy související s obdobím šestinedělí.

Poslední dvě kapitoly se věnují tématu práva a etiky v psychiatrii. Díky duševní poruše často nejsou nemocní schopní prosazovat si svá práva, nejsou schopní o sobě rozhodovat a jsou snadným cílem pro šikanu, ponižování a zneužívání. Proto jsou rizikové oblasti péče poměrně podrobně dané legislativou, která má zajistit dodržování práv duševně nemocných, ale i ochranu okolí před případným násilím ze strany duševně nemocných v případě zhoršení jejich zdravotního stavu.

Vlastní text je doplněn o další zajímavé odkazy, které pomohou studentům pochopit složitost péče o duševně nemocné a snad pozitivně změnit jejich pohled na tuto stigmatizovanou skupinu nemocných.

1 ÚVOD DO PSYCHIATRIE. ORGANIZACE PSYCHIATRICKÉ PÉČE

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

První zmínky o duševně nemocných byly zachyceny již u starověkých civilizacích. Historicky byl výskyt duševních poruch spojován s nadpřirozenými silami, které mohly nemoci způsobit, ale zároveň je i léčit.

První pokusy o systematickou léčbu duševních poruch byly zaznamenány od 19. století, k největšímu rozvoji oboru ale začalo docházet až ve 2. polovině minulého století. V tu dobu byla vytvořená i struktura psychiatrické péče v České republice, která je s mírnými úpravami platná dodnes.

CÍLE KAPITOLY

Po prostudování této kapitoly student:

- získá základní přehled o psychiatrii jako jednom z medicínských oborů
- dokáže popsat systém psychiatrické péče v České republice.

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

2 hodiny.

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Psychiatrie, duševně nemocný, pacient, péče.

1.1 Historie péče o duševně nemocné

První zmínky o pečování o duševně nemocné lze dohledat již ve starém Egyptě a Babylonii, tedy přibližně v 15. stolení př. n. l. Lidé s duševními poruchou v tu dobu nebyli považováni za nemocné, ale za posedlé zlými duchy a příčina byla spatřována

v nesouladu s přírodou. Z tohoto přesvědčení taky vyplývaly způsoby péče. K vymýcení nadpřirozených sil se používaly nejčastěji různé rostliny v kombinaci s náboženskými rituály a tento přístup přetrvával staletí až do období středověku. Mimo rostlin byly využívány i šokové metody léčby v mnoha podobách. Příkladem může být vystavení duševně nemocného emocionální krizi, k vyvolání šoku ale sloužilo i přikládání rejnoka elektrického na hlavu nemocného nebo vystavení nemocného simulovanému útoku slona (praktikováno v Indii). Tyto metody vycházely z přesvědčení, že pokud je nemocný vystaven nějakému ohrožujícímu zážitku, po jeho odeznění se vlivem zmírnění úzkosti upraví jeho duševní stav jako celek. Základy některých terapeutických metod jsou však platné až do dnešní doby. Například již v antickém Řecku byla používaná k uklidnění nemocných cíleně hudba, což můžeme z dnešního pohledu považovat za primitivní formu muzikoterapie.

Obecně byl však přístup k duševně nemocným negativní. Tito nemocní byli často izolování od ostatních s cílem zabránit přenosu a působení zlých duchů na ostatní členy společnosti. Přístup k nim a zacházení bylo charakteristické krutým a násilným chováním zdravých.

Po celá staletí byla péče o duševně nemocné dvojí: milosrdná pomoc a nemilosrdná represe. Vše záleželo na místních podmínkách a zvycích, společenské vrstvě, ale zejména na obrazu choroby a jejím trvání. Tiší a podrobiví nemocní se mohli dočkat tolerance a dobročinnosti. Naproti tomu agresivní a neovládatelní, kteří ohrožovali bezpečnost či „veřejný pořádek“, končívali na venkově přikováni ve stodole, v městském vězení. Jen některá středověká města měla speciální azyly pro duševně nemocné.

DEFINICE

„Psychiatrie – je specializovaným lékařským oborem, který je zaměřen na teoretické a praktické aspekty diagnostiky, klasifikace, léčby, prevence, rehabilitace a výzkumu psychických (duševních) onemocnění a stavů.“ (Orel, 2016, s. 17)

Za nejtemnější období pro duševně nemocné je považován právě středověk, kdy byla péče o tuto skupinu nemocných svěřená kněžím. V tu dobu byly duševní poruchy převážně vysvětlovány jako trest za hřích proti náboženství nebo způsob života neodpovída-

jící v tu dobu platným normám. Osud duševně nemocných v tomto období byl různý. Někteří našli útočiště ve vznikajících útulcích, které provozovaly převážně církevní řády. Jiní byli označení za posedlé a církevní inkvizicí odsouzeni a upálení. Z historie známe tzv. hony na čarodějnice, které vyvrcholily z hlediska intenzity v Evropě v 16. století. Častěji končili na hranicích nemajetní. Vůči majetným byla církev vstřícnější. Část duševně nemocných byla veřejnosti prezentována z úplatu jako atrakce. V přímořských městech byli duševně nemocní izolování od společnosti tím, že byli umístění na tzv. lodě bláznů, které byly vypuštěny bez posádky na volné moře. Ve velkých městech byli zavíráni do podzemních kanalizací.

Za pozitivní v tomto období lze považovat vznik prvních škol univerzitního typu, ve kterých začalo docházet k systematickému studiu chorob, včetně duševních. Tehdejší badatelé například správně popsali rozšíření mozkových komor při úpadku osobnosti a pro výskyt tohoto jevu hledali jiné vysvětlení než působení vyšších sil. Také se snažili o formulování prvních terapeutických postupů. Pro zvládání duševně nemocných doporučovali například pouštění žilou, aplikaci klyzmatu, hladovění nebo podávání stravy se rtutí, která měla sloužit k očištění. Podle situace patřily mezi doporučení i modlitby.

Přístup k duševně nemocným se začal pozvolna měnit od konce 17. století, kdy byli tito lidé stahování z ulic a uzavíraní do zařízení vzniklých pro tyto účely. I zde však byl přístup k nemocným charakteristický používáním hrubé síly.

Zásadní zlom v přístupu k duševně nemocným je datován do přelomu 18. a 19. století a je spjat se jménem francouzského lékaře Philipa Pinela. Byl to právě Pinel, kdo popsal v hrubých obrysech duševní poruchy a vyvedl z cel duševně nemocné, kteří byli do té doby vězněni s ostatními zločinci. Veřejně vystupoval proti používání hrubého násilí proti této skupině nemocných. Zároveň se zasloužil o budování psychiatrických nemocnic, kde by byli duševně nemocní umístění, neobtěžovali tedy zdravou společnost a zároveň pobývali v klidném prostředí se zajištěnou péčí.

Pro rozvoj psychiatrie u nás bylo významné období konce 18. století, kdy došlo v důsledku vývoje technologií a společnosti ke změně společenského vědomí. V Rakousko-Uhersku, pod které v tu dobu naše země patřila, inicioval císař Josef II. zásadní modernizaci státu, jeho legislativy a institucí. K ní patřilo také zřizování státních sociálních a zdravotních institucí různých typů. V Praze šlo o nalezinec, chudobinec, ústav pro hlu-

choněmé, porodnici, nemocnici (až po Brně a Olomouci) a nakonec také „blázinec“ (Tollhaus), jehož otevření v roce 1790 se již Josef II. nedožil.

Budova tehdejšího Tollhausu dodnes stojí v areálu Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Přízemí i obě patra byla rozdělena dlouhou chodbou s deseti celami po obou stranách. V každé byla dvě lůžka, lavice a nočník, vše podezděno. Na konci chodby byla kamna k vytápění celého patra, nádoby s vodou a vana. Nemocní se mohli během dne procházet po chodbách, za dobrého počasí pak mohli trávit čas v zahradě osázené lipami. V poschodích byly dvě světnice první třídy, v přízemí bydlel vrátný. Zřízenci museli být ženatí, aby nedocházelo ke nezneužívání pacientek, plat byla minimální. V čele tohoto zařízení byl tzv. podchirurg, tedy absolvent krátkého studia medicíny na univerzitě. Toto zařízení mělo spíše vězeňský charakter, nikdo neprojevoval v podstatě ani snahu o léčení, nemocní byli vystaveni hrubému zacházení. Například v roce 1791 byl stav nemocných 93 (ačkoli kapacita činila 54 osob), propuštěno bylo 33 „uzdravených“, 17 „polepšených“, 25 zemřelo. Ošetřovné se lišilo podle třídy I.–III., nemajetní byli ošetřováni zdarma. Toto „třídní“ rozdělení se zachovalo až do poloviny 20. století. Praxe tohoto ústavu byla již na počátku 19. století předmětem kritiky. Nemocní trpěli hlukem jiných nemocných. Tlak okolností si vynutil třídění alespoň do té míry, že v několika světnicích byli umístěni klidnější nemocní.

Toto uspořádání se ale ukázalo jako nevhodné, proto byl zakoupen augustiánský klášter sv. Kateřiny, kde byl roce 1826 otevřen Ústav pro choromyslné u sv. Kateřiny. Ústav měl již větší kapacitu, celkem 250 lůžek a došlo i ke změně ve složení zdravotnického personálu. V čele zde stál primář a byli zde i další lékaři s klasickým vzděláním v medicíně.

Pro zajímavost je vhodné zmínit, jak probíhala péče o tyto nemocné. Byla preferována práce venku, uvádělo se práce „na zdravém vzduchu“ a zejména práce, která odpovídala odborné kvalifikaci nemocného, jeho řemeslu nebo i zálibám – od četby až po vytváření herbářů nebo například mineralogických sbírek. Na nemocné dozírali specializovaní opatrovníci, kteří jim přidělovali práci, dohlíželi na ně a zároveň tvořili výkazy o materiálu a výrobcích, které pacienti vyrobili. Šlo v podstatě o druh pracovní terapie, která je součástí léčby dodnes. Pacienti za tuto práci dostávali malou peněžní odměnu. Zaměstnávání nemocných bylo užitečné nejen pro nemocné, ale také pro ústav, který výrobky nemocných prodával. Pacienti se ale podíleli i na zajištěných služeb v zařízení, například praní a

spravování prádla, práce v kuchyni, pěstování zeleniny atd. Pacienti měli i hudební sbor, nástroje včetně klavíru zakoupil ústav. Pro pacienty byly pořádány výlety, návštěvy koncertů a divadel. Pravidelně se konaly taneční zábavy a setkání nemocných. V tu dobu revolučním počinem bylo zavedení tělocviku pod vedením proškoleného pracovníka. Další specifickou aktivitou bylo školní vyučování psaní, čtení a počtů.

K většímu rozvoji sítě psychiatrických nemocnic v Evropě došlo ke konci 19. století a psychiatrické choroby se definitivně staly součástí zdravotnictví. Například první psychiatrická nemocnice v Evropě vznikla v roce 1784 ve Vídni. Mediálně známá Psychiatrická nemocnice v Praze – Bohnicích byla zřízena až v roce 1904. Nejstarším zařízením pro duševně nemocné na Moravě a ve Slezsku je Psychiatrická nemocnice v Opavě s rokem založení 1889.

V 19. století došlo k formování psychiatrie jako jednoho z medicínských oborů. Začaly vycházet oborné publikace o duševních poruchách, fakticky byla popsán celá řada příznaků a syndromů duševních poruch, ve kterých však byla špatná orientace. Smysluplně rozdělil duševní poruchy do nozologických celků až německý lékař Emil Kraepelin, jehož dělení těchto chorob je používáno dodnes.

Tak jako ve všech medicínských oborech, i v psychiatrii došlo k nejvýznamnějšímu rozvoji ve století dvacátém. Počátkem tohoto století byla zařazená mezi léčebné metody Freudova psychoanalýza, později došlo ke vzniku a formulování dalších psychoterapeutických směrů. Zároveň byla snah ovlivňovat duševní poruchy biologickými metodami. Do tohoto období patří první aplikace šokové léčby, kdy pro vyvolání šokového stavu sloužilo umělé vyvolání horečky nebo naopak trvalého spánku. Pro dosažení konvulzivních stavů se začala provádět léčba inzulínem, kdy se u nemocného podáním inzulínu vyvolal šokový stav. Tato metoda však s sebou přinášela množství komplikací. Poslední metodou pro vyvolání šokového stavu bylo použití elektrické energie a tato metoda elektrokonvulzivní terapie je používaná dodnes.

Nejdůležitější posun v léčbě duševních poruch nastal v 50. letech minulého století objevením prvních psychofarmak. Tyto léky účinně zlepšovaly nejen zdravotní stav nemocných, ale umožnily i snížení používání omezovacích prostředků. Postupem času docházelo nejen k pozitivnímu vývoji v oblasti farmak, terapie byla doplňována o různé formy psychoterapie a do terapeutických plánu byla zahrnuta i resocializace. Diagnostiku du-

ševních poruch ovlivnil rozmach zobrazovacích metod, ale i možnosti laboratorní diagnostiky a genetiky.

V České republice byl obor až do konce minulého století spíše izolován od jiných medicínských oborů. Péče byla realizována v psychiatrických ambulancích, pokud však byla nutná hospitalizace, pacienti byli většinou umisťování do velkých lůžkových zařízení, často vzdálených desítky kilometrů od místa bydliště. Menší zřízení existovala v podobě psychiatrických klinik a lůžkových psychiatrických oddělení v rámci všeobecných nemocnic, těchto zařízení však bylo minimum.

Od změny politického režimu se sice o duševních chorobách a psychiatrii jako oboru hovoří veřejně a častěji, zavedený model péče je však uplatňován stále s minimem změn.

PRO ZÁJEMCE

Víte, že dle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR v roce 2017 poskytovalo v České republice psychiatrickou lůžkovou péči celkem 31 psychiatrických oddělení a psychiatrických klinik (1317 lůžek), 18 psychiatrických nemocnic/léčeben (8709 lůžek) a 3 dětské psychiatrické léčebny (210 lůžek)? Ambulantních psychiatrických pracovišť bylo dle stejného zdroje registrováno celkem 1031.

S psychiatrií ve 20. století je spojena i problematika zneužívání oboru. V období nacizmu docházelo ke sterilizaci duševně nemocných, od roku 1940 k jejich systematickému masivnímu vyhlazování. V pozdějších letech byly zaznamenány případy zneužívání u sovětských psychiatrů. Ti byli režimem nuceni prohlašovat za duševně nemocné nepohodlné disidenty a politické aktivisty, čímž byly poškozována jejich lidská práva.

1.2 Organizace psychiatrické péče

V současnosti je psychiatrická péče realizována zdravotnickými zařízeními a zařízeními sociálních služeb. Ošetřovatelské týmy jsou multidisciplinární, složené ze zdravotnických pracovníků (lékaři, sestry, ošetřovatelé, psychologové) a z pracovníků sociálních služeb (sociální pracovníci, pečovatelé). Péče poskytována ve státních i soukromých

zdravotnických zařízeních je hrazena ze zdravotního pojištění (s ohledem na podmínky smlouvy mezi zdravotnickým zařízením jako poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou jako plátcem), péče poskytovaná v zařízeních sociální péče je zpoplatněna dle ceníků jednotlivých zařízení. Probíhá ve formě péče ***ambulantní, lůžkové*** a ***intermediární.***

Ambulantní péči zajišťují psychiatrické ambulance. Ty poskytují všeobecnou psychiatrickou péči, mohou být ale i dále specializované například na pedopsychiatrické (pro děti), gerontopsychiatrické (pro seniory), adiktologické (pro závislé na návykových látkách) nebo sexuologické. Zařízení mohou být státní i soukromá. I v soukromých psychiatrických ambulancích je péče hrazená ze zdravotního pojištění, pokud má lékař s příslušnou zdravotní pojišťovnou uzavřenu smlouvu. Péči může ale poskytnout i za přímou úhradu.

Lůžkovou péči poskytují psychiatrické nemocnice (dříve psychiatrické léčebny), psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic a psychiatrické kliniky fakultních nemocnic. Tato zařízení poskytují péči po omezenou dobu. Na psychiatrických odděleních a psychiatrických klinikách trvá léčebný pobyt řádově ve dnech až několika týdnech (zpravidla do 2 měsíců), v psychiatrických nemocnicích až několik měsíců. Hospitalizace zde by neměla trvat déle než 1 rok.

Jednotlivá oddělení mohou mít charakter *uzavřeného oddělení*, kdy se pacient nemůže sám pohybovat mimo oddělení nebo *otevřeného oddělení*, kdy se může pohybovat samostatně i mimo oddělení v areálu zdravotnického zařízení.

Pokud stav duševně nemocného nedovoluje jeho další pobyt v komunitě, jsou pacienti umisťováni do pobytových zařízení pro duševně nemocné, která však spadají do zdravotnických služeb, ne služeb zdravotnických.

Součástí některých lůžkových zařízení jsou i Protialkoholní (záchytné) stanice, které však neslouží pro léčbu, ale výhradně k akutnímu ošetření osob, které pod vlivem alkoholu ohrožují sebe nebo své okolí. Jejich zřizovateli bývají orgány státní správy.

Intermediární péči tvoří denní stacionáře, chráněné dílny, různé typy chráněného bydlení a terapeutické kluby a svépomocné skupiny.

Denní stacionáře zajišťují péči během dne, kdy o nemocné pečují různé pracovníků (lékař, sestra, psycholog, ošetřovatelka, sociální pracovník) a program je organizován s ohledem na skupinu pacientů, pro které je stacionář určen (např. pacienti s organickým poškozením mozku nebo s psychózou). Často plní roli mezičlánku mezi ambulantní a lůžkovou péčí.

Chráněné dílny umožňují zaměstnání duševně nemocných, kteří by jinak zaměstnání neměli šanci získat. Jejich přínos není pouze v zajištění výdělku, ale i v zajištění sociálního kontaktu a v rozvoji všeobecných pracovních dovedností.

Chráněné bydlení je pobytovou službou určenou pro duševně nemocné se sníženou soběstačností, kteří nezvládají samostatné bydlení. Pokud je prognóza onemocnění nepříznivá a duševně nemocní nemají podporu rodiny, bývají umisťování do domovů se zvláštním režimem, kde mohou pobývat po neomezenou dobu.

PRO ZÁJEMCE

Nejvýznamnějším psychiatrickým zařízením v České republice poskytujícím především vědeckovýzkumnou činnost je Národní ústav duševního zdraví, které vzniklo transformací z Psychiatrického centra Praha. Rozsah činnosti i oblasti výzkumu je možno dohledat na http://www.nudz.cz/ .

V některých zařízeních jsou (zpravidla 1x měsíčně) organizovány terapeutické kluby, kde se scházejí pacienti s podobným onemocněním, kteří jsou aktuálně v remisi. Podobnou funkci plní i svépomocné skupiny, které mohou být určeny samotným pacientům, ale i jejich blízkým.

Krizová centra patří mezi nízkoprahová zařízení sociální péče a mají primárně preventivní charakter, hlavně v oblasti rizikového chování (např. návykové látky).

1.2.1 REFORMA PSYCHIATRICKÉ PÉČE

Stávající spektrum a úroveň poskytované péče již zdaleka neodpovídá požadovaným standardům. Z toho důvodu byla v roce 2008 revidovaná Koncepce oboru psychiatrie, která doporučila poměrně zásadní transformaci péče tak, aby odpovídala stávajícímu evropskému standardu. V roce 2013 byl schválen dokument Strategie reformy psychiatrické péče, který definuje změny až do roku 2023. Obecným cílem reformy je zlepšit kvalitu života nemocných s duševní poruchou. Trendem je posilování ambulantní a intermediární péče na úkor snížení počtu psychiatrických lůžek. Aktuální informace o postupu transformace, ale i o reformě komplexně je možno sledovat na webových stránkách Reformy péče o duševní zdraví.

SAMOSTATNÝ ÚKOL

Vyhledejte na webových stránkách www.reformapsychiatrie.cz nejbližší Centrum duševního zdraví pro oblast Opavy.

Po této systémové změně bude klíčovým prvkem nově centrum duševního zdraví jako zařízení, které bude v daném regionu zajišťovat péči ambulantní, stacionární i mobilní (terénní). Tato centra nebudou součástí psychiatrických nemocnic, ale budou umístěná v běžné zástavbě a mají poskytovat své služby po 24 hodin denně. Jejich vznik by měl zvýšit dostupnost psychiatrické péče, což s sebou přinese rychlejší diagnostiku duševních poruch. Možnost docházení do stacionáře a mobilní služba zase umožní rychlejší propuštění nemocných z lůžkové péče s tím, že doléčení bude probíhat za dozoru v komunitě. Postupně by mělo vzniknout celkem 100 center duševního zdraví rozmístěných rovnoměrně po celé republice.

Jde o poměrně náročný úkol vyžadující nemalé finanční prostředky, proto je tato činnost podporována dotacemi z evropských strukturálních fondů.

OTÁZKY

1. Kdy lze dohledat první zmínky o péči o duševně nemocné?

2. Ve kterém období vznikaly psychiatrické léčebny v Evropě?

3. Který nový prvek v péči o duševně nemocné vznikne v souvislosti s reformou psychiatrie?

SHRNUTÍ KAPITOLY

Prostudováním této kapitoly se student seznámil z nejvýznamnějšími milníky ve vývoji péče o duševně nemocné a získal základní přehled o organizaci léčby duševně nemocných.

ODPOVĚDI

1. 15. st. př. n. l.

2. 19. století

3. Centrum duševního zdraví

DALŠÍ ZDROJE

HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER. J. a kol.. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

PETR, T., MARKOVÁ, E. A KOL. Ošetřovatelství v psychiatrii. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6

2 KLASIFIKACE DUŠEVNÍCH PORUCH

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Tato kapitola zpřehledňuje základní poznatky o procesu stanovení diagnózy duševní poruchy a o nejčastěji používaných diagnostických systémech v psychiatrii.

CÍLE KAPITOLY

Po prostudování kapitoly bude student schopen:

- Vysvětlit postup při stanovení diagnózy
- Objasnit základní pojmy související s diagnostikou
- Popsat rozdíl mezi klasifikačními systémy

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

2 hodiny

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Diagnóza, klasifikační systém, příčina, příznak

Stejně jako v jakémkoliv jiném medicínském oboru, i v psychiatrii je nutné hledat u nemocných souvislosti a podobnosti mezi jejich potížemi a z nich následně predikovat průběh nemoci i volit vhodné terapeutické postupy.

Hranici mezi duševním zdravím a duševní poruchou bývá často nejednoznačná a neostrá. Hranice normy se navíc vyvíjejí a mění se změnami a vývojem společnosti. Proto je nutné používat ke správnému pojmenování nemoci některý z platných diagnostických a klasifikačních systémů.

O příčinách duševních poruch toho víme i v dnešní době poměrně málo, což nám neumožňuje tato onemocnění spolehlivě klasifikovat podle příčiny. Proto se používají klasi-

fikace podle prožitků a chování nemocných, tedy podle zachycené psychopatologie, kdy z vědeckého pohledu popisujeme to, co je patologické, tedy nezdravé. (Orel, 2012, s. 12)

DEFINICE

„Psychopatologie – nauka o psychických nemocech, chorobných a hraničních duševních jevech.“ (Orel, 2016, s. 16)

2.1 Základní pojmy související s diagnostikou

Při stanovení diagnózy duševní poruchy se u nemocného sleduje výskyt:

- symptomů
- syndromů
- nozologických jednotek (lékařských diagnóz)

Běžné projevy nemoci jsou označovány jako *symptomy* (příznaky). Ty mohou být pozorovatelné *zvenčí,* tedy *objektivní* (např. změna chůze) nebo *subjektivní, tedy prožívané prožívané* pacientem (např. bolest). Jde pouze o jednoduchý příznak, na základě kterého nelze stanovit diagnózu duševní poruchy, ani predikovat další průběh stavu.

Za určitých okolností se symptomy vyskytují v charakteristických skupinách a tehdy hovoříme o *syndromech* (např. depresivní syndrom). Jde tedy o skupinu příznaků, které se charakteristicky kombinují.

KONTROLNÍ OTÁZKA

Jaký je rozdíl mezi pojmy symptom a syndrom?

Určení choroby nebo jejích následků, vrozených poruch a vad, rozlišení jedné nemoci od druhé, to vše se označuje termínem *lékařská diagnóza*. Každá tato nozologická jednot-

ka je zařazena do určitých diagnostických skupin a kategorií (např. organicky podmíněné duševní poruchy).

2.2 Klasifikační diagnostické systémy

V dřívějších dobách se duševní poruchy dělily se na psychózy a neurózy. Psychóza byla považována za „trvalou vadu“, tedy vážný stav s narušeným vědomím a přítomností halucinací a bludů. Neurózy byly vnímané jako méně závažné, většinou přechodná, onemocnění, jejichž charakteristickým znakem byla úzkost.

V současnosti se diagnostika opírá o kritéria, která jsou na základě epidemiologických dat formulována jednotlivými diagnostickými klasifikačními systémy. Jejich nespornou výhodou je skutečnost, že umožňují nejen komunikaci mezi odborníky a různými institucemi, ale napomáhají předpokládat průběh a prognózu konkrétních chorob. V prostředí České republiky je v psychiatrii používána Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN), v zahraničí, hlavně v Americe, je preferován Diagnostický a statistický manuál (DSM). Oba tyto systémy se neustále vyvíjejí a revidují.

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) je klasifikace připravovaná Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a je používaná hlavně v Evropě. V současnosti je od roku 1992 platná její 10. decenální revize. Konkrétně pro označení duševních poruch v oboru psychiatrie slouží písmeno F, které je dále doplněno o dvé číslice v rozmezí F00 – F99. První číslice označuje širší diagnostickou kapitolu, druhé blíže specifikuje typ poruchy. Např. v označení F10 označuje číslice 1 poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek a druhá číslice – 0 konkretizuje návykovou látku, v tomto případě alkohol. Za dvojčíslím následuje tečka a dále 1-2 další číslice. Ty určují aktuální syndrom nebo stav. Například F10.2 znamená označení pro Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu, syndrom závislosti. Tato klasifikace klade větší důraz na charakteristické příznaky, seznam symptomů a syndromů je zde složitější a specifičtější. Naopak délka trvání příznaků může být pro stanovení diagnózy kratší než v klasifikačním systému DSM.

U každé poruchy je uveden popis hlavních klinických znaků, charakteristik a důležitých přidružených rysů, někdy je stanoven také nezbytný počet a délka trvání příznaků, aby mohla být daná duševní porucha diagnostikována, bývají popsána také kritéria vylučující.

Jednotlivá diagnostická kritéria jsou heterogenní, zahrnují například subjektivní psychický pocit pacienta, tělesné obtíže, objektivní projevy chování, pracovní schopnost nebo reakci sociálního prostředí.

Rozdíly mezi duševním zdravím a duševní poruchou, stejně tak jako mezi jednotlivými duševními poruchami navzájem, jsou spíše kvantitativní než kvalitativní, což činí diagnostiku obtížnou. Duševní poruchy jsou podle MKN-10 rozděleny následovně:

- *F00 – F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických*
- *F10 – F19 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek*
- *F20 – F29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy*
- *F30 – F39 Poruchy nálady (afektivní poruchy)*
- *F40 – F49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy*
- *F50 – F59 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory*
- *F60 – F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých*
- *F70 – F79 Mentální retardace (duševní opoždění)*
- *F80 – F89 Poruchy psychického vývoje*
- *F90 – F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci*
- *F99 Nespecifikovaná duševní porucha*

PRO ZÁJEMCE

Každý z nás někdy musí vyhledat kvůli zdravotním potížím lékaře. Ten nám sice řekne, jaké máme problémy, ale protože v tu chvíli dostaneme mnoho informací, které nejsme schopní si zapamatovat, můžeme si přesný název choroby podle kódu, který bývá v lékařské zprávě nebo na neschopence uveden, zjistit. Mezinárodní klasifikace nemocí v 10. revizi je dostupná i na internetu, například na webových stránkách Ústavu zdravotnických informací a statistik (https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html).

Pro výzkum duševních poruch se celosvětově používá obvykle klasifikace Diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické asociace (DSM). Tento klasifikační systém vychází ze symptomatologie duševních poruch a je vyvíjen paralelně se systémem MKN. V současnosti je platná verze DSM-5. Je určen výhradně pro stanovení psychických onemocnění, netýká se chorob z jiných medicínských oborů. Ke stanovení diagnózy slouží specifičtější popis příznaků a zohledňuje se i přítomnost sociální a pracovní dysfunkce jako symptomů nemoci. Potíže zároveň musí trvat déle než při diagnostice v systému MKN.

Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, zkratka DSM) je mezinárodně používaná klasifikace Americké psychiatrické společnosti (APA) pro klasifikaci a statistiku mentálních poruch. DSM je sice americká národní klasifikace mentálních poruch, na rozdíl od Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 je však podrobnější a konkrétnější, takže se používá jako rozšíření a doplnění její psychiatrické části. Původně vznikla pro potřeby statistiky a srovnávání psychiatrických diagnóz, mimo jiné pro potřeby americké armády. Poprvé vyšla roku 1952, v současnosti platí verze DSM-5 z roku 2013, která už vyšla v celé řadě překladů do jiných jazyků, včetně českého. Čeští psychiatři s ní však pracují pouze v rámci výzkumu a mezinárodní spolupráce, v ČR se nepoužívá k oficiálnímu pojmenování duševní poruchy.

Stanovení diagnózy je nedílnou součástí moderní psychiatrie. Duševní poruchy se často rozvíjejí po dlouhou dobu, choroby z okruhu psychóz několik měsíců až málo let. Proto je konečná diagnóza v některých případech stanovena až s odstupem času poté, co se vybarví všechny symptomy.

OTÁZKY

1. Pojem diagnóza označuje:

a) příznak

b) skupinu příznaků

c) rozlišení jedné nemoci od druhé

2. V Evropě a v České republice se pro klasifikaci duševních poruch používá klasifikační systém:

a) MKN

b) DSM

3. Slouží klasifikace DSM ke stanovení výhradně duševních poruch nebo všech poruch, včetně somatických?

SHRNUTÍ KAPITOLY

V kapitole jsou popsány základní pojmy související s diagnostikou duševních poruch a vysvětleny nejčastěji používané diagnostické klasifikační systémy.

ODPOVĚDI

1 c, 2 a, 3 Výhradně duševních poruch.

DALŠÍ ZDROJE

HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER. J. a kol.. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

OREL, M. a kol. PSYCHOPATOLOGIE. Praha: Grada Publishing, a.s., 2016. 344 s. ISBN 978-80-247-5516-8

RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., JANOTOVÁ, D. Psychiatrie. *Minimum pro praxi.* 5. vydání. Praha: Triton s.r.o., 2012. 240 s. ISBN: 978-80-7387-582-4

3 ZÁKLADNÍ POJMY V PSYCHIATRII

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Cílem této kapitoly je stručně zpřehlednit problematiku hodnocení osobnosti člověka a představit základní dělení duševních poruch.

CÍLE KAPITOLY

Po prostudování této kapitoly bude student:

- Vysvětlit pojem psychopatologie
- Rozdělit duševní poruchy do tří kategorií
- Stručně popsat jednotlivé okruhy duševních poruch

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

4 hodiny

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Porucha psychika, psychopatologie, osobnost

V lidské psychice lze pozorovat poruchy v různých složkách. Při duševních poruchách se často překrývají a kombinují a jen minimálně je lze vysledovat samostatně.

Duševní poruchy se vyvíjejí obvykle několik měsíců, ale jedinec vykazuje změny v duševním stavu již během této doby. Změny psychiky jsou tedy patrné, nicméně není možné ještě stanovit diagnózu, protože u jedince nejsou zachyceny projevy choroby v takové míře, aby se dala diagnóza jednoznačně stanovit. Některé z těchto změn navíc

nemusí souviset s duševní chorobou, ale může jít o osobnostní vlastnost. Pro označení těchto stavů se používá termín *psychopatologie.*

Pojem psychopatologie bývá používán ve smyslu označení pro nevyváženou osobnost. Prakticky to znamená, že některé osobnostní rysy jsou zdůrazněny a jiné naopak potlačeny. Tento stav není chorobou v pravém slova smyslu, neboť nesplňuje diagnostická kritéria pro žádnou duševní poruchu, pro jednotlivce je ale problematický, neboť ztěžuje jedinci jeho zařazení do běžné společnosti. Projevy mohou být různé. Někdy jde pouze o nějakou odchylku ve smyslu neškodného podivínství. V jiných případech však může jít o násilné antisociální chování, které může mít i násilný charakter. Psychopatologie tedy popisuje symptomatiku duševních poruch.

PRO ZÁJEMCE

Určení duševní poruchy je zdlouhavý a problematický proces. Jeden z článků popisujících tuto problematiku si můžete přečíst na odkaze https://www.internimedicina.cz/incpdfs/act-000324-0001_10_004.pdf .

Jednotlivé poruchy se sice dělí do konkrétních okruhů, prakticky se však u jednotlivce většinou vyskytují v různých kombinacích paralelně a částečně se překrývají.

Z hlediska dělení jsou duševních poruchy nejčastěji řazeny do tří kategorií:

- ***kvantitativní porucha ve smyslu plus*** (patologické zvýšení psychické funkce, laicky lze říct, že v psychice je něco navíc, např. halucinace)
- ***kvantitativní porucha ve smyslu mínus*** (patologické snížení psychické funkce, v psychice je něco utlumeno, něco schází, např. pokles nálady)
- ***kvalitativní porucha*** (patologická změna psychické funkce, změna psychiky jedince)

Jde tedy o odchylky, které jsou v rámci diagnostiky a průběhu duševní poruchy v jednotlivých složkách lidské psychiky posuzovány. Tyto patologické stavy jsou rozděleny do následujících okruhů:

- poruchy vědomí
- poruchy orientace
- poruchy pozornosti
- poruchy vnímání
- poruchy myšlení
- poruchy emotivity
- poruchy osobnosti
- poruchy paměti
- poruchy intelektu
- poruchy vůle
- poruchy jednání
- poruchy pudů.

3.1 Poruchy vědomí

Vědomí je globální psychickou funkcí, která umožňuje jednotlivci uvědomovat si sebe a své okolí. Pro lidský organismus je fyziologické střídání stavu bdění a spánku, kdy spánek je hodnocen jako fyziologická změna vědomí.

Poruchy vědomí se dělí na:

- neorganické poruchy spánku
- kvantitativní poruchy vědomí
- kvalitativní poruchy vědomí.

Neorganické poruchy spánku se vyskytují v různých podobách. Patří zde:
Hyposomnie – zkrácená doba spánku v noci nebo snížení jeho intenzity

Hypersomnie – nadměrná doba spánku v denní době nebo zvýšení jeho intenzity
Porucha rytmu spánek/bdění – potřeba spánku přes den a nespavost v noci
Somnambulismus (náměsíčnost) – jedinec ve spánku hovoří, chodí, po probuzení si nic z toho nepamatuje
Noční děs – výrazná emoční reakce ve spánku (křik, pláč, neklid), po probuzení si jedinec nic z toho nepamatuje
Noční můra – opakující se sen o ohrožení, který postiženého probudí, jedinec si sen pamatuje

PRO ZÁJEMCE

Chcete se dozvědět více o nočních můrách? Poslechněte si rozhlasový rozhovor s klinickou psycholožkou na https://wave.rozhlas.cz/diagnoza-f-jak-se-postavit-nocni-mure-5186655

Kvantitativní poruchy vědomí – nejsou charakteristické pro duševní poruchy, mohou však nastat sekundárně například jako následek somatické choroby. Řadíme zde následující stavy:
Somnolence – chorobná ospalost, kdy je však jedinec probuditelný, reaguje na slovní podnět nebo bolest
Sopor - pacienta nelze probudit, reaguje však na bolestivý podnět (např. píchnutí, štípnutí)
Kóma – pacienta nelze probudit, ani nereaguje na bolestivé podněty. Postupně vyhasínají fyziologické reflexy a vitální funkce

Kvalitativní poruchy vědomí – jsou charakteristické dezorientací a zmateností. Mezi tyto poruchy se řadí:
Delirium – jde o stav zmatenosti, kdy je jedinec dezorientován a jedná nesmyslně po delší časový úsek (i několik dní). Vzniká postupně a nejhorší stav je během noci. Po odeznění je patrná ostrůvkovitá amnézie, pacient i nepamatuje, co se dělo
Obnubilace (mrákotný stav) – krátkodobá, mírná dezorientace, která se může jevit jako účelová. Vzniká i končí najednou, pacient si na událost nepamatuje.

3.2 Poruchy orientace

Jde o poškození schopnosti rozpoznat aktuální čas, místo, osobu a situaci. Pacient není schopný sdělit např. správné datum nebo den v týdnu, měsíc, rok, roční období. Není schopen určit místo, kde se nachází. Nedokáže určit osobu, její jméno, často ani své. Nezvládne určit situaci, např. že je zrovna na vyšetření u lékaře, na nákupu apod. (Hosák, 2015, s. 58)

3.3 Poruchy pozornosti

Tyto poruchy se projevují neschopností zaměřit se na určitý děj nebo objekt. Mezi tyto poruchy se řadí:

Aprosexie – jde o neschopnost koncentrovat pozornost, soustředěně myslet (Hartl, 2004, s. 53)
Hypoprosexie – snížená schopnost koncentrovat pozornost, soustředěně myslet (Hartl, 2004, s. 203)
Hyperprosexie – přehnaná, nadměrná schopnost pozornosti, maximální zaměření pozornosti na jednu myšlenku
Roztržitost – nesoustředěnost, nepřítomnost duchem (Hartl, 2004, s. 516)
Paraprosexie – nevnímání podnětu ve stavu napjatého očekávání (Hartl, 2004, s. 389)

3.4 Poruchy vnímání

Proces vnímání umožňuje jedinci pomocí smyslů poznávat vlastní tělo i okolní svět. Jde o odraz reality v našem vědomí. Nejčastěji se vyskytující poruchy, se kterými se zde můžeme setkat, jsou následující:

Snížené vnímání – schopnost vnímání je snížená z logického důvodu, např. díky únavě

Zvýšené vnímání – nadměrná schopnost vnímání, např. hypochondr nadměrně vnímá své tělo

Kvalitativní poruchy vnímání – změna ve zpracování vnímaných prožitků. Tyto poruchy mohou mít podobu *halucinace, iluze* nebo *pseudohalucinace, pseudoiluze.*

Halucinace - pro prožívaný vjem neexistuje vnější příčina, ale prožitek je pro nemocného reálný a nepochybuje o něm (např. něco vidí, slyší, i když ostatní nic nevidí a neslyší). Nejčastěji se setkáváme se smyslovými halucinacemi, tedy sluchovými, zrakovými, čichovými, chuťovými a taktilními (dotekovými). Typy halucinací se u duševně nemocných často prolínají, výskyt jen jednoho typu je poměrně vzácný. Jde o jeden z nejčastějších symptomů chorob ze schizofrenního okruhu, vyskytuje se ale i u jiných poruch, např. při intoxikaci návykovou látkou nebo jako příznak některých tělesných poruch (např. organické poškození)

Iluze – zkreslení reálného vjemu z vnějšího prostředí (např. nemocný vidí věšák místo postavy). Může být přítomna např. u otrav, ale i při velké únavě.

Pseudohalucinace, pseudoiluze – stejné prožitky jako u halucinací a iluzí, nemocný si ale uvědomuje jejich nereálnost.

3.5 Poruchy myšlení

Myšlení je nejvyšší forma poznávacího procesu, který probíhá mezi jedincem a jeho okolím a který umožňuje poznávat skutečnost a interpretovat ji. Při myšlení se snažíme nalézt souvislosti a vztahy mezi pozorovanými jevy. Díky myšlení dokážeme i interpretovat události z minulosti a do určité míry předvídat budoucí dění. Vnějším projevem myšlení je řeč, protože ta je nástrojem ke sdělování pojmů. Těchto poruch je poměrně široká škála, v následujících řádcích jsou popsány nejčastěji se vyskytující.

Poruchy myšlení se dělí do následujících podkategorií:

- poruchy dynamiky myšlení
- poruchy struktury myšlení
- poruchy obsahu myšlení.

Poruchy dynamiky myšlení se někdy označují i jako poruchy rychlosti myšlení a mohou mít různou podobu:

Myšlenkový útlum – zpomalené myšlení, všechny ostatní psychické pochody jsou ale v normě. S tímto jevem se lze často setkat i při únavě bez přítomnosti duševní poruchy

Bradypsychismus – zpomalení veškeré duševní činnosti

Myšlenkový záraz – zástava myšlení, kdy jedinec není schopný najednou pokračovat v myšlení a přestane mluvit

Mutismus – oněmění. Nemocný nemluví, ale je schopný myslet.

Zrychlené myšlení – rychlý tok myšlenek, které jsou však nepřesné. Jde o častý příznak požití stimulancií

Tachypsychismus – zrychlení nejen myšlení, ale všech psychických pochodů. Charakteristický příznak mánie, ale i následek použití psychostimulancií

Pseudoinkoherence – jde o natolik zrychlené myšlení, že jedinec tak rychle nedokáže mluvit a jeho slovní projev je proto nesrozumitelný a nesouvislý. Struktura myšlení je však zachována, zde žádná porucha

Poruchy struktury myšlení představují poruchy logické návaznosti myšlení. V klinické praxi se nejčastěji setkáváme s následujícími typy poruch:

Ulpívavé myšlení – jedinec se opakovaně vrací ke stejné věci, i pokud se podaří jeho myšlení na chvíli zaměřit na jinou skutečnost, rychle se vrací k původní. Tato poruchy je charakteristická pro demence.

Nevýpravné myšlení – jedinec se zabývá pouze jednou myšlenkou a nelze ho od ní odklonit.

Zabíhavé myšlení – jedinec hovoří o tématu obšírně, neustále se odklání od tématu v méně podstatným věcem, nedokáže udržet jednu myšlenku.

Symbolické myšlení – někdy označováno jako magické, předpojmové. Určitým jevům je připisován nějaký skrytý význam, např. černá kočka přes cestu znamená smůlu. Může se vyskytovat i u duševně zdravých, ti však dokážou tyto myšlenky kontrolovat.

Paralogické myšlení – porucha logiky myšlenek, dochází k záměně pojmů nebo k vytváření neologismů. Pacient například požaduje obvázat hlavu, aby se mu nerozutíkaly myšlenky.

Aglutinující myšlení – vytváření nových slov a pojmů spojováním nesouvisejících představ. Novým pojmům rozumí pouze pacient.

Katathymní myšlení – myšlení je zkreslené vlivem silných emocí.

Obsedantní myšlení – vtíravé myšlenky, které se neustále vrací i proti vůli pacienta. Mohou se vyskytnout i u duševně zdravého jedince, který je však dokáže kontrolovat (např. zavřel jsem dveře? Vypnula jsem sporák?).

Autistické myšlení – myšlenky se odehrávají pouze ve vnitřním světě jedince bez ohledu na vnější, reálnou situaci.

Inkoherentní myšlení – roztříštěné myšlení, které je nesouvislé, nelogické.

Vztahovačné myšlení – někdy prezentováno jako paranoidní. Veškeré dění v okolí si jedinec vztahuje na svou osobu, a to i v případě neutrálních dějů.

Poruchy obsahu myšlení – pro označení těchto poruch se používá častěji označení bludy. Jde o mylné přesvědčení, které je pro nemocného nevývratné a on podle něho jedná a žije. Často má silný emoční náboj. Některé bludy jsou svým obsahem silně nepravděpodobné (např. otec je vlkodlak), jiné však mohou být za určitých okolností reálné a je obtížné je odlišit jako patologické (např. napsala jsem knihu).

Bludy mohou být *jednoduché*, ty se vztahují pouze na určitou situaci, určitou osobu. Mohou být ale i *rozvětvené*, kdy jsou na konkrétní blud navázány další patologické myšlenky. Naopak myšlenka přejímaná od určité sociální skupiny za blud považována není. Příkladem může být víra v posmrtný život.

Bludy lze dělit podle různých kritérií. Relativně jednoduché je jejich dělení podle charakteru do tří skupin na:

- expanzivní
- depresivní
- paranoidní

Expanzivní bludy – jde o přeceňování významu vlastní osoby a jeho schopností. Mohou mít různou podobu. Například *extrapotenční* (přesvědčení jedince o jeho neobvyklých

schopnostech), *megalomanické* (přesvědčení o vlastním mimořádném významu), *originární* (přesvědčení o vlastním urozeném původu), *inventorní* (vynalezecký) nebo *reformátorský* (přesvědčení o vlastním poslání spravedlivě uspořádat svět).

Depresívní bludy – postižený podceňuje vlastní význam, osobu a schopnosti (*mikromanický* – je bezvýznamný člověk, *autoakuzační* – zavinil určité neštěstí, *insuficienční* – nic nezvládá, neumí, *ruinační* – nemá žádné prostředky, *nihilistický* – vlastně ani neexistuje, *hypochondrický* – má skleněné plíce, rakovinu při negativním lékařském nálezu) (např. u deprese)

Paranoidní bludy – dějům v okolí je chorobně připisován vztah k vlastní osobě (perzekuční – pacient se cítí být pronásledován, emulační – blud o nevěře partnera, erotomanický – je milován významnou osobou) (např. u schizofrenie)

3.6 Poruchy emotivity

Prostřednictvím emocí člověk vyjadřuje subjektivní vztah k okolí či sobě samému.

Obecně se emoce dělí do dvou okruhů:

- ***Stenické*** (mobilizující)
- ***Astenické*** (demobilizující)

Z pohledu kvality se dělí emoce do následujících skupin na emoce:

- ***Nižší*** – tělesné, jsou spojeny se základními biologickými potřebami, například s hladem
- ***Individuální*** – týkající se výhradně osobního prožitku daného jedince, například úzkost
- ***Vyšší*** – sociální. Tyto emoce jsou spojeny s mezilidskými vztahy, například úcta
- ***Estetické*** – emoce související s citem pro krásu a vznešenost
- ***Etické*** – emoci v souvislosti s citem pro spravedlnost, čest, povinnost

Projevy prožívání emocí jsou viditelné, protože jsou spojeny s tělesnými projevy. Co jedinec prožívá je možno vidět v mimice, pantomimice a výrazu hlasu. Zároveň se projevují vegetativními a hormonálními změnami.

Při hodnocení emocí hodnotíme dva jevy:

- Afekt
- Náladu

Afekt - je emoce prudká, intenzivní, krátkodobá, s pohybovým a vegetativním doprovodem.

Nálada - je emoce dlouhodobá, méně intenzivní, nebývá výraznější tělesný doprovod. O chorobné (patické) náladě hovoříme tehdy, pokud se rozvine se po nepřiměřeně slabém nebo po žádném zevním podnětu, trvá nepřiměřeně dlouho, je nepřiměřeně intenzivní, není odklonitelná zevními podněty, rozvrací život postiženého.

Různé afekty a nálady bývají přítomny u duševně zdravých lidí, jde o jev fyziologický, afekty a nálady však mohou být chorobně změněny u různých duševních poruch.

Obecně se poruchy emotivity dělí na poruchy afektu, poruchy nálad a kvalitativní poruchy emotivity.

Pro potřeby speciálních pedagogů není nutná dokonalá orientace ve všech typech poruch, proto jsou následující informace zredukované. Případné zájemci o téma mohou hledat bližší informace v doporučené literatuře.

3.6.1 PORUCHY AFEKTU

- ***Zvýšená afektivní dráždivost*** – jedinec je disponován k častým a výrazným afektům (např. u emočně nestabilní poruchy osobnosti)
- ***Patický afekt*** – na základě silného afektu u disponované osobnosti se rozvine *mrákotný stav* (např. u emočně nestabilní osobnosti po silné psychotraumatizaci, může dojít k závažné agresivitě, jedinec však není za své jednání při poruše vědomí zodpovědný)

- ***Nezvládnutý afekt*** – člověk se nechá strhnout svými emocemi, není však porucha vědomí, je za své jednání zodpovědný (např. u duševně zdravých lidí)
- ***Afektivní stupor*** – neschopnost pohybu, řeči a mimiky po hrůzném zážitku, vědomí je zachováno (např. u akutní reakce na stres)
- ***Afektivní ztlum*** – celková zpomalenost a emoční otupění po hrůzném zážitku (např. u duševně zdravých lidí)
- ***Anxiózní raptus*** – úzkostná tenze se vybije v agresivitě vůči sobě či okolí (např. u deprese)

NEZAPOMEŇTE NA ODPOČINEK

Nyní se nacházíte v polovině poruch. Zvládnout toto téma je těžké i pro studenty zdravotnických oborů, kteří se s mnoha stavy v nějaké podobě setkali již v jiných předmětech a nejsou pro ně cizí. ro pedagogy je o to těžší. Proto doporučuji dát si alespoň krátkou pauzu.

3.7 Poruchy nálad

Poruchy nálady mohou mít různou podobu. Může jít o:

- ***Expanzivní nálada*** – chorobně zvýšená, může být *euforická* (klid, blažená vyrovnanost, např. při intoxikaci opioidy), *manická* (s nadměrnou aktivitou, nepřiléhavým jednáním, např. u mánie) nebo *extatická* (bouřlivě vystupňovaná, např. při náboženském nebo sexuálním prožitku disponované osoby)
- ***Depresivní nálada*** – chorobně snížená, může být *anxiózní* (nespecifická úzkost), *bezradná* (neschopnost řešit danou situaci), *apatická* (netečnost, snížená aktivita) nebo *anhedonická* (neschopnost se radovat z čehokoliv) (např. při depresi)
- ***Rezonantní nálada*** – přítomny jsou prvky *expanzivní* (např. zvýšená aktivita) i *depresivní* (např. zloba) (např. v rámci smíšené fáze bipolární afektivní poruchy)

3.7.1 KVALITATIVNÍ PORUCHY EMOTIVITY

- ***Emoční labilita*** – neschopnost udržet emoci, emoce je možno snadno postiženému vsugerovat, emoce se střídají velmi rychle (např. u vaskulární demence)
- ***Emoční inkontinence*** – extrémně vystupňovaný předchozí stav
- ***Emoční ambivalence*** – současné intenzivní prožívání protichůdných emocí (např. u schizofrenie)
- ***Katathymie*** – myšlení je emocemi zkresleno (např. u duševně zdravých lidí – v rozvodové situaci vidí člověk pouze negativní vlastnosti svého partnera)
- ***Porucha vyšších citů*** – bezcitnost, sobectví, bezohlednost, protispolečenské jednání (např. u poruchy osobnosti dissociální)
- ***Fobie*** – nutkavý strach z konkrétního předmětu nebo situace (agorafobie – otevřená prostranství, klaustrofobie – uzavřené prostory, kancerofobie – strach z onkologického onemocnění, mysofobie – strach ze špíny aj.), vracející se proti vůli nemocného (např. u fobických poruch)
- ***Alexithymie*** – neschopnost jedince rozeznat a porozumět vlastním emocím
- ***Parathymie*** – neadekvátní, paradoxní emoce (např. smích při tragické události)
- ***Oploštělá emotivita*** – zúžená polarita nemocí projevující se celkovým nezájmem a apatií
- ***Emotivní přecitlivělost*** – silná emoční reakce i na drobný podnět. Vyskytuje se i duševně zdravých lidí

3.8 Poruchy osobnosti

Osobnost se dá charakterizovat jako souhrn duševních a tělesných vlastností člověka. Laicky tedy hovoříme o charakteru nebo povaze člověka.

Osobnost se navenek projevuje ve společenských vztazích. Vyzrálý jedinec je schopen adekvátně reagovat v dané situaci, přizpůsobit své jednání a přiměřené situaci prožívat.

Jiné je to u jedinců s poruchou osobnosti. Tito nemají náhled na to, že mají ještě jiné možnosti myšlení, cítění a chování, že mají volbu si z těchto možností vybrat a přizpůsobit se, ale jednají podle svého názoru bez ohledu na vhodnost. Důsledkem jsou nejrůznější konflikty s okolím, včetně blízkých. I oni sami často prožívají svůj život jako neuspokojivý, vinu však kladou lidem kolem, ne sobě. Na rozdíl od neurotických poruch jsou poruchy osobnosti prakticky celoživotní.

V dřívějších dobách se tyto poruchy nazývaly *psychopatie.* Toto označení se již oficiálně nepoužívá mnoho let, přesto se tento termín i v současnosti často používá k laickému označení člověka s nějakou negativní charakterovou vlastností.

První rozdělení poruch osobnosti formuloval Hippokrates, který provedl rozdělení osobností podle tělesných tekutin na:

- ***Sangvinika*** – vliv krve, je živý, nestálý, vznětlivý
- ***Cholerika*** – vliv žluči, je vášnivý, vznětlivý, ale stálý
- ***Melancholika*** – vliv černé žluči, je uzavřený, pesimistický, citlivě reagující
- ***Flegmatika*** – vliv hlenu, je klidný, rozhodný, nepodléhá snadno citům

Jinou známou typologií je typologie podle Junga, který rozdělil osobnost na:

- ***Extroverta*** – společenský, přizpůsobivý jedinec obrácen navenek
- ***Introverta*** – uzavřený, obrácen do sebe, kontakt s okolím ale udržuje

Obě tyto typologie se vztahují obecně na člověka bez ohledu na duševní zdraví. Mezi nejčastěji se vyskytující poruchy osobnosti patří následující:

- ***Degradace*** – celkové snížení úrovně osobnosti
- ***Depravace*** – úpadek osobnosti převážně v sociální oblasti
- ***Deteriorace*** – úbytek intelektu, který dříve již byl vytvořen
- ***Dezintegrace*** – porucha součinnosti složek osobnosti
- ***Rozpad*** – dezintegrace osobnosti a postižení některých dalších složek

- ***Rozdvojení*** – dvě a více osobností jsou současně přítomny u jednoho člověka, ten si to uvědomuje
- ***Alternace*** – dvě a více osobností jsou postupně přítomny u jednoho člověka, ten si to neuvědomuje
- ***Transformace*** – pacient se cítí být jinou osobou nebo zvířetem
- ***Depersonalizace*** – člověk sám sobě připadá divný, cizí, zvláštní (např. při únavě, intoxikaci)
- ***Fatické poruchy*** – neschopnost rozumět či vyjadřovat se písmem nebo slovem, případně počítat

3.9 Poruchy paměti

Paměť je schopnost vštěpovat si, uchovávat a vybavovat minulé vjemy, informace a zážitky. Paměťové funkce jsou nezbytné pro naši orientaci v místě a čase, umožňují nám vnímání minulosti, přítomnosti a budoucnosti. Poruchy paměti spočívají v různé míře narušení jednotlivých dílčích složek paměti, dochází k jejich snížení nebo zvýšení a jiným kvalitativním odchylkám.

Vlastní paměť se dělí do tří fází:

- ***Vštípení***
- ***Retence***
- ***Reprodukce***

Na tyto fáze navazuje z klinického hlediska u této schopnosti centrálního nervového systému rozlišení čtyř základních složek paměti na:

- ***Vštípivost***
- ***Retenci***
- ***Konservaci***
- ***Reprodukci***

Vštípivost – je to schopnost ukládat do paměti zaznamenaný poznatek, tedy paměťový obsah. Tento děj může být *neúmyslný*, kdy bezděčně zaznamenáme nějakou událost v okolí a o její uložení se vědomě nesnažíme. Druhou možností je *úmyslný* děj, kdy se vědomě a záměrně snažíme něco zapamatovat. Může to být konkrétní věc (např. konkrétní detail ve vybavení domu) nebo konkrétní informace.

Úmyslné zapamatování, které má povahu intenzivní a organizované činnosti, se nazývá *učení*. Učení může mít za cíl reprodukci látky vlastními slovy nebo naučení se nazpaměť například básničky, vyjmenovaných slov nebo slov písně.

Retence – někdy je používán termín podržení. Jde o schopnost uchování obsahu v paměti. Ve vědomí se neuchovává vše, co si jedinec zapamatoval.

Konservace – jde o schopnost udržet paměťový obsah beze změn.

Reprodukce – někdy označována jako výbavnost. Pojem označuje schopnost vybavit si paměťový obsah. Vlivem nových zážitků paměťové stopy v mozku postupně slábnou a mohou až vyhasnout. Tento jev se označuje jako zapomínání. Projevuje se zmenšeným množstvím přesnosti a jistoty uchované látky až jejím vymizením. Zapomínání je nedílnou součástí paměti (nejvíce se zapomene během prvních 30 minut).

Paměť dělíme podle různých kritérií. Jedním ze způsobů je dělení ***podle formy ukládání informací*** na paměť:

- ***zrakovou***
- ***sluchovou***
- ***hmatovou***
- ***chuťovou***
- ***čichovou.***

Jiné je dělení ***podle délky uchování paměťové stopy*** na paměť:

- ***krátkodobou –*** někdy označovanou jako pracovní nebo operativní. Zde se ukládají informace, které se k nám zrovna dostaly. Informace se dají vybavit jen po omezený čas. Její kapacita je omezená. Pokud chceme nějakou informaci uchovat

dlouhodobě, je nutné si jí opakovat a přesunout do paměti dlouhodobé. Kapacitně je jedinec schopen najednou pamatovat si 5-7 prvků. Při poruše je poškozená vštípivost

- ***dlouhodobou –*** tato paměť souvisí s nevědomím a umožňuje ukládání velkého množství informací. Podmínkou pro uchování informace v této paměti je memorování nebo sémantické kódování po dobu alespoň 30 minut

Paměťové funkce jsou nezbytné pro naši orientaci v místě a čase, umožňují nám vnímání minulosti, přítomnosti a budoucnosti. Poruchy paměti spočívají v různé míře narušení jednotlivých dílčích složek paměti, dochází k jejich snížení nebo zvýšení a jiným kvalitativním odchylkám.

Pro proces zapamatování je významná úroveň pozornosti, tedy schopnost zaměřit se na určitý jev, činnost nebo skutečnost a dále úroveň myšlení při kterém člověk intelektem něco poznává – své poznatky rozumově rozebírá, skládá do smysluplných celků, srovnává, zobecňuje, klasifikuje, vyvozuje, odvozuje a připodobňuje ke stávajícím zkušenostem.

Vlastní poruchy paměti se dělí na ***kvalitativní*** **a** ***kvantitativní.***

U kvantitativních poruch paměti je postiženo množství zapamatovatelného obsahu a rozlišují se tři typy poruch:

- ***Amnézie***
- ***Hypomnézie***
- ***Hypermnézie***

Amnézie – jde o ztrátu paměti, která může mít různý charakter. Může být pouze přechodná nebo trvalá, ostrůvkovitá, tedy částečná nebo totální, retrográdní v čase dozadu nebo anterográdní v čase dopředu například po úrazu hlavy). V psychiatrii se často vyskytuje např. při organickém postižení mozku, demenci.

Hypomnézie - oslabení paměti, kdy si jedinec pamatuje mnohem méně, než je obvyklé (např. subjektivně u neurastenie). Tato porucha se vyskytuje poměrně často i jedinců bez duševní poruchy při stavech únavy a vyčerpání nebo naopak v situacích, kdy jsou vystavení nadměrnému množství podnětů.

Hypermnézie - chorobně zvýšená paměť. Jedinec má schopnost zapamatovat si velké množství informací, většinou však na úkor jejich kvality. Běžná je nepřesnost, kdy jsou vzpomínky nepřesné, zkreslené, s chybějícími detaily. V psychiatrii se tento stav vyskytuje např. u hypochondrické poruchy na skutečnosti, vztahující se k tělesnému stavu pacienta.

U kvalitativních poruch je narušena kvalit zapamatovaného materiálu, tedy něco bylo zapamatováno, ale ne zcela přesně.

Mezi nejčastěji se vyskytující poruchy v této oblasti patří:

- ***Pseudologia fantastica***
- ***Konfabulace***
- ***Vzpomínkový klam***
- ***Paramnézie***

Pseudologia fantastica (bájivá lhavost) – postižený vypráví neskutečné události, jako by je prožil, není schopen odlišit své fantazie od reality, zejména pokud mu to přináší výhodu. Nejedná se o vědomou lež, ale o podvědomý mechanismus. Fyziologicky se tento jev vyskytuje v dětství, v období staršího školního věku však mizí. Pokud se vyskytuje i později, jde o poruchu. Za touto lhavostí není žádný sekundární zisk ve smyslu odměny nebo vyhnutí se trestu.

Konfabulace – těžká porucha vštípivosti paměti, kdy si jedinec pamatuje část událostí a chybějící informace nevědomě nahrazuje smyšlenkami (např. u Korzakovovy psychózy alkoholiků).

Vzpomínkový klam – neprožitá událost, například vyčtená z knihy, se jeví jako vlastní. Může se vyskytovat i u duševně zdravých jedinců.

Paramnézie – rozdělení jedné vzpomínky na dvě anebo naopak jejich neoprávněné sloučení (např. u emočně nestabilní poruchy osobnosti)

3.10 Poruchy intelektu

V této kapitole budou představeny okruhy poruch, které sice nejsou rozsáhlé co do kvantity, pro zhodnocení psychického stavu nemocného jsou však neopomenutelné a významné a vyšetřují se často i u dětí. Proto je vhodné přenést tyto informace i pedagogům.

Intelekt je většinou chápán jako dispozice k myšlení a tento pojem se používá výhradně u člověka. Jde o schopnost člověka správně operovat s pojmy, tvořit pravdivé soudy a usuzováním dojít k novým poznatkům.

S pojmem intelekt souvisí i pojem *inteligence*, kterou lze chápat jako obecnou schopnost člověka vědomě zaměřit své myšlení na nové požadavky, je obecnou duševní schopností adaptace na nové úkoly a podmínky života. Je dispozicí pro myšlení, učení a adaptaci a projevuje se intelektovým výkonem. Intelektový výkon se v praxi měří určením hodnoty inteligenčního kvocientu (IQ), i když mezi odborníky nepanuje shoda na tom, zda je toto měření vlastně správné. Pro průměr jsou určeny hodnoty IQ v rozmezí 90 – 109 a těchto hodnot dosahuje přibližně 50% populace. Orientačně se hodnotí na základě nejvyššího dosaženého vzdělání, tedy tzv. scholarity.

Pokud se intelekt dostatečně nerozvinul, hovoříme o mentální retardaci. Pokud již byl intelekt rozvinutý a následně snížen chorobným procesem, jedná se o demenci. Za rozvinutý je intelekt bývá považován ve dvou letech věku dítěte.

Mezi tyto poruchy patří:

- ***Mentální retardace***
- ***Demence***
- ***Pseudodemence***

Mentální retardace - pojem se používá pro lidi s nižší inteligencí buď vrozenou nebo v případech, kdy došlo k narušení vývoje intelektu v prvních dvou letech života.

Demence – popisuje stav, kdy došlo ke snížení již získaných intelektových schopností po dosaženém druhém roce života.

Pseudodemence – klinickým obrazem stav připomíná demenci, příčina je však jiná. Vyskytuje se převážně v tíživých životních situacích, kdy jedinec nevědomě předstírá poruchu.

Genialita – označuje jedince s mimořádnými intelektovými schopnostmi. Nejde o poruchu v pravém slova smyslu. U části geniálních jedinců jsou však intelektové schopnosti rozvinuty pouze jednostranně a některé složky psychiky mohou být naopak snížené. Prakticky tedy může být například excelentní matematik závislý v běžném životě na péči okolí, neboť nezvládá zajistit si na dostatečné úrovni potřeby související s běžným živobytím.

3.11 Poruchy vůle

Vůle bývá definována jako záměrné, cílevědomé úsilí směřující k dosažení vědomě vytčeného cíle. Není to vlastnost, kterou někdo má a někdo ne, ale je to způsob našeho prožívání a našich voleb. Podstatou vůle je schopnost sebeovládání a sebeodříkání.

Poruchy vůle mají kvantitativní charakter a patří zde:

- ***Abulie***
- ***Hypobulie***
- ***Hyperbulie***

Abulie – je stav, kdy došlo k úplné ztrátě schopnosti zahájit nějakou činnost, tedy k úplnému vymizení vůle. V psychiatrii se s tímto stavem setkáváme nejčastěji u např. u deprese nebo chronické schizofrenie.

Hypobulie – je stavem sníženého volního úsilí, tedy snížené vůle. Častý je výskyt např. u deprese nebo demence.

Hyperbulie – je charakteristická přebujelostí volní aktivity, kdy jedinec vykazuje extrémní volní úsilí nepřiměřené situaci. Jde tedy o chorobné zvýšení vůle vyskytující se např. u mánie.

3.12 Poruchy jednání

Jednání je taková aktivita člověka, která vědomě a úmyslně sleduje vytčený cíl. Volní jednání je následkem vůle. Opakem je účelové jednání, které je zaměřeno na konkrétní účel, kterému se jedinec nepřiměřeně podřizuje. Účelové jednání je podvědomé.

Tyto poruchy mohou být ***kvantitativní*** nebo ***kvalitativní***.

Mezi ***kvantitativní*** poruchy jednání patří:

- ***Stupor*** *(akinéza)* – nepřítomnost pohybů
- ***Hypokinéza*** – zpomalení pohybů
- ***Psychomotorický neklid*** – nadměrné či rychlé pohyby
- ***Agitovanost*** – nemocný bezcílně pobíhá, není slovně usměrnitelný
- ***Raptus*** – náhlý výbuch agresivity vůči sobě či okolí na základě nesnesitelného vnitřního napětí

Do nejčastěji se vyskytujících ***kvalitativních*** poruch jednání řadíme následující stavy:

- ***Katalepsie*** – různé části těla setrvávají v navozených bizarních polohách
- ***Katatonní stupor*** – dlouhodobé přetrvávání v bizarní poloze
- ***Pasivní negativismus*** – nemocný nevyhoví požadavku
- ***Aktivní negativismus*** – pacient jedná proti smyslu požadavku (např. zavře oči při pokynu, aby je otevřel)
- ***Pohybové stereotypie*** – bezúčelné opakování některých úkonů
- ***Verbigerace*** – nesmyslné opakování některých slov či vět
- ***Povelový automatismus*** – mechanické vyhovění požadavku „jako stroj“
- ***Echomatismy*** – napodobování svého okolí (*echomimie* – mimiky, *echopraxie* – úkonů, *echolálie* – napodobování řeči)

- ***Manýrování*** – zaujímání neobvyklých póz a provádění bizarních pohybů
- ***Paramimie*** – pošklebování, pomlaskávání

Na laika mohou některé z uvedených projevů působit jako schválnosti. Je ale nutno si uvědomit, že jejich příčina není vědomá, ale jde o následek změny duševního stavu. Pokud jedince hodnotí pedagog a některý z těchto konkrétních projevů zaznamenal, měl by na to upozornit buď rodinu nebo přímo lékaře, neboť může jít o důležité diagnostické vodítko.

3.13 Poruchy pudů

Pudy jsou tendence, které nás směrují k činnostem za účelem uspokojení našich základních potřeb. Pudy jsou vrozené, celoživotní a druhově specifické stereotypy reakcí jedince na podněty z okolí i vnitřního prostředí organismu. S dětství se s nimi nesetkáváme, první projevy mohou být zachyceny s nastupující sexuální aktivitiou.

Jsou významným zdrojem lidského jednání, neprojevují se však bezprostředně, ale transformovaně přes sociální prostředí (např. pud agresivity je transformován do soutěživého chování). Lze říct, že jsou modifikované sociálním prostředím jedince.

Podle povahy se tyto poruchy dělí na:

- ***Poruchy pudu sebezáchovy***
- ***Poruchy pudu výživy***
- ***Poruchy pudu pohlavního***
- ***Poruchy pudu rodičovského***
- ***Poruchy pudu sociálního***

Poruchy pudu sebezáchovy – v této kategorii pudů dochází k potlačení vrozených obranných reakcí, které vedou k zachování vlastního já a nedojde k žádné ze základních reakcí směřujících k ochraně (útok, útěk, stupor). Patří zde např. sebevražda (suicidium), pokus o sebevraždu (tentamen suicidii), parasuicidium nebo bilanční sebevražda.

Poruchy pudu výživy - tento pud je u lidí, oproti ostatním biologickým druhům, poněkud potlačen. Výživa je poplatná určité konvenci společnosti a co je považováno za normu v jedné společnosti, to je v jiné považováno za nevhodné. Současnost je charakteristická

snahou o různé úpravy jídelníčku, většinou je důvodem snaha snížit hmotnost. U duševně nemocných však dochází k poruchám v této oblasti z psychických příčin. K poruchám s nejčastějším výskytem patří např. mentální anorexie, mentální bulimie nebo polyfagie.

Poruchy pudu pohlavního – jsou jedním z okruhů duševních poruch. Obecně lze říct, že cílem pohlavního pudu je zachování rodu. Za sexuální normu je považován výběr partnera opačného pohlaví a přiměřeného věku. Pokud dojde k jakékoliv změně v této oblasti, hovoříme o poruše pudu pohlavního. Patří zde např. poruchy pohlavní identity, sexuální preference nebo pohlavní aktivity.

OTÁZKY

1. Pojem psychopatologie je vždy označení pro duševní poruchu.

a) Ano

b) Ne

2. Pokud je přítomna patologická změna psychické funkce, tedy změna psychiky jedince, jde o poruchu:

   a) Kvalitativní

   b) Kvantitativní ve smyslu plus

   c) Kvantitativní ve smyslu mínus

3. Degradace patří mezi poruchy:

   a) vůle

   b) intelektu

   c) osobnosti

SHRNUTÍ KAPITOLY

Tato kapitola byla poměrně obsáhlá a pro studenta nezdravotnického oboru jistě složitá. Pro pochopení duševních poruch je však nezbytné zorientovat se v lidské psychice a znát alespoň nejčastěji se vyskytující poruchy.

ODPOVĚDI

1 b, 2 a, 3 c

NEZAPOMEŇTE NA ODPOČINEK

Tato kapitola byla náročná a krátký odpočinek se šálkem kávy nebo čaje je jistě na místě.

DALŠÍ ZDROJE

HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER. J. a kol.. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

HOSÁKOVÁ, J. HOSÁK, L. a kol. *Ošetřovatelská péče v psychiatrii*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik, 2018. 192 s. ISBN 978-80-7510-281-2.

582-4.

4 HLAVNÍ SYNDROMY V PSYCHIATRII

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Ne vždy znamená přítomnost příznaků poruchy psychiky duševní poruchu. Pokud se vyskytuje více charakteristických příznaků (symptomů) najednou, ale nejde ještě o konkrétní duševní poruchu, hovoříme o syndromech. Přehled nejčastěji se vyskytujících je shrnut v následujících řádcích.

CÍLE KAPITOLY

Cílem kapitoly je:

- Vysvětlit rozdíl mezi symptomem a syndromem
- Představit nejčastěji se vyskytující psychiatrické syndromy
- Vysvětlit přínos pro speciální pedagogy

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

2 hodiny

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Syndrom, symptom, diagnóza, chování

Určení správného syndromu má obecně v klinické praxi významné místo, neboť právě syndrom bývá vodítkem pro nasazení léčby.

Syndrom se skládá z charakteristických symptomů a podle těch se běžně nastavuje medikace a stanovuje vhodný léčebný postup. V psychiatrii je tomu stejně. Psychofarmaka se volí na základě přítomných syndromů než podle lékařské diagnózy.

Jednotlivé syndromy se mohou u nemocného kombinovat, příkladem může být poměrně častý syndrom halucinatorně-paranoidní.

Název syndromu nezahrnuje veškeré symptomy, které mohou být přítomny, obsahuje pouze ty nejvýznamnější. Těchto syndromů je definovaných několik desítek, v následujícím textu jsou zmíněny pouze ty nejčastěji se vyskytující.

Patří zde:

Abulický syndrom – převládajícím příznakem je snížení vůle. Vyskytuje se například u deprese.

Amnestický syndrom – jde o výpadek paměti na určitý časový úsek. Vzpomínky uložené před tímto obdobím jsou ale zachovány. Často se vyskytuje např. po úrazu hlavy.

Anxiózní syndrom – u tohoto stavu převládá úzkostná nálada, úzkost nemá konkrétní obsah, může být tělesný doprovod úzkosti. Může být doprovázen různými stupni agresivity. Bývá přítomen např. u úzkostných poruch. Pokud chceme pacientovi pomoci, je potřebné zasáhnout, pokud pacient není schopný stav zvládnout sám, redukovat úzkost (umožnit ventilovat pocity, pohybová aktivita, podat medikaci), pomoci rozpoznat, že jeho chování souvisí s úzkostí (poskytnout zpětnou vazbu), pomoci rozeznat příčiny (co předcházelo stavu úzkosti, identifikovat příčinu), pomoci akceptovat úzkost jako součást života (sestavit pořadí zážitků, které vyvolávají úzkost a seznam aktivit, které úzkost mírní).

Apatický syndrom – je charakteristický citovou otupělostí a lhostejností. Jeho výskyt je především u organických poruch, např. u demence. Častá je kombinace apatickobulického syndromu, kdy dochází nejen k emoční otupělosti, ale i k postižení volní složky a jedinec není schopen být aktivní, nemá dostatek iniciativy a spontaneity.

Autistický syndrom – jde o stav ponoření se do vlastního světa chorobných představ a fantazií bez ohledu na realitu. Častý je jeho výskyt u např. u schizofrenie.

PRO ZÁJEMCE

Některé z psychiatrických syndromů mohou být v něčem až bizarní. Pokud máte zájem se dozvědět o některých z nich, doporučuji si přečíst následující odkaz: https://www.monster.cz/rady-a-tipy/clanek/bizarni-syndromy

Deliriózní (delirantní) syndrom – převládajícími příznaky je dezorientovanost a zmatené jednání v rámci stavu zmatenosti. Může se vyskytovat u odvykacích stavů, ale i u organického poškození CNS, např. u vaskulární demence.

Depresivní syndrom – je charakterizován chorobně smutnou náladou, zpomaleným myšlením a útlumem psychomotoriky. Typický je jeho výskyt např. u deprese. Při kontaktu s tímto nemocným je nutný trpělivý přístup, dostatek času, nespěchat, přizpůsobit se tempu pacienta. Komunikace musí být jednoduchá (holé věty, ale aktivní tón), případně písemné instrukce, snažte se nenutit k rozhodnutím. Vhodné je stanovovat drobné cíle, oceňovat každou snahu, aktivity prokládat odpočinkem – ne pospávání během dne! Pozor na riziko sebevraždy.

Fobický syndrom – v popředí myšlení jsou neodbytné pocity strachu. Strach pacienta má konkrétní obsah, např. strach z nemoci, z nějakého předmětu, ze zvířete apod. S tímto syndromem se setkáváme nejčastěji u úzkostných poruch.

Halucinatorní syndrom – převládajícím příznakem jsou halucinace, nejčastěji sluchové. Častý je výskyt u psychóz, hlavně u schizofrenie nebo u závislostí na návykových látkách. U nemocného lze zaznamenat odstup od ostatních lidí, halucinace jsou pro něho často náhradou za lidské vztahy. Pacient si neuvědomuje okolní realitu (nízká frustrační tolerance). Je viditelný pozorný postoj, obavy, poslech „příkazů, hlasů“, hovoří sám se sebou nebo mimo kontext. Ohrožující halucinace může pacienta vyděsit, dovést k agresi nebo sebeagresi.

Hyperkinetický syndrom – charakteristickým projevem je zvýšená přítomnost pohybů, které jsou u pacienta viditelné. Vyskytuje se např. u mánie, ADHD.

Hypochondrický syndrom – převládá úzkostlivé sebepozorování a neustálé obavy z nemoci. Klasický je jeho výskyt u hypochondrické poruchy.

Hypokinetický syndrom – snížené množství pohybů u jedince, pohybová aktivita je ochuzená. Vyskytuje se u deprese nebo demence.

Manický syndrom – typická je triáda příznaků zahrnující chorobně veselou náladu, zrychlené myšlení a zvýšené psychomotorické tempo. Častý výskyt u mánie nebo některých typů intoxikace.

Neurastenický syndrom – v myšlení jedince převládá dráždivost, vnitřní napětí, neklid a nesoustředivost. Častý je jeho výskyt např. u neurastenie.

Obsedantní syndrom – neustále navrácení nutkavých myšlenek, a to i proti vůli nemocného. Častý soubor příznaků u obsedantně kompulzivní poruchy.

Organický psychosyndrom – jde o nespecifický syndrom, jehož příčinou je dlouhodobé a pozvolné difuzní poškození mozku. Dominantní je porucha intelektu doplněná o různé změny osobnosti. Vyskytuje se únavnost, porucha koncentrace a paměti.

PRO ZÁJEMCE

Organický psychosyndrom vzniká poškozením mozkové tkáně. Příčinou tedy nemusí být pouze duševní porucha, ale i například stav po úrazu hlavy, po iktu (mrtvičce), při nádoru v mozku či zánětu mozku. Pacienti s tímto syndromem vyžadují specifickou péči a pro laické zájemce poskytuje mnoho užitečných informací sdružení Cerebrum (http://www.cerebrum2007.cz/) .

Paranoidní syndrom – vedoucím příznakem je chorobná vztahovačnost, tedy chorobný výskyt paranoidních bludů. U tohoto stavu nejsou přítomny halucinace, ale je možno zaznamenat sekundární poruchy emotivity a jednání. Může se vyskytovat např. u schizofrenie. Charakteristické je nedůvěřivé chování, podrážděnost, kritika okolí, impulsivita, destruktivní chování (důvod nedobrovolné hospitalizace), neopodstatněné obviňování okolí. Často manipulace – štvaní lidí proti sobě.

Další syndromy jsou popsané v odborné literatuře, která je uvedena na konci kapitoly.

Spektrum duševních poruch v dětském věku je odlišné od duševních poruch u dospělých. Například minimálně se vyskytují afektivní poruchy a psychózy, z hlediska věku se většinou tyto typy poruch začínají objevovat v období staršího školního věku a adolescentů.

Pedagog nediagnostikuje duševní poruchy. Některé z výše uvedených syndromů se mohou vyskytovat u všech věkových kategorií, tedy i dětí (hlavně starších dětí a adolescentů) a právě pedagogové tráví s dětmi poměrně dost času. Jejich upozornění na konkrétní změny v psychice mohou být významné pro lékaře, který dostane dítě do odborné péče. Proto je vhodné, aby o jejich existenci a dělení měli ponětí i pedagogové.

OTÁZKY

1. Co je správně?

   a) Symptom se skládá se syndromů

   b) Syndrom se skládá ze symptomů

2. Čím je charakteristický fobický syndrom?

   a) Poklesem nálady

   b) Dráždivost, vnitřní napětí, neklid a nesoustředivost

   c) Neodbytný pocit strachu

3. Navrácení nutkavých myšlenek, a to i proti vůli nemocného je charakteristické pro:

   a) Neurastenický syndrom

   b) Obsedantní syndrom

   c) Paranoidní syndrom

SHRNUTÍ KAPITOLY

V této kapitole student získal přehled o nejčastěji se vyskytujících syndromech v psychiatrii a seznámil se s jejich obecnou charakteristikou.

ODPOVĚDI

1 b, 2 c, 3 b

DALŠÍ ZDROJE

HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER. J. a kol.. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

HOSÁKOVÁ, J. HOSÁK, L. a kol. *Ošetřovatelská péče v psychiatrii.* Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik, 2018. 192 s. ISBN 978-80-7510-281-2.

582-4

OREL, M. a kol. PSYCHOPATOLOGIE. Praha: Grada Publishing, a.s., 2016. 344 s. ISBN 978-80-247-5516-8

5 DIAGNOSTIKA. ROZHOVOR S PSYCHIATRICKÝM PACIENTEM

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Tato kapitola provede studenty problematikou diagnostiky duševních poruch. Je zde popsána problematika rozhovoru s pacientem a struktura psychiatrického vyšetření.

CÍLE KAPITOLY

Cílem této kapitoly je seznámit studenty:

- S problematikou stanovení diagnózy duševní poruchy
- Přiblížit problematiku rozhovoru s duševně nemocným
- Představit strukturu psychiatrického vyšetření.

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

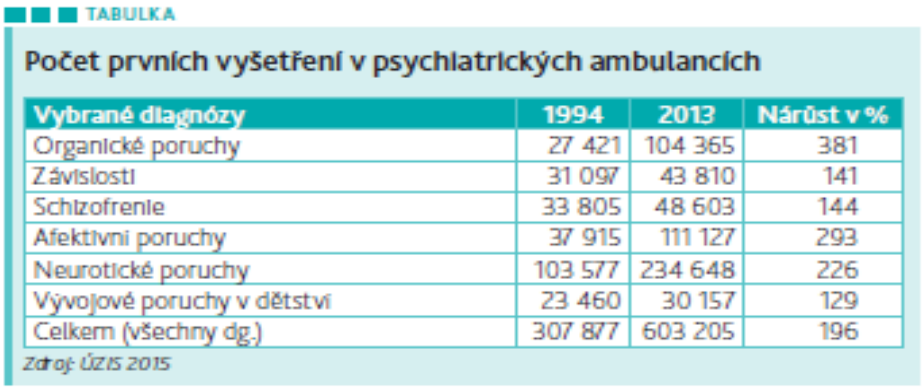
2 hodiny

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Diagnostika, rozhovor, duševní porucha, psychiatrické vyšetření

V České republice v současnosti navštíví každoročně na 600 000 pacientů psychiatrické ambulance a jejich počet stále roste. Minimálně stejné množství lidí přijde se svými duševními problémy k praktickému lékaři a dalším odborníkům.

Narůstající výskyt duševních poruch, včetně jejich rozdělení, je zpřehledněn v následující tabulce.



TABULKA

Počet prvních vyšetření v psychiatrických ambulancích

Vybrané diagnózy	1994	2013	Nárůst v %
Organické poruchy	27 421	104 365	381
Závislosti	31 097	43 810	141
Schizofrenie	33 805	48 603	144
Afektivní poruchy	37 915	111 127	293
Neurotické poruchy	103 577	234 648	226
Vývojové poruchy v dětství	23 460	30 157	129
Celkem (všechny dg.)	307 877	603 205	196

Zdroj: ÚZIS 2015

Zdroj: https://www.tribune.cz/clanek/40709-soucasny-stav-primarni-prevence-dusevnich-poruch-je-v-cr-nedostatecny

Spektrum duševních poruch je poměrně široké a různorodé. Některé choroby mají poměrně klidný průběh a jsou dobře léčitelné, jiné mají naopak chronický charakter a dlouhodobou léčbou se dají ovlivnit podstatně hůře. U duševních poruch není vyjímkou, že není dosaženo plného uzdravení.

Diagnostika v psychiatrii je dlouhodobým procesem. Část poruch se vyvíjí poměrně rychle a je možné konečnou diagnózu stanovit v krátké době. Jiné choroby se však vyvíjejí v čase dlouhodobě a konečná diagnóza se stanovuje s odstupem několika měsíců až let. Některé prameny uvádějí, že psychózy, například schizofrenie, se může rozvíjet až dva roky. Zpravidla tedy není možné, aby lékař sdělil pacientovi nebo rodinným příslušníkům diagnózu hned po prvním vyšetření a po zahájení léčby. Tehdy může sdělit podle převažujících symptomů spíš název syndromu. Pro stanovení diagnózy potřebuje delší čas pro sledování vývoje stavu. Vlastní diagnóza se v ČR stanovuje v souladu s Mezinárodní klasifikací nemocí (MKN-10).

V případě závažný poruch, obzvláště z okruhu psychóz, by nepřesné stanovení diagnózy mohlo pacienta navíc poškodit. Důvodem je skutečnost, že po první atace choroby nelze přesně určit, zda šlo o jednorázovou záležitost nebo zda se budou tyto stavy v rámci atak choroby vracet. Pokud by však byla například diagnóz schizofrenie stanovena, byl by nemocný pravděpodobně invalidizován a vystaven stigmatu.

Za určitých okolností může i jedinec se závažnou psychiatrickou diagnózou poměrně normálně fungovat. Proto je žádoucí stigmatizující diagnostice se vyhnout.

PRO ZÁJEMCE

Pacienti trpící psychickými poruchami se denně potýkají nejen s příznaky své nemoci, ale také s diskriminací, která souvisí se stigmatizujícími postoji a s chováním společnosti. Této problematice je věnována publikace Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch autorů Ociskové a Praška z roku 2015. Pokud vás tato problematika zajímá, knihu doporučuji.

Těžkou formou určité duševní poruchy dnes trpí přibližně čtyři procenta populace.

5.1 Rozhovor s psychiatrickým pacientem

Rozhovor je základním prostředkem nejen pro běžnou komunikaci, ale i pro získání informací o zdravotním stavu nemocného, včetně vyšetření složky duševního zdraví.

Vyšetření nemocného v psychiatrii je v některých aspektech odlišné od vyšetření nemocného se somatickými obtížemi. Změněný psychický stav se projevuje často neschopností nebo neochotou popsat adekvátně svůj stav, stav a prožívání. Někdy je jeho průběh ovlivněn symptomy probíhající nemoci, jindy se nemocný vlastně nemocným necítí, v některých případech je dokonce vyšetřován proti své vůli.

Psychiatrické vyšetření může proběhnout jednorázově, v psychiatrii je ale častý opakovaný kontakt s nemocným. Důvodem je jednak nutnost sledovat vývoj poruchy v čase, ale i spolupráce nebo nespolupráce vyšetřovaného.

Cílem psychiatrického vyšetření psychiatrem je zhodnotit komplexní psychosomatický stav nemocného, určit diagnózu a nastavit léčebný plán. Ve stejné struktuře je prováděno v ambulancích i v lůžkových zařízeních.

Psychiatrické vyšetření se dělí do tří kategorií na:

- komplexní
- cílené

- kontrolní

Komplexní psychiatrické vyšetření se provádí při převzetí nemocného do péče v ambulanci nebo při přijetí do lůžkového zařízení. Provádí se i v případě, že u pacienta byla přerušena léčba na dobu minimálně 2 let. Jde o komplexní posouzení zdravotní stavu pacienta.

Cílené psychiatrické vyšetření se provádí při významné změně zdravotního stavu v průběhu choroby, v případě, že nemocný je hospitalizován se stejnou diagnózou do 3 měsíců od poslední hospitalizace a v případě vystavení žádosti o lázně.

Kontrolní psychiatrické vyšetření se provádí kdykoliv podle stavu nemocného. V lůžkovém zařízení probíhá ve formě vizity.

PRO ZÁJEMCE

Na internetu lze dohledat mnoho výukových materiálů. Pokud máte zájem, můžete shlédnout zajímavý popis prvního kontaktu s psychiatrií a psychiatrického vyšetření na odkazu https://www.youtube.com/watch?v=0mxHLdfErLU .

5.1.1 STRUKTURA PSYCHIATRICKÉHO VYŠETŘENÍ

V rámci psychiatrické vyšetření jsou zjišťovány údaje podle daných okruhů. Je na psychiatrovi, jak půjde při zjišťování dat do hloubky a jaké zvolí pořadí. Cílem je ale zachytit vše důležité pro diagnostiku i léčbu. Data jsou získávána pomocí rozhovoru s nemocným, často však musí být doplněna rozhovorem s blízkými pacienta nebo jinými osobami, které mají relevantní informace. Psychiatrické vyšetření se skládá z následujících částí:

- identifikační údaje
- důvod vyšetření
- anamnéza
- nynější onemocnění
- přítomný stav psychický
- přítomný stav somatický

- psychodynamický a psychopatologický rozbor
- diagnóza
- diagnostický a terapeutický plán

Identifikační údaje - obsahují úplné jméno pacienta, identifikační a kontaktní údaje, datum a místo narození, rodné číslo, číslo pojišťovny, státní příslušnost, národnost. Dále kontakt na nejbližšího příbuzného či osobu blízkou se souhlasem pacienta.

Důvod vyšetření – jde o popis potíží, které jsou důvodem návštěvy lékaře. Jsou poskytovány nemocným, ale i blízkými nemocného nebo jinými zdravotnickými pracovníky.

Anamnéza – skládá se z několika tematických okruhů informací:

- ***Rodinná*** – popisuje psychiatrickou zátěž v pokrevním příbuzenstvu (neuropsychiatrická onemocnění, suicidia, násilné chování, abusus návykových látek a závislosti), léčba a hospitalizace. Rodinné klima, v němž pacient vyrostl (vlídné, adopce, sourozenecké vztahy)

- ***Osobní*** – obsahuje informace o psychosociálním vývoji jedince, jeho somatických chorobách, včetně alergií a porodů

- ***Sociální*** – představuje souhrn informací o rodinné situaci, vzdělání, zaměstnání, bydlení, ekonomické situaci, sociokulturním prostředí, schopnosti sebepéče. Do této kategorie patří i informace o případném trestním stíhání, konfliktech se zákonem, případně jiných právních problémech

- ***Sexuální a partnerská anamnéza*** – obsahuje informace o sexuálním životu, sexuální orientace, partnerském a manželském vztahu, spokojenosti v současném intimním životě. Významné jsou i informace o případných odchylkách v sexuálním vývoji a případných traumatických zážitcích v této oblasti

- ***Osobnost a sebehodnocení*** – důležité informace o tom, jak se pacient hodnotí sám, co o něm říkají druzí, vztahy s ostatními lidmi. Způsob trávení volného času, koníčky. Významné jsou i informace o zlomových situacích, které významně zasáhly do života nemocného a vedly ke změnám jeho povahy

- ***Užívání návykových látek a závislostní chování*** – co, jak často, v jaké míře, jak dlouho. Léčba závislostí, zdravotní a sociální komplikace související s užíváním návykových látek
- ***Psychiatrická anamnéza*** - první kontakt s psychiatrií, vývoj obtíží v čase, za jakých okolností byl kontaktován psychiatr, co pacientovi v minulosti pomohlo, co nikoli, psychiatrické hospitalizace a jejich důvod, léčba v zařízeních komunitní péče. Výskyt suicidálního chování či agresivity. Absolvovaná vyšetření a terapie v souvislosti s psychickým stavem

Anamnestická data získaná od pacienta je důležité objektivně doplnit a ověřit z jiných zdrojů, např. od blízkých nemocného, sociálních pracovníků apod.

Nynější onemocnění – jde o spontánní výpověď nemocného o stavu jeho současných potíží, důvodech choroby a zhoršení, symptomech choroby a jejich vývoji v čase. Zajímají nás i informace o dřívější léčbě a jaký byl léčebný efekt, aktuální medikace a její žádoucí a nežádoucí účinky. Opět je vhodné doplnit o objektivní posouzení jinou osobou, např. ošetřujícím lékařem nebo rodinným příslušníkem.

Přítomný stav psychický (status praesens psychicus) **–** jde o stručný, jasný a výstižný popis symptomů přítomných v době psychiatrického vyšetření. Při ambulantním a konsiliárním vyšetření se jeví jako dostatečné zachytit v zápise pouze přítomné psychopatologické příznaky. Pouze u položky suicidální úvahy a tendence je žádoucí zaznamenat i jejich nepřítomnost.

Přítomný stav somatický – subjektivní a objektivní hodnocení tělesného stavu jedince, kdy se zaměřujeme na výskyt somatických a neurologických odchylek od normy

Psychodynamický a psychopatologický rozbor – popis základních osobnostních charakteristik jedince, pociťované psychologické problémy, adaptační a obranné mechanismy. Snaha o zachycení významných momentů v životě jedince, které mohly mít souvislost s duševní poruchou

Diagnóza – stanovení pracovní diagnózy, tedy pojmenování hlavní duševní poruchy, podle platné klasifikačního systému. Mimo pojmenování konkrétní poruchy se stanovuje ještě postižení nemocného v oblasti péče o sebe sama, pracovního výkonu, rodinného soužití a schopnost širšího sociálního chování. Zároveň se hodnotí vnější vlivy a faktory související s příslušnou psychickou poruchou

Diagnostický a terapeutický plán – potvrzení pracovní diagnózy na základě pomocných vyšetření a následné stanovení terapeutického postupu.

Souhrn – závěrečný souhrn informací, které vedly ke stanovení diagnózy a terapeutického plánu. Zároveň se zde objevuje informace, proč byla některá farmaka vysazena, případně některý terapeutický postup vyloučen.

Kompletní psychiatrické vyšetření je vždy zadokumentováno a je nedílnou součástí zdravotnické dokumentace. Je důležité, aby bylo co nejpodrobnější, neboť slouží zároveň jako zdroj informací pro ostatní zdravotnické pracovníky. Pokud není všechny údaje spolehlivě poskytnout sám pacient, údaje jsou postupně doplněny a ověřeny od rodinných příslušníků a blízkých pacienta.

OTÁZKY

1. Při významné změně zdravotního stavu v průběhu choroby se provádí:

a) Komplexní psychiatrické vyšetření

b) Cílené psychiatrické vyšetření

c) Kontrolní psychiatrické vyšetření

2. Hodnotí se při psychiatrickém vyšetření i tělesný stav nemocného?

a) Ano

b) Ne

3. Jak se nazývá okruh anamnéza, který představuje souhrn informací o rodinné situaci, vzdělání, zaměstnání, bydlení, ekonomické situaci, sociokulturním prostředí, schopnosti sebepéče:

a) Osobní anamnéza

b) Rodinná anamnéza

c) Sociální anamnéza

SHRNUTÍ KAPITOLY

V této kapitole byly shrnuty informace o problematice stanovení diagnostiky a o typech psychiatrických vyšetření. Zároveň zde byly představeny části psychiatrického vyšetření.

ODPOVĚDI

1 c, 2 a, 3 c

DALŠÍ ZDROJE

HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER. J. a kol.. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

HOSÁKOVÁ, J. HOSÁK, L. a kol. *Ošetřovatelská péče v psychiatrii.* Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik, 2018. 192 s. ISBN 978-80-7510-281-2.

6 LÉČEBNÉ POSTUPY V PSYCHIATRII

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Tato následující kapitola bude pro nezdravotníky jistě náročná. Studentům zde budou prezentovány formy a způsoby terapie. Budou představeny základní terapeutické postupy a jejich dělení.

CÍLE KAPITOLY

Cílem kapitoly je studenta seznámit:

- S formami psychiatrické péče
- Se základními postupy v rámci biologické léčby duševních poruch
- Se základními postupy v rámci psychoterapie, včetně jednotlivých psychoterapeutických směrů

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

2 hodiny

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Duševní porucha, léčba, farmakoterapie, psychoterapie

Psychicky onemocnět může každý z nás. S nejrůznějšími problémy (zdravotními, rodinnými, pracovními, atd.) se v různých etapách života potýká každý člověk. Vlivem nadměrného stresu, nepříznivých životních okolností nebo z biologických příčin se může u každého z nás objevit duševní onemocnění stejně jako tělesné onemocnění.

Vážné duševní onemocnění člověka ochromí a znemožní mu každodenní fungování, podobně jako zlomená noha. Jedná se o onemocnění mozku (nesrovnatelně složitějšího orgánu, než jsou lidské kosti), které se projevuje různými poruchami psychického fungování – v myšlení, prožívání a chování člověka.

Problémy způsobované duševním onemocněním není možné překonat pouhou vůlí, nevyplácí se je bagatelizovat nebo ignorovat. Naopak, čím dříve je zahájena adekvátní léčba, tím větší je naděje na vyléčení. Při včasném rozpoznání nemoci je možné zabránit jejímu plnému rozvinutí.

Duševní poruchy s sebou často přinášení narušení vzájemné interakce nemocného s životním prostředím, životním stylem, sociokulturním prostředím a dalšími oblastmi. Péče o tyto nemocné se nesoustředí pouze na léčbu duševních poruch, ale i na somatické a jiné potíže, které nejsou řešeny nemocným právě kvůli probíhající duševní poruše.

Léčba duševních poruch má poměrně široké rozpětí. Duševní poruchy vyžadují nejen nutnost léčby vlastní choroby, ale i následnou rehabilitaci a resocializaci. Péči o duševně nemocné vždy zajišťuje multidisciplinární tým, který je složen z lékaře - psychiatra, psychologa, všeobecných sester, ošetřovatelů, ergoterapeutů, sociálních pracovníků a dalších profesí podle typu duševní poruchy (např. etopedů u dětí, adiktologů u závislých nebo fyzioterapeutů.

Léčba duševních poruch probíhá v různých formách:

- ***ambulantní*** – psychiatrické ambulance
- ***lůžkové*** – psychiatrická oddělení, psychiatrické kliniky, psychiatrické nemocnice, psychiatrické léčebny
- ***komunitní zařízení*** – denní stacionáře, krizová centra, chráněné bydlení, nově i centra duševního zdraví

Z důvodu přesahu psychických poruch do sociální oblasti je ale pro tyto nemocné nutné zajištění i ***péči sociální***.

Někteří pacienti ztratili schopnost zajištění sebepéče, což vyžaduje pomoc sociálních služeb. Ty mohou být poskytovány v přirozeném prostředí nemocného, kdy pomáhají hlavně

při zajištění nákupu, obědu, úklidu, případně při vyřizování různých záležitostí na úřadech a u lékařů. Tuto péči mohou zajišťovat sociální služby zřízené místními samosprávami v regionu, ale i neziskové organizace zaměřené na tuto skupinu nemocných. Sociální pomoc mohou poskytovat i neziskové organizace, např. Charita, Anima Viva , Fokus nebo Mens Sana.

PRO ZÁJEMCE

Jedním z prvních komunitních zařízení pro duševně nemocné z okolí Ostravy je již mnoho let Mens Sana. Přehled služeb a aktivit tohoto zařízení je možno shlédnout na http://menssana.cz/ .

Část pacientů ale není schopná pobývat v přirozeném prostředí a ti musejí být umístění buď v chráněném bydlení, kde je zajištěn dohled alespoň po část dne nebo přímo v lůžkových zařízeních sociální péče, které nahrazují nemocnému jeho domov. Zde bývají umisťování zpravidla pacienti s dlouhodobě probíhající chorobou s funkčním postižením. Může jít o domovy se zvláštním režimem nebo o domovy pro osoby se zdravotním postižením.

Léčba duševně nemocných může být:

- ***dobrovolná*** - nemocný souhlasí s léčbou a souhlas stvrdil podpisem ve zdravotnické dokumentaci
- ***nedobrovolná*** – která se zahajuje v případě, že nemocný s léčbou nesouhlasí, většinou z důvodu akutní ataky poruchy, ale je nebezpečným sobě nebo svému okolí. Tehdy se zahajuje detenční řízení a oprávněnost léčby kontroluje příslušný soud
- ***ochranná*** - ochrannou léčbu nařizuje soud a to v případě trestného činu, který byl spáchán pod vlivem duševní poruchy. Léčba probíhá většinou v psychiatrických nemocnicích nebo v psychiatrických ambulancích. Pokud byl jedinci uložen výkon trestu, probíhá zpravidla po odpykání trestu. Výkon trestu však nebývá udělen v případě, že jedinec nebyl za své jednání zodpovědný, tehdy se ukládá pouze ochranná léčba. Trvá mnoho měsíců až několik let. Pokud dochází opakovaně

v závažné trestní činnosti pod vlivem duševní poruchy a pacient spolehlivě při léčbě nespolupracuje, může být umístěn nařízením soudu do detenčního zařízení, kde duševní poruchu léčí ambulantní psychiatr.

PRO ZÁJEMCE

Problematika nedobrovolných hospitalizací duševně nemocných je pro mnoho lidí kontroverzním tématem. Pokud máte zájem zjistit o tomto tématu více, doporučuji si přečíst následující stránky Ligy lidských práv file:///C:/Users/hos0001/Downloads/nedobrovolna_hospitalizace.pdf

Základní dělení léčebných postupů duševních poruch lze rozdělit následovně:

- ***biologické léčebné metody***
- ***psychoterapie***
- ***psychiatrická rehabilitace a resocializace***

6.1 Biologické léčebné metody

Biologické metody léčby duševních poruch jsou důležitou a adekvátní součástí vědecky dokumentovaných postupů v léčbě psychických chorob. U některých typů poruch, jako jsou psychotické poruchy nebo závažně afektivní epizody, patří k metodám volby. V léčbě úzkostných stavů nebo poruch osobnosti mohou být pouze pomocnými metodami, které podporují terapeutický proces. Během posledních dvou desetiletí byla do klinické praxe zavedena celá řada biologických metod, příkladem může být repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS) nebo stimulace nervus vagus (SNV). Biologická léčba duševních poruch má zajímavou historii a duševně nemocným se jí v minulosti dostávalo velmi často, což samozřejmě neznamená, že jiné techniky, jako například psychologická pomoc, byly neúčinné.

Mezi biologické léčebné metody se řadí např. psychofarmakoterapie, elektrokonvulzivní terapie, repetitivní transkraniální magnetická stimulace, spánková deprivace, fototerapie, psychochirurgie, stimulace nervu vagu.

Za ***psychofarmaka*** jsou považovány látky, které ovlivňují mozkové funkce a vedou ke změnám vnímání, nálady, vědomí, kognice a chování. Řadí se zde např. antidepresiva, antipsychotika, anxiolytika nebo hypnotika.

Terapie ordinací psychofarmak patří k základním terapeutickým postupům v psychiatrii.

Mezi výhody tohoto postupu patří:

- ***menší potřeba osobního kontaktu s nemocným*** než např. v psychoterapii
- ***relativní rychlost účinku*** - psychofarmaka obvykle účinkují během několika dnů či týdnů
- ***cenová dostupnost léčby*** - s výjimkou nejnovějších preparátů jde vcelku o levný způsob léčby

Řadu psychofarmak může předepisovat kromě psychiatra také praktický lékař, případně lékaři jiných oborů medicíny. U moderních psychofarmak je kladen zejména důraz na jejich bezpečnost – co možná nejmenší nežádoucí účinky a bezpečnost při intoxikaci těmito léky.

Psychofarmaka se dělí do následujících skupin:

- ***Antipsychotika –*** léky na potlačení halucinací a bludů
- ***Antidepresiva –*** léky na zlepšení nálady, nejčastěji při depresi
- ***Anxiolytika*** – léky na zmírnění pocitu úzkosti. Pozor, jsou návykové
- ***Hypnotika*** – léky na úpravu spánku. Mohou spánek buď navozovat, nebo zlepšovat jeho kvalitu
- ***Stabilizátory nálady*** – léky snižující výkyvy v náladě. Nejčastěji se ordinují při bipolárních afektivních poruchách

- ***Psychostimulancia*** – léky na posílení mozkové činnosti. Často se dávají i u ADHD, kde naopak pomáhají stabilizovat mozkovou činnost

- ***Kognitiva*** – léky pomáhající zlepšit kognitivní funkce. Podávají se hlavně u demencí

- ***Antialkoholika*** – léky pomáhající při léčbě závislostí

- ***Náhražky opiátů –*** léky využívající se k substituční (náhražkové) léčbě závislosti na opiátech

Elektrokonvulzivní terapie (ECT) - byla ve své historii opakovaně terčem útoků různých skupin. Na negativním obrazu se částečně podílela i některá umělecká díla, např. film Přelet na kukaččím hnízdem, která tuto metodu léčby prezentovala jako agresivní až zrůdnou. Přesto je tato metoda v mnoha zemích považována za unikátní v léčbě závažných afektivních a schizofrenních poruch. Podle výsledků výzkumů mají k této terapii pozitivní postoj hlavně pacienti, kterým byla aplikována a kteří díky ní pocítili rychlou úlevu. Její používání má dlouhodobě stabilní trend, v některých zemích se dokonce nepoužívá pouze ke zvládnutí akutní ataky choroby, ale i jako dlouhodobá udržovací terapie při aplikaci např. 1x za měsíc.

Při aplikaci dochází k elektrické stimulaci mozku, která vyvolává epileptický záchvat typu grand mal (zvýšený svalový tonus, poté klonus, dále terminální spánek, to vše během několika desítek vteřin), jeho projevy jsou však výrazně zmírněny z důvodu celkové krátkodobé anestezie a myorelaxace svalstva nemocného.

Mechanismus této léčby není podrobně jasný dodnes. V literatuře lze dohledat více než 100 hypotéz vysvětlujících účinnost elektrokonvulzivní léčby. Byly prokázány některé změny, které elektrická stimulace vyvolává.

ECT stimuluje synaptickou monoaminergní transmisi (serotonin, noradrenalin, dopamin), zvyšuje prokrvení a metabolismus mozku, zvyšuje propustnost hematoencefalické bariéry. Krátkodobě zvyšuje i vylučování prolaktinu, ACTH, kortizolu a endorfinů. ECT mění expresi některých genů v mozku, zvyšuje schopnost neuroplasticity mozkové tkáně.

Jedná se o nejúčinnější způsob biologické terapie v psychiatrii, u deprese je účinnost 80 až 90 %, oproti tomu při podávání antidepresiv kolem 60 %

ECT snižuje délku hospitalizace a sebevražednost pacientů. Účinek terapie je krátkodobý, jednoznačně však poměrně rychle zlepšuje stav nemocného a umožňuje překlenout období do rozvinutí plného účinku antidepresiv nebo antipsychotik.

Hlavní indikace ECT jsou deprese, schizoafektivní porucha, letální katatonie, maligní neuroleptický syndrom a schizofrenie.

V současnosti patří mezi indikace i některé neurologické choroby, např. Parkinsonova choroba, tardivní dyskineze a výjimečně i nezvládnutelné epilepsie.

Kontraindikace ECT jsou rozděleny na absolutní a relativní:

- ***Absolutní*** - zvýšený nitrolební tlak, mozkový nádor, aneuryzma aorty nebo mozkových cév, stav po krvácení do mozku, infarkt myokardu v nedávné anamnéze, odchlípení oční sítnice, nesnášenlivost anestetika, demyelinizační onemocnění
- ***Relativní*** - těžká srdeční choroba, nekorigovaná arteriální hypertenze, stav po ischemické cévní mozkové příhodě, vážné onemocnění plic, závažná osteoporóza

PRO ZÁJEMCE

Elektrokonvulzivní terapie je dlouhodobě mystifikována a odsuzována jako nehumánní a překonaná metoda léčby duševních poruch. To však není pravda. Dodnes přináší pacientům u vybraných duševních poruch nejrychlejší úlevu. Navíc je prováděna v celkové narkóze a relaxaci svalů. V mnoha zemích se provádí jako ambulantní zákrok, kdy pacient zůstává po jeho aplikaci ve zdravotnickém zařízení po dobu asi 2 hodin z důvodu minimalizace rizik spojených s celkovou narkózou. Pokud máte zájem tento zákrok shlédnout, klikněte na odkaz https://www.youtube.com/watch?v=9L2-B-aluCE .

Elektrokonvulzivní terapii je možno aplikovat za určitých podmínek i při vážných somatických onemocněních, kdy se zvažují přínos a rizika léčby. Zavedení terapie probíhá vždy až po konzultaci se somatickým lékařem, který zhodnotí riziko vyplývající z tělesné choroby a pokud je riziko vysoké, léčbu nedoporučí.

Elektrokonvulzivní terapii je možno aplikovat i v těhotenství po konzultaci s porodníkem a to až do pátého měsíce gravidity. Pro těhotné ženy může představovat menší riziko než psychofarmakoterapie (teratogenní účinky některých farmak).

Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rtms) - principem této metody je ovlivnění mozku pomocí proměnného magnetického pole. Jde o poměrně novou metodu, která je bezpečná a dobře tolerovaná s minimem nežádoucích účinků. V psychiatrii je s ní nejvíce zkušeností právě v léčbě deprese, ale také v diagnostice a léčbě některých neuropsychiatrických poruch. Není však běžné dostupná v klinické praxi, využití má v současnosti spíše ve výzkumu duševních poruch. Účinnost metody v současnosti není tak výrazná jako u elektrokonvulzivní terapie, některým nemocným s příznaky rezistentními na léky však rTMS pomoci může.

Spánková deprivace – při spánkové deprivaci je u nemocného regulovaná délka spánku. Aplikuje se v různých formách. Buď pacient nesmí spát po dobu 24-36 hodin nebo se provádí tzv. parciální spánková deprivace, kdy pacient může spát 4 hodiny, poté je vzbuzen a nesmí dále spát minimálně další 4 hodiny. Metoda se používá převážně u depresivních poruch a vychází ze zjištění, že pacienti s depresí se paradoxně cítili po probdělé noci lépe, než když spali.

Psychochirurgie – jde o operativní zákroky v mozku, kterými se upravuje duševní stavy člověka, např. leukotomie, lobotomie. V současnosti se metody psychochirurgie využívají sporadicky např. u stavů rezistentní obsedantně-kompulzivní poruchy, nezvládnutelné patologické agresivity (např. u sexuálních agresorů nebo u mentálně retardovaných).

Fototerapie – jde o aplikaci jasného světla o vysoké intenzitě (2500 - 10 000 luxů). Přesný mechanismus účinku dosud není znám, předpokládá se, že fototerapie upravuje různé patologicky snížené rytmy. Aplikace se provádějí ráno, v současnosti, převážně pacientům se sezónní depresí.

Stimulace nervus vagus – jde o metodu, která se používá v neurologii při léčbě epilepsie a jejíž účinky se projevily i při léčbě některých duševních poruch. Pomocí elektrody implantované v oblasti levého nervus vagus na krku jsou stimulována jeho eferentní vlákna a tím je ovlivňována i činnost mozku. Účinek se dostavuje až po několika měsících, proto je metoda vhodná hlavně u chronicky nemocných duševní poruchou.

Biologických terapeutických metod v psychiatrii je více, jsou však využívány převážně ve výzkumu a nejsou součástí běžné terapie.

6.2 Psychoterapie

Psychoterapie je jednou ze základních léčebných metod vedle farmakoterapie a chirurgické léčby. Jde o promyšlené léčebné působení psychologickými prostředky (slovem, mimikou, gestem, výrazem, záměrným využitím vlivů zevního prostředí) na narušenou činnost organizmu (nejen psychickou, ale i na somatickou) směrem, který považují obě strany za žádoucí.

DEFINICE

Psychoterapie je léčba tzv. psychologickými prostředky, které má v rukou kvalifikovaný psychoterapeut, zodpovědný za formování terapeutického vztahu s klientem. Hlavním nástrojem psychoterapie je rozhovor a tím, co léčí, je již zmíněný a nepostradatelný vztah

Zdroj: http://www.psycholog-praha.cz/co-je-psychoterapie

Psychoterapeutický přístup je takové kladné chování zdravotníků k nemocným, které přispívá psychologickými prostředky k dosažení cíle léčby; redukuje nežádoucí společenské, psychické, biologické zátěže (stresy, frustrace, deprivace, konflikty) pacienta a napomáhá stabilizovat jeho narušené psychické a somatické funkce.

Vykonávat psychoterapii může lékař, psycholog i sestra. Pro poskytování podpůrné psychoterapie stačí získat kvalifikaci lékaře, psychologa nebo sestry. Pro systematickou psychoterapii je však podmínkou několikaletý psychoterapeutický zkušenostních prožitků a supervize.

Terapeutické cíle psychoterapie mohou být dvojí:

- odstranění nebo zmírnění chorobného příznaku
- dosažení pozitivních změn v pacientově osobnosti

Psychoterapie se dělí podle různých kritérií a zde si představení některé z typu dělení.

Podle počtu účastníků se dělí na:

- individuální
- kolektivní

Kolektivní psychoterapie probíhá **v různých formách** jako:

- ***skupinová*** - využívá se záměrně dynamiky mezilidských vztahů mezi členy psychoterapeutické skupiny pro léčebné účely
- ***hromadná*** – jde o působení metodami individuální psychoterapie na více pacientů současně a to bez ohledu na jejich vzájemné vztahy, např. osvětová přednáška pro pacienty závislé na alkoholu)
- ***rodinná*** – skupinou je rodina nemocného

Podle přístupu terapeuta se dělí na:

- ***direktivní*** – jde o přímé působení, usměrňování postojů, myšlení, chování pacienta
- ***nedirektivní*** – kdy terapeut svým chápajícím, trpělivým postojem podněcuje pacienta k slovním, emočním a činnostním projevům bez udělování rad a prosazování vlastních názorů

Podle cíle se dělí na:

- ***kauzální*** – zjišťuje se a odstraňuje příčinu vedoucí k chorobnému příznaku
- ***symptomatickou*** – zaměřuje se na odstranění chorobného příznaku bez ohledu na jeho příčiny

Podle hloubky očekávaných změn:

- ***rekonstrukční*** – cílem je osobnostní změna pacienta
- ***podpůrná*** – poskytuje porozumění a podporu

Podle délky nebo počtu sezení:

- ***dlouhodobá*** – několik měsíců až let
- ***střednědobá*** – do max. 50 sezení
- ***krátkodobá*** – 15-20 sezení
- ***krizová intervence*** – podporuje v adaptaci na náročnou životní situaci (maximálně 3-4 sezení)

Pro vedení psychoterapie je nutno vytvořit **produktivní psychoterapeutický vztah mezi zdravotníkem a pacientem**. Ten může mít tři typy:

- *vztah založený na autoritě* – charakteristický vysokou prestiží terapeuta v očích pacienta
- *vztah založený na přenosu* - pacient promítá své minulé zkušenosti a vztahy k lidem do osobnosti terapeuta
- *vztah založený na empatii* - terapeut se vciťuje do pacienta, projevuje mu porozumění a citovou podporu.

Techniky a metody psychoterapie jsou konkrétní prostředky, které se v rámci psychoterapie používají. Mohou být *verbální* nebo *neverbální*.

Verbální techniky:

- ***Rozhovor*** - základní psychoterapeutická metoda. Obsah je dám psychoterapeutickým směrem psychoterapeuta. V této léčbě se někdy využívá i práce s mlčením jako s přirozenou součástí rozhovoru.
- ***Sugestivní techniky*** – vyvolání živých představ k vyvolání konkrétního stavu, např. hypnóza. Využívá i autosugesci, kdy jedinec podléhá vlastním vyvolaným představám.
- ***Racionální psychoterapie*** – práce s logickým myšlením, vysvětlováním příčin poruchy, vedené ke změně dysfunkčních názorů na funkční.

Neverbální techniky:

- ***Arteterapie*** – využití výtvarného projevu
- ***Muzikoterapie*** – aktivní nebo pasivní využití hudby
- ***Psychogymnastika*** – vyjádření pocitů a potřeb pantomimou

- ***Psychodrama*** - improvizovaná dramatická divadelní hra řízená terapeutem a sledovaná spolupacienty jako diváky
- ***Techniky práce s tělem*** – relaxační cvičení, práce s dechem, práce se svalovým napětím
- ***Autogenní trénink*** – je to relaxační metoda spojující principy relaxace, koncentrace, autosugesce a systematického nácviku

Toto je pouze výčet nejčastěji používaných. V klinické praxi se lze setkat i s jinými typy technik.

PRO ZÁJEMCE

Relaxačních metod je široké spektrum. Nikdy jste žádné relaxační cvičení neabsolvovali a nevíte, jak so ho představit? Nevadí. Udělejte si 15 minut času, uložte se do pohodlné polohy a spusťte následující odkaz https://www.youtube.com/watch?v=2n0ka8vLMDc .

Psychoterapie má své zákonitosti:

- v lidském jednání působí také nevědomé duševní pochody (ne vše, co se odehrává v naší psychice a určuje pak naše jednání, je vědomé)
- své dřívější emocionální zkušenosti přenášíme do nových situací (to se nazývá "přenos", přenos nemá nic společného s aktuální situací, např. v rámci přenosu má pacient tendenci být nadšen novým terapeutem, aniž by jej znal, jelikož mu připomíná oblíbeného strýce)
- "protipřenos" nastává ve vztahu terapeuta k pacientovi (terapeut také může promítat do pacienta své minulé zážitky, neuspokojená přání a uspokojovat jiné potřeby).

Psychoterapie je vedena podle konkrétního psychoterapeutického směru. Mezi ***základní psychoterapeutické směry*** patří:

- ***Psychoanalytická terapie, psychoanalýza*** - dle zakladatele Freuda (rodák z Příbora) jsou základními hybnými sílami motivujícími osobnost Eros (život a sex) a Thanatos (smrt a agrese). Vznik obranných mechanizmů chrání jedince před uvědoměním si svých základních tužeb znásilňovat a ničit. Jádrem osobnosti je nevědomý konflikt mezi sexuálními a agresivními pudy (id), společenskými pravidly, které tyto pudy pomáhají kontrolovat (superego) a obrannými mechanizmy (ego), které ovládají pudy tak, aby úzkost a pocity viny byly minimální. Příčinou neurotických poruch jsou konflikty uložené v nevědomí, pokud se v rámci léčby dostanou na vědomou úroveň a pacient je schopen je verbalizovat a vědomě prožít, uzdraví se z neurózy.

PRO ZÁJEMCE

Sigmund Freud se narodil v Příboře 6. 5. 1856 rodičům Jákobovi a Amálii Freudovým, tedy v našem kraji. V jeho rodném domě je v současnosti zřízeno museum, kde je umístěna expozice Sigmunda Freuda. Jistě je to vhodný typ pro osobní výlet, ale pro zájemce je možné si informace o tomto lékaři dohledat i na webových stránkách musea na odkaze http://www.freudmuseum.cz/sigmund-freud/zivotopis.php .

- ***Adlerovská terapie*** - vychází z psychoanalýzy (zakladatelem tohoto učení je A. Adler), základní hnací silou lidského snažení je usilování o nadřazenost (tj. povznést se nad to, čím v současnosti jsme) a patologické osobnosti se cítí neschopné dosáhnout nadřazenosti společensky konstruktivním způsobem (např. usilovnou prací, studiem aj.)

- ***Existenciální terapie*** - směr psychologické léčby založený na filozofii existence a zabývající se např. lidskou svobodou, stárnutím, smrtelností, odpovědností za své činy, existenciální izolací, deprivací, frustrací, existenciálním vakuem a smyslem života. Postup formoval vídeňský neurolog a psychiatr Viktor Emil Frankl, dalšími významnými osobami jsou Binswanger a Boss

- ***Humanistická psychoterapie (psychoterapie zaměřená na člověka)*** – zdůrazňuje lidskou jedinečnost a potenciál pro osobní rozvoj a růst. Zakladatelem je C. Ro-

gers. Rogersovský terapeut je **empatický** (vciťuje se do pacienta), **akceptující** (přijímá pacienta takového, jaký je včetně jeho nedostatků) a **kongruentní** (projevující své emoce autenticky), v tomto **nedirektivním terapeutickém vztahu** nemocný sám dozrává k vhodnému chování, zbavuje se neurotických příznaků

- ***Gestalt terapie*** (zakladatelem je F. Perls) – je humanistický, prožitkový a psychosomatický směr v psychoterapii. Osoby jsou představovány jako otevřené systémy provázané se svým okolím. Cílem je u osob dosáhnout sjednocení těla, pocitů a rozumu. Vyrovnanost osobnosti nastává, když vnější projevy (vědomí – vyjadřování, chování, vzhled, činy) souhlasí s vnitřními pocity (podvědomí – emoce, pohnutky, pudy).

- ***Behaviorální terapie*** - zakladatelem teorie učení a protipodmiňování je J. Wolpe. Vychází z přesvědčení, že základem většiny poruch chování je úzkost, tj. způsob reagování nervového systému v okamžiku ohrožení, úzkost může být také naučená – úzkostná reakce v ohrožující situaci je vyvolána v časové souvislosti s daným podnětem a podnět sám pak může vyvolat úzkostnou reakci, již bez ohrožující situace. Naučené úzkosti se lze odnaučit protipodmiňováním – systematickou desenzibilizací (postupným vystavováním se vyvolávajícímu podnětu se vzrůstající intenzitou), nácvikem asertivity, relaxačními technikami. Nezabývá příčinami neurotického chování, ale jeho praktickým odstraňováním, nácvikem vhodného chování, terapeut je direktivní, v roli "trenéra"

- ***Kognitivní terapie*** - zakladatelem racionálně emotivní terapie je A. Ellis. Vychází z přesvědčení, že za emoční poruchy odpovídá především nesprávné myšlení. V klinické praxi se většinou používá spojení prvků behaviorální a kognitivní terapie pod názvem kognitivně-behaviorální terapie.

- **Integrovaná psychoterapie** - zakladatelé jsou manželé Knoblochovi. Základem je skupinové schéma složené ze čtyř základních rolí – role autority, role podřízené, role ve vztahu k osobám souřadného postavení a role ve vztahu k intimním (sexuálním) partnerům. Pacienti se učí rozeznávat své maladaptivní postoje a měnit své chování přiměřeně realitě.

PRO ZÁJEMCE

Jak vlastně probíhá psychoterapie? Co od ní čekat? Bližší informace o prvním psychoterapeutickém sezení můžete nalézt na odkazu https://www.youtube.com/watch?v=gaNmt_JGgX0

OTÁZKY

1. V případě, že nemocný s léčbou nesouhlasí, většinou z důvodu akutní ataky poruchy, ale je nebezpečným sobě nebo svému okolí, označujeme léčbu jako:

   a) Ochrannou

   b) Dobrovolnou

   c) Nedobrovolnou

2. Léky, které ovlivňují mozkové funkce a vedou ke změnám vnímání, nálady, vědomí, kognice a chování se nazývají:

   a) Psychoterapie

   b) Psychofarmaka

   c) Psychózy

3. Jak nazýváme postupy, kdy se provádí operativní zákroky v mozku, kterými se upravuje duševní stavy člověka, např. leukotomie, lobotomie?

   a) Repetitivní transkraniální magnetická stimulace

   b) Psychoterapie

   c) Psychochirurgie

SHRNUTÍ KAPITOLY

Tato kapitola zpřehlednila studentům informace o vybraných biologických léčebných postupech v psychiatrii. Seznámila s nejčastěji podávanými léčivy a vybranými biologickými léčebnými postupy. Zároveň byly popsány základní informace o psychoterapii.

ODPOVĚDI

1 c, 2 b, 3 c

DALŠÍ ZDROJE

HOSÁKOVÁ, J. HOSÁK, L. a kol. *Ošetřovatelská péče v psychiatrii.* Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik, 2018. 192 s. ISBN 978-80-7510-281-2.

582-4

PETR, T., MARKOVÁ, E. A KOL. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6

7 PSYCHIATRICKÁ REHABILITACE A RESOCIALIZACE

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Léčba duševních poruch nespočívá pouze ve zvládnutí akutního stavu, významnou roli zde hraje i návrat pacientů do běžného života, což zajišťujeme pomocí psychiatrické rehabilitace a resocializace.

CÍLE KAPITOLY

Cílem této kapitoly je:

- Definovat pojmy psychiatrická rehabilitace a resocializace
- Vysvětlit základní principy psychiatrické rehabilitace a resocializace
- Seznámit s fázemi psychiatrické rehabilitace

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

2 hodiny

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Rehabilitace, resocializace, duševní porucha, péče

Psychiatrická rehabilitace je důležitou součástí současné komplexní péče o pacienty s duševními poruchami. V úzkém sepětí zejména s psychoterapií a socioterapií přispívá u pacientů s duševní poruchou k obnovení schopností, které byly onemocněním sníženy a tím jim ztížily nebo dokonce znemožnily, se plnohodnotně zapojit do reálného života ve společnosti.

Psychiatrická rehabilitace - zahrnuje všechny pochody a opatření, které vedou ke znovuzařazení pacienta postiženého psychickou chorobou do běžného života. Jejím cílem je zároveň zlepšení kvality života pacientů a posílení jejich víry ve vlastní schopnosti při zvládání samostatného pohybu ve společnosti.

Resocializací označujeme opětovné začlenění nemocného do společnosti, např. po déletrvající hospitalizaci v lůžkovém zařízení.

Většina duševních poruch má chronický a periodický průběh a jejich léčba bývá obtížná a dlouhodobá. Všechny výrazně zhoršují kvalitu života jedince a kvalitu vztahů rodinných, partnerských, pracovních i sociálních, omezují životní spokojenost.

U duševních poruch dochází ke změnám kognitivních funkcí, což vede k problémům v sociálních situacích. To lze napravit jak kognitivní rehabilitací, tak nácvikem sociálních dovedností duševně nemocných.

Resocializace a rehabilitace nemocných v psychiatrii je nezbytnou součástí komplexní terapie. Základní snahou rehabilitačního procesu je zvrátit veškeré negativní dopady, které přinesla vlastní psychická porucha a navrátit pacientovi plnou funkční schopnost. Sociální zařazení nemocného je typicky postiženo například u schizofrenie, kde je to dáno jak příznaky onemocnění (apatie, abulie, sociální stažení, autismus), tak reakcí společnosti (stigma duševní poruchy – odmítání postižených osob zdravými lidmi jako přátel, spolupracovníků aj. z důvodu strachu z nich).

Cílem péče o osoby s duševními poruchami je co nejvíce podpořit schopnosti pacienta a jeho přirozeného zázemí tak, aby nemocný byl schopen se sám co nejvíce vypořádat se svými obtížemi. Snahou je napomoci osobám s duševní poruchou k dosažení produktivního a subjektivně uspokojivého života v co nejpřirozenějších podmínkách.

Mezi základní principy psychiatrické rehabilitace patří následující ***znaky***:

- Pacient a všechny jeho životní potřeby stojí v centru pozornosti
- Rehabilitace začíná již během akutní léčby a promítá se do všech zařízení psychiatrické péče
- Aktívní zapojení pacienta je základním předpokladem úspěchu

- Potřebná je orientace na zdravou, nikoliv nemocnou část osobnosti, je nutno hovořit s pacientem řečí, které rozumí
- Pomoc a podpora je orientovaná na kompetenci pacienta a zlepšení jeho života, podpora self-aktivit (např. program Itareps - nejmodernější způsob sebemonitorování prodromálních příznaků u schizofrenie a tím i předcházení návratu duševní choroby, v případě zhoršení stavu pacient elektronicky informuje psychiatra)
- Spolupráce s pacientem je dlouhodobým procesem s individuálním průběhem, techniky a přístupy jsou vedeny dle aktuálních potřeb pacienta
- Dlouhodobá medikace je zapotřebí, ale není sama o sobě dostatečnou komponentou rehabilitace
- Není vhodné očekávat velké změny, ale je třeba nespokojit se s malými
- Naděje je nedílnou, základní součástí celého procesu, sama o sobě nestačí

Celkový proces rehabilitace je možno rozdělit na 3 základní fáze:

- ***diagnostická fáze*** - tj. ohodnocení pacientových schopností, možnosti jeho přirozeného prostředí, navázání pracovního společenství s pacientem a definování cílů
- ***fáze plánování*** - rehabilitační plán vychází z popisu stavu a stanovení priorit v rozvoji dovednosti a zdrojů
- ***intervenční fáze*** - tj. konkrétní rozvoj, posilování pacientových dovedností a rozvoj či uzpůsobení prostředí pacienta, tedy konkrétní činnost

Psychiatrickou rehabilitaci obecně lze dělit na následující ***okruhy:***

- fyzikální léčba
- léčba pohybem a sportem
- pracovní a činnostní léčba
- umělecko-kreativní léčba
- terapie zábavná a rekreační

Fyzikální léčba – patří zde vodoléčba (lázně, střiky, sprchy) s cílem vyvolat pocit uvolnění a pohody. Dále masáže (klasické, reflexní, podvodní), jež vhodně doplňují a posilují

účinek vodoléčebných úkonů a pozitivně působí na některé vegetativní příznaky a poruchy spánku. ***Léčba pohybem a sportem*** (kinezioterapie) - využívá prostředků aktivně prováděného pohybu event. sportu k podpoře léčby a rehabilitace duševních poruch. Zařazují se např. při rehabilitaci psychóz i v časných stádiích, např. dechová cvičení, sportovní hry, aerobik, tanec.

Rehabilitace pracovní a činnostní – patří zde např. pracovní terapie v dílnách psychiatrických zařízení. V nich se po dobu 1–2 hod. denně vytvářejí pod vedením pracovních instruktorů či rehabilitačních sester nejrůznější předměty.

Umělecko-kreativní léčba - do které se řadí například *arteterapie* (vyjádření psychických pocitů a osobnostních rysů formou malby, modelování, hraním divadla aj), *muzikoterapie* (využívá hudby k terapeutickým a rehabilitačním účelům. Většinou se provádí skupinově, a to jak aktivně – hrou na jednoduché nástroje, tak i pasivně – poslechem hudby*), biblioterapie* (zabývá se prací s knihou jednak s úmyslem usměrnit myšlenky pacienta, jednak jako forma psychického uvolnění), *terapie zábavná a rekreační* (návštěvy výstav, muzeí, filmových a divadelních představení. Účast na společných vycházkách do přírody, výlety, letní tábory pro pacienty atd.).

Z didaktických i praktických přístupů je lze dělit na:

- rehabilitaci sociálně-psychologickou
- rehabilitaci pracovní a činnostní.

Rehabilitace sociálně-psychologická – začíná již v časné léčebné fázi a je zaměřená na psychoedukaci, nácvik sociálních dovedností a sociálních vztahů.

Rehabilitace pracovní a činnostní - nastupuje po propuštění pacienta z lůžkové a stacionární péče, kdy se doporučuje pokračovat v pracovní léčbě v zařízeních určených pro dlouhodobou rehabilitaci – tedy v chráněných dílnách event. v pracovně tréninkových centrech. Společným účelem návštěvy těchto zařízení je mimo jiné naučit pacienty pravidelnosti v docházce a pracovním návykům v chráněném prostředí.

Rehabilitace se provádí jak v ústavních podmínkách, tak i dále v ambulancích a stává se součástí socioterapeutických opatření, snahou je omezit vzniku funkčních a sociálních škod, zlepšit a posílit adaptační schopnosti nemocného.

PRO ZÁJEMCE

Návrat duševně nemocných po léčbě do běžného života není jednoduchý a tito lidé často potřebují moc. Jednou z organizací pečující o duševně nemocné je i Charita. Poskytované služby v regionu Opavy je možné zjistit na odkazu https://www.charitaopava.cz/informace/chranene-a-podporovane-bydleni-pro-dusevne-nemocne-chranene-bydleni/15 .

V psychiatrii hovoříme o komplexní péči tehdy, jestliže se při biologické léčbě duševních chorob souběžně poskytuje i trénink kognitivních a sociálních dovedností (umožňující žít pokud možno nezávisle nebo s co nejmenší podporou), vytváří a rozšiřuje se sociální síť, životní prostředí, kterému se pacient může optimálně přizpůsobit. A právě to je náplní psychiatrické rehabilitace a resocializace, které byly v minulosti opomíjené a na které se v současnosti zaměřuje mimo jiné i reforma psychiatrické péče.

OTÁZKY

1. Rehabilitace začíná:
   a) Před zahájením léčby
   b) Během akutní léčby
   c) Po odeznění akutní fáze
2. Příčinou problémům v sociální oblasti duševně nemocných jsou nejčastěji:
   a) Změny kognitivních funkcí
   b) Změny tělesného stavu
   c) Neochota ke spolupráci
3. V rámci diagnostické fáze rehabilitace se provádí:
   a) Posilování pacientových dovedností a rozvoj či uzpůsobení prostředí pacienta

b) Stanovení rehabilitačního plánu

c) Ohodnocení pacientových schopností

SHRNUTÍ KAPITOLY

Informace z této kapitoly poskytnuly základní přehled o principech a fázích psychiatrické rehabilitace a resocializace. Tyto znalosti studentům pomohly k pochopení komplexnosti psychiatrické péče.

ODPOVĚDI

1 b, 2 a, 3 c

DALŠÍ ZDROJE

HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER. J. a kol.. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

PETR, T., MARKOVÁ, E. A KOL. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6

8 AKUTNÍ STAVY V PSYCHIATRII

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Obsah této kapitoly je věnován problematice akutních stavů v souvislosti s duševními poruchami.

CÍLE KAPITOLY

Následující kapitola si klade za cíl:

- Vysvětlit pojem akutní stav v psychiatrii
- Seznámit s nejčastěji se vyskytujícími akutními stavy v psychiatrii
- Charakterizovat jednotlivé akutní stavy

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

2 hodiny

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Akutní stav, psychiatrie, sebevražda, intoxikace

Pojem akutní stav představuje situaci, kdy je nutno neprodleně zasáhnout. Ne vždy se musí jednat o život ohrožující situace. Zahrnují stavy různé příčiny napříč diagnostickým spektrem.

Základním úkolem v akutní psychiatrii je rozpoznání uvedeného stavu a posouzení potřeby intervence (farmakologické, psychologické, sociální).

Pokud pacient není hospitalizován, je nutno zvážit otázku hospitalizace a to i bez souhlasu nemocného, podmínkou pro nedobrovolnou hospitalizaci a léčbu je bezprostřední nebezpečnost sobě nebo svému okolí v důsledku duševní poruchy.

V následujícím textu si představíme jen ty nejčastěji se vyskytující. Nutno poznamenat, že jsou sice rozděleny do konkrétních situací, v klinické praxi se však často překrývají.

Těchto stavů se vyskytuje v klinické praxi několik. S některými se ale setkají výhradně zdravotníci, proto je zde je uveden pouze přehled těch nejčastěji se vyskytujících.

V následujících řádcích si přiblížíme následující akutní stavy:

- Neklid
- Sebevraždu
- Psychosociální krizi
- Akutní intoxikaci alkoholem
- Akutní psychotický stav
- Akutní úzkostný stav.

Neklid

Neklid je stav, při kterém dominuje špatně organizovaná a neúčelná psychomotorická aktivita vycházející z fyzické nebo duševní nepohody. Může vyústit až v agresivní chování. Neklid a agresivita mohou vzniknout v rámci nejrůznějších duševních poruch a může, ale nemusí, být přítomen zjevný zevní vyvolávající faktor (slovní konflikt, domnělé či skutečné ohrožení, nevhodný přístup personálu).

K příznakům neklidu patří například nadávky, výhrůžky, vulgarismy, nonverbální projevy (zatínání pěstí, zrudnutí v obličeji, zrychlený dech a pulz), psychomotorický neklid, pocházení až pobíhání po místnosti, drobná destruktivní činnost (ničení výzdoby oddělení), masivnější destrukce předmětů (rozbíjení židlí, oken, kopání do dveří), fyzické napadání jiných osob (bití, kopání, škrcení).

Pro zvládání neklidného pacienta jsou zformulována obecná pravidla, z nichž mezi základní doporučení patří:

- problému s klientem hovořit, dávat najevo empatii a porozumění
- nebýt s ním sám v uzavřené místnosti, nepřibližovat se k němu zezadu, udržovat bezpečnou vzdálenost nejméně na délku paže, sedět blízko dveří s možností úniku, odstranit z dosahu potenciálně nebezpečné předměty
- při vystupňovaném neklidu pacienta ukončit rozhovor
- zajistit dostatečnou fyzickou převahu (ideálně 5 členů personálu na zvládnutí 1 agresivního pacienta, záleží však na pohlaví personálu a pacienta, jejich věku, hmotnosti, fyzické zdatnosti aj.)
- ke zvládnutí fyzicky zdatných pacientů voláme na pomoc příslušníky policie
- v krajním případě je vždy možno nechat pacienta utéci, prioritní je ochrana zdraví personálu
- v případě nutnosti je možno použít fyzické omezení, například manuální fixace, upínací popruhy na lůžku (kurty), svěrací kazajka, umístění v izolační místnosti za dodržení všech pravidel souvisejících s omezením pacienta.

Sebevražda (suicidium)

Sebevražda je autoagrese, zvláštní druh násilí, které člověk vykonává sám na sobě, je charakteristické úmyslem dobrovolně a vědomě ukončit vlastní život. V této oblasti se ale setkáváme s různými stavy (a tedy i pojmy), neboť ne vždy je cílem jedince opravdu život ukončit:

- ***Suicidium*** – označuje dokonanou sebevraždu.
- ***Tentamen suicidii*** (TS, sebevražedný pokus) – sebevražedný pokus byl vážně míněn, ale pacient přežil.
- ***Parasuicidium*** – jde o demonstrativní sebevražedný pokus, kdy neměl klient úmysl zemřít, ale upozornit na svůj problém. Často se před vlastním aktem např. rozloučí s blízkými formou sms apod. Jde o „volání o pomoc."
- ***Sebepoškození*** (automutilace) – nevede k ukončení života, cílem je často zmírnit vnitřní tenzi, ale může být i účelové.
- ***Sebeobětování*** – jednání vyplývající z dobrovolného a svobodného rozhodnutí člověka obětovat život v zájmu vyšší hodnoty, která má pro jedince vyšší cenu, než jeho život (např. sebevražedné útoky za války ve prospěch vlasti).

- ***Bilanční sebevražda*** – řešení obtížné životní situace duševně zdravým člověkem (např. při závažném onkologickém onemocnění nebo při hrozbě zajetí a mučení za války).
- ***Sebezabití*** – chybí vědomý úmysl jedince zemřít, například delirující jedinec vyskočí z okna, které si splete s dveřmi.
- ***Rozšířená sebevražda*** – bývá z psychotické motivace, nejprve nemocný zabije osobu, kterou chce takto uchránit před domnělým utrpením a potom sebe (např. žena po porodu v těžké depresi usmrtí dítě a pak sebe)
- ***Sebevražedná dohoda, hromadná sebevražda*** – více jedinců současně, každý usmrtí sám sebe (např. manželský pár, příslušníci náboženské sekty)

Ročně dochází v průměru k 1500 dokonaným sebevraždám. Pokud jde o výskyt sebevražedných pokusů, tak zde není centrální evidence vedená, někteří pacienti navíc ani nemuseli vyhledat odbornou pomoc. Odborníci však odhadují, že výskyt je asi 10 – 20 x vyšší než dokonaných sebevražd. Dokonané sebevraždy se častěji vyskytují u mužů v poměru 4:1 oproti ženám. Suicidální pokusy jsou naopak 3 x častější u žen.

Přibližně 90 % sebevražd je spojeno s duševními poruchami, nejčastěji s některou z forem deprese. Z hlediska věku jsou zaznamenány dva věkové vrcholy výskytu sebevražd, a to v období adolescence a ve stáří.

PRO ZÁJEMCE

Další informace o problematice sebevražd můžete najít na webových stránkách dr. Peterkové http://www.sebevrazda.psychoweb.cz/ .

Způsoby sebevraždy se dělí do dvou skupiny n násilné a nenásilné:

- ***Násilné*** (závažnější) – skok z velké výšky, pod vlak, střílení se, řezání se, oběšení
- ***Nenásilné*** (obvykle méně závažné) – intoxikace (léky, drogy, alkohol).

Sebevražedné chování má svůj ***postupný vývoj***:

1. Občasné myšlenky na sebevraždu, kterým se pacient ještě ubrání
2. Sebevražedné tendence (myšlenka na sebevraždu již převládá jako řešení situace)

3. Sebevražedné úvahy (pacient zvažuje způsob provedení – konkrétní plány)
4. Rozhodnutí o sebevraždě - přichází při nalezení vhodného způsobu provedení - takové rozhodnutí přináší někdy paradoxně nemocnému úlevu, začne náhle proti předchozím obavám a bědování vystupovat klidně, tento stav je vysoce nebezpečný, protože okolí pozoruje na dotyčném domnělé zlepšení
5. Realizace suicidia.

Pro závažnost rizika svědčí některé faktory, které lze u jedince zaznamenat. Jde především o dlouhodobé plánování sebevraždy, připravené prostředky, sebevražedné jednání v anamnéze, násilnost (razance) provedení, dopis na rozloučenou (nikoliv SMS), zabezpečovací opatření (taková, aby pacienta nikdo nenašel a nemohl mu pomoci, např. odchod na pusté místo v lese, zamčení se ve sklepě), výskyt deprese či jiné vážné duševní poruchy, zneužívání alkoholu nebo drog (zvláště jako prostředek desinhibice při aktuální intoxikaci), nedostatečné sociální zázemí, tělesné onemocnění, hmotná nouze, nedostatek perspektiv do budoucna (tento poslední bod je dosti významný, člověk může přemoci těžká strádání, pokud vidí před sebou světlé perspektivy).

ÚKOL K ZAMYŠLENÍ

Sebevražda je vždy závažnou situací. Jestli máte zájem zjistit více informací, věnujte pozornost následujícímu videu https://www.youtube.com/watch?v=O14777zyoUs .

Psychosociální krize

Jde o stav způsobený *náhlou psychotraumatizací* (úmrtí blízké osoby, nečekaný rozchod s partnerem, zjištění závažného onemocnění, nečekané propuštění ze zaměstnání) nebo *dlouhodobější životní změnou* (stěhování, svatba, rozvod, odchod do důchodu). Jde o setkání s překážkou, kterou jedinec není schopen zvládnout navyklými způsoby.

Psychosociální krize probíhá v několika fázích:

- ***krizový šok*** - trvá několik vteřin až 24 hodin
- ***reakční fáze*** – trvá několik dnů až týdnů a mezi projevy patří apatie, zoufalství, deprese, beznaděj, hostilita, agresivita, tělesné příznaky

- ***fáze zpracování krizového podnětu***
- ***fáze nové orientace*** - nalezení a realizace řešení problému, v nepříznivém případě však může dojít ke chronifikaci obtíží, rozvoji duševní poruchy, sebevražednému jednání, zneužívání alkoholu či jiných návykových látek.

Pro zvládnutí tohoto stavu jsou stanoveny následující zásady:

- musí být provedena rychle, aby se neprometkala možnost ovlivnění postiženého
- intervence musí být obsáhlá, aby postihla celé relevantní psychosociální pole (rodina, škola, pracoviště)
- intervence vyžaduje často typickou týmovou práci lékařů, psychologů, sociálních pracovnic, sester, pracovních terapeutů
- intervence používá vždy kombinovaných metod: psychoterapie, medikamenty (anxiolytika, antidepresiva), sociální řešení, případně somatickou léčbu
- intervence se odehrává nejlépe uprostřed sociálního prostředí postiženého
- intervence vyžaduje určitou organizační strukturu.

Akutní intoxikace alkoholem

Jde o stav, kdy dojde k nadměrnému příjmu alkoholu. Může nastat v rámci závislosti na alkoholu, nebezpečné jsou však také intoxikace u osob, které nejsou zvyklé pít alkohol a jsou k tomuto svedeny, např. při oslavách.

Jde o přechodný stav, který trvá obvykle několik hodin. Pro jeho označení se používá termín prostá opilost (ebrietas simplex).

V nižších dávkách alkohol působí stimulačně (excitace, zvýšení nálady, mnohomluvnost, zvýšené sebevědomí, snížená sebekritičnost, pokles zábran, agresivita). Při další konzumaci převažuje útlum CNS (únava, ospalost, porucha koordinace pohybů, spánek). Při pokračující intoxikaci dochází ke ztrátě vědomí až úmrtí (útlum dechového centra, zadušení zvratky, hypotermie aj.)

Akutní intoxikace se dělí na intoxikaci:

- ***sebevražednou*** – alkohol byl užit se záměrem ukončit život
- ***náhodnou*** – například často u dětí, kdy intoxikovaná osoba neodhadla již nadměrné množství alkoholu
- ***úmyslnou*** – alkohol je konzumován s cílem přivést se do příjemného stavu nebo opít jiného člověka) většinou z nekalého úmyslu.

Toto dělení je platné pro všechny intoxikace bez ohledu na použitou látku.

Vlastní opilost se dělí podle množství alkoholu v krvi do následujících stupňů:

1. *excitační opilost* (do 0,99 ‰) — subjekt hovorný, euforie, ontoxikovaný má lepší, povznesenější náladu, stále však v hranici normy). Od hodnoty 0,80 ‰ výše není řidič schopen bezpečně řídit vozidlo.
2. *mírná opilost* (1,00–1,49 ‰) — subjekt hovorný, euforie, místy planě vtipkuje, je zvýšené sebevědomí a sebedůvěra. Psychomotorika je již ovlivněna alk. intoxikací — reakční čas je prodloužen, nad 1 ‰ pak ataxie, pohledový nystagmus (mimovolní pohyby očí).
3. *střední opilost* (1,50–1,99 ‰) — psychomotorika již výrazněji narušena — jsou přítomny poruchy koordinace a zpomalení tělesných pohybů, snížena pozornost. Afektivita (tj. přibližně emoční vyladění) je labilní — nálada se může buď zlepšit, nebo naopak zhoršit a nastupuje celkový útlum (možno až k usnutí), možné i kolísání z obou krajních poloh. Deliberace jednání (snížení zábran) — opilecká sebevražednost, agresivita.
4. *těžká opilost* (2,00–2,99 ‰) — blábolivá řeč, neschopnost samostatné chůze, psychické poruchy, výraznější poruchy chování, zvracení.
5. *vážná otrava alkoholem* (3,00–3,99 ‰) — těžké poruchy vědomí, obluzení, nereaguje na podněty, dýchání je pomalé a mělké, mohou být poruchy srdečního rytmu. Riziko zástavy dechu a oběhu.
6. *riziko smrtelné otravy alkoholem* (nad 4,00 ‰) — komatózní stav, letální dávka (u 50 % pacientů) je 5 ‰ alkoholu v krvi.

Rychlost odbourávání alkoholu z krve kolísá mezi 0,12 - 0,20 promile za hodinu, u mužů bývá rychlejší než u žen.

V případě nekomplikované prosté opilosti, pokud postižený ohrožuje sebe nebo své okolí nebo narušuje veřejný pořádek nebo majetek, je na místě jeho umístění na protialkoholní záchytnou stanici. Těžší případy intoxikace alkoholem vyžadují monitoring základních životních funkcí, a proto jsou léčeny na jednotce intenzivní péče.

PRO ZÁJEMCE

Podrobně, ale srozumitelně, je popsána intoxikace alkoholem na stránkách Toxikologického informačního střediska Kliniky pracovního lékařství VFN a 1. LF UK na odkaze http://www.tis-cz.cz/index.php/informace-pro-verejnost/alkohol-drogy/alkohol

---

Akutní psychotický stav

Tento stav se vyskytuje nejčastěji u paranoidní schizofrenie, ale také v rámci poruchy s bludy (zde bývají halucinace vzácné), u psychóz toxických, organických a symptomatických a u akutních psychotických poruch. Může jít ale i o jednorázovou epizodu způsobenou například nadměrným stresem. Pedagog se s tím to stavem může potkat nejpravděpodobněji po užití některé z návykových látek.

U těchto stavů je obvykle přítomna kombinace poruch vnímání (nejčastěji sluchové halucinace), obsahové poruchy myšlení (nejčastěji paranoidní blud) s desorganizovaným chováním a kolísáním afektivity.

Přístup k těmto nemocným je nutno upravit adekvátně dané situaci. Obecně platí, že je nutno si uvědomit, že se nemocný nachází v trýznivém stavu a že velmi trpí, zejména výraznou tenzí.

K psychoticky nemocným přistupujeme citlivě, všímáme si i drobných gest, mimiky, posunků, respektujeme jejich osobní prostor. Vždy hovoříme klidně, dáme prostor k ventilaci prožitků. Bludnou produkci nemocným nevymlouváme, jedině pokud se chceme přesvědčit o její nevývratnosti. Poskytujeme citovou oporu, pocit bezpečí. Klidně vysvětlíme

možnosti dalšího postupu a pacientovi necháme (alespoň domněle) možnost rozhodování, co s ním bude dále.

Akutní úzkostný stav

Akutní úzkostný stav (anxiózní stav) je charakterizován pocitem nadměrné úzkosti a strachu, které nastupují náhle a brání vykonávání běžných denních činností. Tento prožitek může být doprovázen i poklesem nálady, kdy hrozí suicidální aktivita. Může se vyskytovat během celého života. Dítě separované od matky, dospělý postrádající smysl života nebo prožívající dlouhodobě nejistotu, stařec v předtuše smrti zažívají tento strach z nebytí, ze ztráty sebe sama, z ohrožení tělesné i duševní existence. Proto se s tímto stavem mohou ve své praxi setkat i pedagogové.

Příznaky úzkosti mohou být ***psychické*** (například pocit ohrožení, obtíže s koncentrací, nadměrná bdělost, nespavost, snížené libido, pocit „knedlíku v krku“ nebo chvění v ústech, pocity podrážděnost) a ***tělesné*** (třes, cukání, rozechvělost, bolesti v zádech nebo hlavy, napětí ve svalech, zkrácení dechu, hyperventilace, unavitelnost, pocity závrati).

Tyto příznaky se mohou vystupňovat až do tzv. ***panické ataky***, tedy stavu charakterizovaného opakovanými záchvaty intenzivního strachu a vnitřní nepohody. Panická porucha se v posledních letech dostává do popředí obecného zájmu, lidé trpící touto nemocí jsou často nadměrně vystavováni stresu, drtivá většina z nich však přesto dokáže žít naprosto normální osobní i pracovní život. Bohužel se může vyskytnout i u dětí.

Základem přístupu je jedinci poskytnout emoční podporu, umožníme mu vyjádřit pocity, zejména úzkost, vztek a smutek. Vhodné je dát možnost vyjádřit pocity viny, než tyto vyústí v agresi proti sobě či okolí.

Zklidnění příznaků paniky je možné například relaxačním cvičením, např. s pomocí kontrolovaného dýchání (nádech na tři, výdech na pět). Pokud se úzkost nedaří zvládnou, je na místě podat vhodná farmaka, ta by měl ale ordinovat lékař. Léky na zmírnění úzkosti – anxiolytika, jsou totiž přípravky, které sice rychle přinesou pacientovi úlevu, ale velice rychle na ně vzniká závislost. Pokud se u jedince úzkost vyskytuje opakovaně, lékař naordinuje jiné léky, kde vznik závislosti nehrozí.

PRO ZÁJEMCE

Téma úzkosti je velice hezky zpracováno na následujícím odkazu https://www.youtube.com/watch?v=XJJZHQzLm-I .

Po zklidnění stavu probereme s pacientem obvyklé postupy řešení problému, proč selhaly a jaké jiné možnosti povedou k cíli.

OTÁZKY

1. Suicidium je označení pro:
   a) Akutní otravu
   b) Sebevraždu
   c) Úzkost
2. Může být intoxikace alkoholem náhodná?
   a) Ano
   b) Ne
3. Je akutní psychotický stav vždy opakovanou záležitostí?
   a) Ano
   b) Ne

SHRNUTÍ KAPITOLY

Tato kapitola přinesla studentům stručný přehled problematiky akutních stavů v psychiatrii. Nejčastěji se vyskytující akutní stavy zde byly stručně popsány.

ODPOVĚDI

1 b, 2 a, 3 b

DALŠÍ ZDROJE

HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER. J. a kol.. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

PETR, T., MARKOVÁ, E. A KOL. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6

9 DUŠEVNÍ PORUCHY A PORUCHY CHOVÁNÍ SPOJENÉ SE ŠESTINEDĚLÍM

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Těhotenství a šestinedělí jsou obdobími, která jsou pro ženu díky hormonálním změnám nesmírně náročná. Následující řádky poskytují základní přehled závažných psychických změn.

CÍLE KAPITOLY

Hlavními cíli této kapitoly je:

- Přiblížit období těhotenství a šestinedělí
- Popsat problematiku afektivních a psychotických změn
- Seznámit s problematikou léčby duševních poruch v těchto obdobích

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

2 hodiny

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Těhotenství, šestinedělí, změny, léčba

V těhotenství a období šestinedělí dochází v organismu ke změnám, které jsou sice fyziologické a pro ženu přirozené, jsou však i poměrně významně zatěžující. Mění se nejen tělo, ale i duševní stav žen.

Asi nejvýznamnější pro psychiku je zvýšená produkce hormonů oxytocinu a prolaktinu potřebných pro tvorbu mateřského mléka. Jsou to právě tyto dva hormony, které jsou nejvýznamněji odpovědné i za emoční labilitu, kterou ve větší či menší míře zažívá většina těhotných žen a matek v období šestinedělí.

Obzvláště v prvním týdnu po porodu jsou ženy zvýšeně citlivé, plačtivé, bojácné a smutné, běžné jsou poruchy spánku. Poté se však stav začíná stabilizovat a po dvou týdnech od porodu se duševní stav ženy postupně začíná upravovat. Kdyby však tyto změny trvaly déle, je žádoucí vyhledat odbornou pomoc lékaře, který určí, zda jde pouze o protrahované tzv. poporodní blues (poporodní skleslost) nebo zda se rozvíjí některá z duševní poruch.

Není známa žádná duševní porucha, která by se projevovala výhradně v šestinedělí. V tomto období je však zvýšené riziko výskytu některých duševních poruch, které by mohly propuknout také v jiném životním období ženy. Důvodem pro vznik duševních poruch v tomto období, mimo vlivu hormonů, je i fyzická zátěž, nedostatek spánku, únava způsobená krevními ztrátami v souvislosti s porodem nebo nedostatečné sociální zázemí.

Projevy svědčící pro duševní poruchu v tomto období jsou *afektivní*, tedy poruchy emocí (např. deprese vzniká u 10 % rodiček) nebo *psychotické* (halucinace, bludy, neklid, zmatenost – projeví se do dvou týdnů po porodu u 0,1 % rodiček), případně o jejich kombinaci.

Afektivní poruchy

V souvislosti s těhotenstvím se nejčastěji setkáváme s dlouhodobým poklesem nálady, tedy s depresí. Zvýšený výskyt depresivních stavů se projevuje již v prvním trimestru těhotenství, což může souviset s kombinací hormonálních změn například s partnerskými konflikty nebo dalšími zevními zátěžovými faktory.

Výskyt deprese po porodu může znamenat nejen ohrožení pro ženu, ale i pro dítě. Díky poklesu nálady žena nemusí být schopná se postarat o sebe, ani o dítě, typické je obviňo-

vání se rodičky z vlastní neschopnosti. Následkem těžké deprese může dojít i k usmrcení dítěte matkou.

Méně závažná deprese v šestinedělí se označuje jako *poporodní skleslost* (poporodní blues), ta se projevuje zhruba u poloviny rodiček, příznaky jsou zejména plačtivost, smutek a poruchy spánku, stav se rychle spontánně upraví i bez léčby

Psychotické poruchy

K rozvoji psychotických poruch v souvislosti s těhotenstvím a šestinedělím dochází zřídka. Dříve se používal termín *laktační psychóza*, který však v současnosti již není platný. Moderní poznatky totiž prokázaly, že se nejedná o jednu konkrétní chorobu, ale o soubor několika závažných stavů. Proto se pro označení stavu používá termín psychóza.

Psychotické poruchy se vyskytují nejčastěji u žen, které vykazovaly nějaké duševní potíže již před těhotenstvím. Poruchy se rozvíjejí postupně, někdy až dva měsíce po porodu a jejich léčba je dlouhodobá. Častěji se objeví u prvorodiček. Žena postupně ztrácí kontakt s realitou, je zmatená, paranoidní, plačtivá, úzkostná, její reakce jsou nepředvídatelné. Jsou přítomny halucinace a bludy. Část těchto žen má sebevražedné myšlenky, jsou ale potenciálním nebezpečím i pro dítě. Jde o závažný stav, který musí být léčen psychiatrem a většinou za hospitalizace v lůžkovém zařízení.

PRO ZÁJEMCE

Šestinedělí není zátěží a rizikem jen pro ženy, ale týká se i mužů. Další zajímavé informace můžete najít ve článku na odkazu Proč maminky pláčou na odkaze https://psychologie.cz/proc-maminky-placou/

Léčba duševních poruch u těhotných a žen po porodu

Léčba těhotných je problematická a výběr léků probíhá vysoce individuálně. Část psychofarmak prochází přes placentu a jejich vlivem může dojít k poškození nebo usmrcení plodu. Vždy záleží na stavu konkrétní těhotné ženy, zda bude možné zvládnout těhotenství bez podávání léků nebo zda bude nutno těhotenství ukončit předčasně nebo vyvolat porod plodu v dřívějším termínu.

Při farmakoterapii v šestinedělí musí lékař zvážit také případné její riziko pro narozené dítě, pokud žena kojí. Jako první krok se zvažuje zastavení laktace a nastavení léků podle potíží ženy. Pokud toto nelze, jsou k dispozici některá vybraná antipsychotika i antidepresiva, která jsou považována za potenciálně bezpečné. V případě, že žena již nekojí, nasazuje se běžná léčba podle typu duševní poruchy.

Co se týče dalších údajů o duševních poruchách v šestinedělí, odkazujeme na příslušné kapitoly (poruchy nálady, schizofrenie)

Dalšími významnými duševními poruchami, souvisejícími s ženským hormonálním cyklem, jsou premenstruální syndrom (depresivita, úzkosti, výkyvy nálad několik dní před menstruací) a klimakterický syndrom (návaly horka, pocení, nervozita, nespavost, deprese, bolesti hlavy).

OTÁZKY

1. Po porodu je přirozené, že u žen dochází ke změně psychiky. Většinou duševní problémy přejdou samy během několika dní. Kdy je doporučeno vyhledat lékaře?

   a) Pokud trvají déle než 3 dny

   b) Pokud trvají déle než 14 dní

   c) Pokud trvají déle než 1 měsíc

2. Deprese patří mezi:

   a) Afektivní poruchy

   b) Psychotické poruchy

3. U které skupiny rodiček v šestinedělí se vyskytují nejčastěji psychotické poruchy?

   a) U prvorodiček

   b) U druhorodiček

   c) Výskyt není podmíněn počtem porodů

SHRNUTÍ KAPITOLY

V této kapitole byly shrnuty základní poznatky o problematice duševních poruch v šestinedělí. Zároveň byly představeny nejčastěji se vyskytující poruchy u této specifické skupiny žen.

ODPOVĚDI

1 b, 2 a, 3 a

DALŠÍ ZDROJE

HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER. J. a kol.. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

HOSÁKOVÁ, J. HOSÁK, L. a kol. *Ošetřovatelská péče v psychiatrii*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik, 2018. 192 s. ISBN 978-80-7510-281-2.

10 PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA. PSYCHIATRICKÁ PROBLEMATIKA U SOMATICKY NEMOCNÝCH

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Psychosomatická medicína je v podmínkách České republiky poměrně novým medicínským odvětvím, i když vliv duševního stavu na vznik chorob je dlouhodobě známý. V následujících řádcích jsou shrnuty základní informace.

CÍLE KAPITOLY

Cíle této kapitoly jsou definovány následovně:

- Operacionalizovat pojem
- Zformulovat charakteristiku psychosomatického přístupu
- Seznámit s pracovišti poskytujícími tento typ služeb

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

2 hodiny

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Psychosomatika, medicína, lékař, přístup

Mnohé zdravotní problémy mohou mít svoji příčinu ve stresu, celkové životní nepohodě, přetíženosti nebo třeba problematických vztazích s lidmi v okolí. Řeč je o psychosomatických obtížích, které se vyskytují od pradávných dob a v dnešní hektické době a uspěchaném stylu života nacházejí obzvlášť živnou půdu.

Laicky lze souvislosti přiblížit příkladem, že když se necítíme dobře, něco nás bolí, trápí, neoplýváme zrovna nejlepší náladou, jsme smutní a skleslí. Tento princip funguje i naopak. Pokud je člověk pod velkým tlakem a přepíná své síly, je organismus dlouhodobě přetěžován, což se může v jeho zdravotním stavu a to propuknutím nějaké nemoci.

Tyto problémy se netýkají pouze dospělých, ale stále více i dětí. V současnosti je na děti často vytvářen nátlak. Rodiče chtějí mít dítě s co nejlepším prospěchem a co nejvyšším stupněm dosaženého vzdělání. A to často bez ohledu na intelektové možnosti a přání dítěte. Od dětí se očekává pravidelný výkon i v mimoškolních aktivitách, což vidíme například u sportů, kde rodiče očekávají, že dítě bude ve všem dobré, ne-li nejlepší. Naopak vytrácí se čas na aktivity s kamarády a pohyb. Tlak na dítě ale může přicházet i od kamarádů, kdy dítě například nemá stejně drahé věci jako spolužáci a je považováno za méněcenné. Do určité míry mohou být zátěží pro dítě i situace, kdy se např. z finančních důvodů nemůže účastnit akcí pořádaných školou.

U dospělých už dnes považujeme tlak na výkon za běžnou součást života. To však neznamená, že organismus je schopný se na tuto situaci bezproblémově adaptovat. Dříve nebo později k nějakému selhání z vyčerpání pravděpodobně dojde.

Psychosomatická medicína reprezentuje tradiční proud lékařství s celistvým pohledem na nemocného člověka. Za zajímavost stojí zmínit se, že původně byl termín použit v roce 1818 pro označení jedné ze spánkových poruch. Již před více jak dvěma sty let si lékaři všimli, že pokud máte starosti a trápení, zhorší se nám kvalita spánku.

V současnosti psychosomatická medicína vychází z předpokladu, že každá nemoc má své somatické, psychické, sociální i duchovní aspekty stonání a léčba se musí zbývat všemi těmito oblastmi. Zohlednění psychického stavu pacienta a vlivu jeho sociálního okolí tradičně patřilo k základním východiskům hlavně východní medicíny. Prudký rozvoj medicínské techniky celosvětově zastínil psychosomatické uvažování a rozvoj psychosomatiky v medicíně se dostal do pozadí. V současnosti se opět klade důraz na pacientův aktivní přístup k léčbě, což je jedním z principů psychosomatického přístupu v rámci biologicky orientované medicíny (biomedicíny).

Psychosomatická medicína není alternativou k čistě biologicky orientované medicíně, nýbrž je jejím logickým doplněním. Neklade si za cíl všechny potíže léčit pouze psychologickými prostředky, biologickou léčbu uznává, ale nepovažuje ji za jedinou léčebnou

alternativu a klade důraz na její doplnění o paralelní psychoterapii. Snaží se dát pacientovy problémy do celistvého pohledu na zdraví a nemoc. Zabývá se především chorobami, na jejichž vzniku se psychika významně podílí. Její uplatnění je klíčové například v léčbě chronických poruch, které se nedaří dostatečně léčebně ovlivnit nebo vysvětlit jejich příčinu klasickými prostředky. Odhaduje se, že se nemocných s takovými stavy vyskytuje v ordinacích lékařů až třetina.

Psychosomatická medicína není součástí ani odnoží psychiatrie, i když některé používané metody jsou s psychiatrií společné. V některých zemích je psychosociální medicína zahrnuta do výuky mediků jako jeden z vyučovaných oborů. V České republice je situace odlišná. Vzdělání je možno získat studiem nadstavbové specializace oboru Psychosomatika v rámci postgraduálního vzdělávání.

Společnost psychosomatické medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně zformulovala charakteristiky psychosomatického přístupu v medicíně do následujících bodů:

- „Tělesné onemocnění se posuzuje s ohledem na psycho-sociální souvislosti, čímž dochází k integraci a k zohlednění bio-psycho-sociální etiologie somatických nemocí.
- Součástí vědeckých základů psychosomatického přístupu je systémová teorie, která vychází ze vzájemného ovlivňování tělesných, psychických a sociálních systémů. Reakce v jednom systému vede k ovlivnění obou dalších a zákonitá cirkularita procesu buď pomáhá udržovat fyziologickou nebo patologickou rovnováhu s vývojem tělesných či psychických příznaků.
- Pacient je chápán jako subjekt, který se na své léčbě aktivně podílí a nese za ni spolu s terapeutem odpovědnost. Vztah terapeut – pacient je vztahem partnerským, i když není symetrický, pokud jde o odborné znalosti a dovednosti. Významnou součástí léčby je subjektivita pacienta, jeho prožívání a porozumění co nejširším souvislostem jeho nemoci. Individuální přístup k pacientovi vyplývá logicky z jedinečnosti jeho bio-psycho-sociální reality. Pokaždé je nutné spolu s pacientem, případně i jeho rodinou hledat originální řešení pro léčbu jeho onemocnění.
- Psychosomatika vychází z multifaktoriální etiologie onemocnění. Z tohoto pohledu lze u každého biologicky se projevujícího onemocnění předpokládat jistý vliv

psychických i sociálních faktorů. Prvotním úkolem psychosomatické medicíny je proto posuzovat v každém jednotlivém případě, jsou-li psycho-sociální faktory signifikantní či zanedbatelné. Podle toho se rozhodovat, zda doporučit psychosomatickou terapii, a také s ohledem na kapacitu psychosomatických pracovišť a na jejich ekonomické možnosti.“ https://www.psychosomatika-cls.cz/?page_id=733)

S psychosomatickým přístupem se může pacient setkat v různých typech ordinací. Lékař si většinou ponechává svou specializovanou způsobilost (např. neurolog, alergolog), ale při léčbě postupuje celostně, tedy neřeší jen konkrétní nemoc, ale zabývá se i souvislostmi, které s sebou nemoc přináší.

Psychosomatický odborník může působit v následujících zařízeních:

- ordinace praktického lékaře nebo specialisty s psychosomatickým vzděláním
- ordinace psychoterapeutické medicíny (lékař získal nadstavbové vzdělání v oboru Psychosomatika + získal kvalifikaci psychoterapeuta)
- stacionární psychosomatická péče (jde o zařízení, kde denně docházejí pacienti zařazení do léčebného programu v trvání 6-8 týdnů).

Erudici tohoto oboru často snižuje činnost nejrůznějších pochybných zařízení, které zneužívají obav nemocných o své zdraví a nabízejí různé alternativní metody bez toho, že by jejich poskytovatelé byli v této oblasti vzdělaní. Mezi techniky používané psychosomatickou medicínou nepatří ani využívaní nejrůznějších psychosomatických přístrojových technik.

PRO ZÁJEMCE

Před nějakou dobou proběhly médií informace o pražském zařízení psychosomatické medicíny, kde docházelo k poměrně kontroverzním léčebným metodám. Doporučuji shlédnout pořad České televize Obchod se zdravím, kde jsou skrytou kamerou natočeny konkrétní terapeutické postupy. https://www.ceskatelevize.cz/ivysilani/1092813857-infiltrace/417235100061001-obchod-se-zdravim/titulky

Síť psychosomatických pracovišť je pravidelně aktualizovaná a veřejně dostupná na webových stránkách Společnosti psychosomatické medicíny ČLS J.E.P, odkaz https://www.psychosomatika-cls.cz/?page_id=1087#10/49.9123/18.2607

OTÁZKY

1. Vyberte správné tvrzení:

   a) Psychosomatická medicína není alternativou k čistě biologicky orientované medicíně

   b) Psychosomatická medicína je alternativou k čistě biologicky orientované medicíně

   c) Psychosomatická medicína je logickým doplněním biologicky orientované medicíny

2. Uplatnění psychosomatické medicíny je především u:

   a) akutních poruch

   b) chronických poruch

   c) všech poruch bez rozdílu

3. Je možno získat v ČR platné vzdělání v oboru psychosomatické medicíny?

   a) Ne

   b) Ano

SHRNUTÍ KAPITOLY

Tato kapitola přiblížila studentům přehled základních informací o psychosomatické medicíně jako jednom z medicínských oborů.

ODPOVĚDI

1 c, 2 b, 3 b

DALŠÍ ZDROJE

HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER. J. a kol.. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

11 PRÁVNÍ PROBLEMATIKA V PSYCHIATRII

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Psychiatrie je medicínským oborem, jehož činnost je pravděpodobně nejvíce spojená s různými právními úskalími, které je nutno při poskytování péče zohlednit. Následující řádky přinesou přehled o nejčastěji se vyskytujících situacích, souvisejících s dodržováním platné legislativy.

CÍLE KAPITOLY

Tato kapitola si klade za cíl:

- Seznámit s problematikou dodržování práva v psychiatrii obecně
- Představit základní národní i mezinárodní dokumenty, které musí být dodržovány při poskytování psychiatrické péče
- Zpřehlednit nejčastěji se vyskytující situace, kdy musí být kladen důraz na dodržování platné legislativy

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

2 hodiny

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Právní problematika, psychiatrie, legislativa, duševně nemocný

Právní problematika má v psychiatrii oproti jiným oborům medicíny poněkud závažnější význam. Jelikož duševní nemoc postihuje svobodnou vůli člověka a jeho zodpovědnost za vlastní jednání, činí jej zranitelnějším vůči zneužívání a bezpráví, jeho schopnost prosazovat vlastní práva je snížena. Proto je psychiatrie často v centru zájmu ochránců lidských práv.

Úlohou psychiatrie není jen léčba duševně nemocných, ale i ochrana společnosti před duševně nemocnými v případě, že pod vlivem své choroby představují pro své okolí nebezpečí.

Řešení právních otázek často souvisí se samotným poskytováním psychiatrické péče, neboť pacient může například léčbu odmítat a musí být zajištěn nedobrovolnou hospitalizací.

Specifickou oblastí je zde soudní psychiatrie, kdy duševní stav nemocného posuzují soudní znalci na základě rozhodnutí policie nebo soudu. Tyto orgány oslovují soudní znalce v případech, kdy došlo ke spáchání trestného činu nemocným duševní poruchou. Znalec se vyjadřuje k tomu, zda nemocný byl či nebyl odpovědný za své činy. Pokud nebyl, není odsouzen a nenastupuje do výkonu trestu do vězení, ale má uloženu ochrannou léčbu v některé z psychiatrických nemocnic.

Pokud spáchal jedinec pod vlivem duševní poruchy trestný čin opakovaně, případně páchá trestnou činnost opakovaně a nespolupracuje při léčbě, může soud nařídit pobyt v detenčním ústavu. Tyto pobyty trvají několik let, pacienti zde mohou strávit i zbytek života. Nejméně jednou za rok ale musí být duševní stav jedince opět přešetřen. I když toto opatření je poněkud přísné, je nutné si uvědomit, že se vztahuje na lidi, kteří mají závažný duševní problém a jejich pobyt v běžné populaci je v dané chvíli vysoce rizikový.

PRO ZÁJEMCE

Ukládání detence je řešeno Zákonem o výkonu zabezpečovací detence a o změně některých souvisejících zákonů č. 129/2008 Sb. Znění tohoto zákona je možno shlédnout na odkaze https://www.podnikatel.cz/zakony/zakon-o-vykonu-zabezpecovaci-detence-a-o-zmene-nekterych-souvisejicich-zakonu/uplne/ .

Seznam soudních znalců je běžně dostupný na všech soudech a je veřejně přístupný i na stránkách Ministerstva spravedlnosti ČR v odkaze Evidence znalců a tlumočníků (dostupné na http://datalot.justice.cz/justice/repznatl.nsf/$$SearchForm)

Jinými případy, kdy je oslovován soudní znalec v oboru psychiatrie, může být posuzování psychické způsobilosti k právním úkonům. Vlivem duševních poruch dochází k situacím, kdy jedinec není schopný racionálního uvažování a může přivést do problémů jak sebe, tak své blízké. Například pacient v mánii má běžně megalomanské představy, má potřebu velkých nákupů, něco zásadního měnit, přitom svými rozhodnutími, může sám sebe ohrozit. Pokud nebyl za své činy odpovědný, opět mu nemůže být uložen trest, ale ochranná léčba.

Časté jsou případy, kdy nemocný sice nepáchá trestnou činnost, ale vlivem kognitivního deficitu není schopný se rozhodovat v běžném životě. Někdy se například setkáváme s případy, že jedinec s demencí již není schopný hospodařit se svými penězi, uzavírat smlouvy potřebné pro chod domácnosti a podobně. V těchto případech je možné na základě soudně znaleckého posudku psychiatra omezit svéprávnost. Prakticky to znamená, že soud určí opatrovníka, který bude za nemocného v konkrétních případech rozhodovat a jednat. Konkrétní případy opět určuje soud, čímž se chrání práva nemocného. Toto omezení svéprávnosti je dáno zákonem 89/2012 Sb. Zákon občanským zákoníkem.

PRO ZÁJEMCE

Zajímají vás informace o mezení svéprávnosti? Podrobnosti můžete najít na odkazu https://www.podnikatel.cz/zakony/novy-obcansky-zakonik/f4579025/

Bez ohledu na povinnou mlčenlivost zdravotníků je nutno oznámit taxativně vymezené trestné činy – obecné ohrožení, nedovolená výroba a držení omamných a psychotropních látek a jedů, týrání svěřené osoby, vražda, znásilnění, pohlavní zneužívání.

Pro obor psychiatrie neexistuje žádná specifická legislativa, poskytování služeb respektuje obecné platné právní normy, kdy se k nemocnému přistupuje vždy v souladu s právní normou, která je v hierarchii právních dokumentů výše.

Nejvýznamnější právní normou je Listina základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku České republiky. Významné jsou i mezinárodní úmluvy, kterými je Česká republika vázaná a které mají přednost před českými zákony. V hierarchii níže jsou zákony. Poté nařízení vlády a nejníže vyhlášky.

ÚKOL K ZAMYŠLENÍ

O Listině základních práv a svobod denně slyšíme z medií. Kolik z nás ale opravdu tento dokument vlastně ve skutečnosti četlo? Přitom je volně dostupný, např. na stránkách Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR na odkazu https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html

V textu níže jsou představeny nejvýznamnější právní dokumenty.

11.1 Mezinárodní úmluvy

Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod rady Evropy z roku 1950 – jde o základní dokument pro ochranu širokého okruhu občanských a politických práv v Evropě. Československo tento dokument ratifikovalo v roce 1992. Pro obor psychiatrie má význam hlavně článek 5, který je důležitý při posuzování sporů týkajících se nedobrovolné hospitalizace.

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny – dokument zajišťuje volný pohyb osob v rámci EU, tedy i volný pohyb nemocných a jedním z účelu je zajištění stejných pravidel pro poskytování zdravotní péče. Česká republika ratifikovala tuto úmluvu v roce 2001.

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením – cílem úmluvy je podpora, ochrana a zjištění plného užívání všech lidských práv a svobod všemi osobami se zdravotním postižením a je aplikována i na duševně nemocné. V České republice je platná od roku 2009.

Opční protokol k úmluvě proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání – cílem je ustavit systém pravidelných návštěv nezávislých mezinárodních a národních orgánů v zařízeních, kde jsou umisťovány osoby zbavené svobody, tedy i psychiatrická zařízení. Organizace kontrolují, zda nedochází k mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání. Prováděním kontrol je pověřen veřejný ochránce lidských práv a svobod, na jehož webových stránkách jsou taky zveřejněny výsledky kontrol. V České republice je v platnosti od roku 2006.

11.2 České právní normy

Listina základních práv a svobod – má podobu katalogu lidských práv a svobod. V české republice byla přijat v roce 1991.

Zákon o zdravotních službách č.372/2011 Sb. – řeší naprostou většinu otázek souvisejících s poskytováním zdravotních služeb.

Zákon o specifických zdravotních službách č. 373/2011 Sb. – upravuje specifické oblasti zdravotnické péče, např. sterilizace, terapeutické kastrace, změnu pohlaví nebo psychochirurgické výkony.

Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdrav. povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče č. 96/2004 Sb. – zákon upravuje podmínky pro získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání a ukládá povinnost celoživotního vzdělávání. Netýká se lékařů, zubních lékařů a farmaceutů, jejich podmínky stanovuje zákon č. 95/2004 sb.

11.2.1 NEDOBROVOLNÁ HOSPITALIZACE

Duševně nemocného je možno vyšetřovat, léčit a případně hospitalizovat bez jeho souhlasu za těchto okolností:

- jedná se o ochranné léčení, nařízené soudem

- nemocný ohrožuje sebe
- nemocný ohrožuje své okolí
- vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta není možno vyžádat si jeho souhlas (například při zmatenosti) a jedná se o neodkladné výkony k záchraně života či zdraví

V těchto případech musí být hospitalizace bez souhlasu pacienta do 24 hodin oznámena okresnímu či obvodnímu soudu, v jehož obvodu má dané zdravotnické zařízení sídlo, soud o zákonnosti tohoto přijetí rozhodne do sedmi dnů, pokud léčba v ústavu dále pokračuje, o její přípustnosti musí opět rozhodnout soud do tří měsíců, k tomu si vyžádá posudek soudního znalce z jiného pracoviště, po jednom roce nedobrovolné hospitalizace musí soud znovu rozhodovat o další léčbě.

Za jistých okolností může dojít k situaci, kdy pacient s léčbou souhlasil a podepsal souhlas s léčbou, jeho zdravotní stav se ale zhoršil, léčbu odmítá a tím ohrožuje sebe nebo své okolí. V tomto případě se dobrovolná hospitalizace stává nedobrovolnou a dozorujícím orgánem se opět stává soud.

Bezprostřední zákrok vedoucí k nedobrovolné hospitalizaci v psychiatrickém zařízení realizuje zdravotnická záchranná služba, pokud duševně nemocný vážně ohrožuje zdraví nebo život zasahujících zdravotníků, je možno požádat o pomoc policii. Prakticky se často zdravotníci potýkají s problémy při převozu těchto nemocných, neboť lůžková zdravotnická zařízení bývají daleko, takže vozidlo záchranné služby není k dispozici několik hodin, čemuž se provozovatelé brání. Stejný problém je s asistujícími policisty, kteří scházejí po dobu převozu na domovských služebnách.

11.2.2 NEGATIVNÍ REVERZ

Pacient má právo rozhodovat se o poskytování zdravotní péče. Může s péčí souhlasit, má ale právo i péči odmítnout. Je to jeho svobodné rozhodnutí. Pokud však léčbu odmítá, musí být seznámen se všemi riziky a své odmítnutí musí stvrdit písemně.

Negativní revers je v praxi nutné respektovat i ve zcela extrémních případech, i když s tímto rozhodnutím zdravotník nesouhlasí. Vůli pacienta musí zdravotníci respektovat

i v případech, kdy se rozhodne svůj souhlas se léčbou nebo zákrokem odvolat a to i v samotném průběhu zákroku.

Při odmítnutí potřebné zdravotnické péče pacientem je zapotřebí jeho písemné prohlášení – negativní reverz. Zde musí být zaznamenána rizika vyplývající z odmítnutí diagnostického nebo léčebného úkonu, reverz kromě nemocného podepisuje i lékař a sestra jako svědek, negativní reverz není platný v případech nedobrovolné hospitalizace.

Pokud je pacient omezen v právní způsobilosti, rozhoduje o jeho léčbě opatrovník, který má také právo negativní reverz podepsat. Výjimkou jsou případy, kdy by byl jedinec tímto rozhodnutím ohrožen na životě. V takových případech může být léčba změněná opět na nedobrovolnou, což musí posvětit příslušný soud.

11.2.3 OCHRANNÉ LÉČENÍ

Ochranné léčení ukládá soud pachateli trestného činu, pokud duševní porucha snížila schopnost rozpoznat společenskou nebezpečnost svého jednání nebo snížila schopnost své jednání v době trestného činu ovládat.

Ochranné léčení ukládá soud pachateli trestného činu, pokud duševní porucha snížila schopnost rozpoznat společenskou nebezpečnost svého jednání nebo snížila schopnost své jednání v době trestného činu ovládat. Rozpoznávací a ovládací schopnosti obviněného posuzuje soudní znalec – psychiatr.

Podmínky pro udělení ochranného léčení jsou stanoveny zák. 40/2009 Sb., § 99 Ochranné léčení.

Druhy ochranného léčení jsou:

- ***Psychiatrické*** (trestný čin spáchal pod vlivem duševní poruchy, není uložen výkon trestu)
- ***Sexuologické*** (trestný čin byl spáchán pod vlivem sexuální poruchy. V těchto případech je ale vždy uložen trest a ochranná léčba je realizována ve vězeňském zařízení nebo po ukončení výkonu trestu. Sexuální poruchy nezbavují jedince právní odpovědnosti, je uložen výkon trestu)

- ***Protialkoholní, protitoxikomanické*** (trestný čin byl spáchán pod vlivem návykové látky, opět není jedince zbaven právní odpovědnosti za spáchaný skutek a má uložen výkon trestu).

Případně jejich kombinace, to vše ve formě ambulantní nebo ústavní. S výkonev léčby musí dát zdravotnické zařízení písemný souhlas.

Ochranné léčení trvá tak dlouho, dokud to vyžaduje jeho účel. O změně nebo ukončení ochranného léčení rozhoduje soud. V případě závažných zločinů páchaných duševně nemocným je možno soudně uložit ***zabezpečovací detenci,*** ta je vykonávána ve zvláštních ústavech střežených vězeňskou službou, zde současně probíhá psychiatrická léčba, zabezpečovací detence není časově omezena, trvá tak dlouho, jak to vyžaduje nutnost ochrany společnosti. Jeden z detenčních ústavů je zřízen i při mužské věznici v Opavě. Více informací bylo uvedeno v textu výše.

11.2.4 POSOUZENÍ SVÉPRÁVNOSTI

Svéprávnost je způsobilost občana nabývání práv a povinností (například činit pracovně právní úkony, právo volit, hospodařit se svým majetkem a penězi, podepisovat smlouvy, vstupovat do manželství, rozhodovat v zájmu svých dětí, jednat s úřady nebo soudy). Tyto schopnosti mohou být vlivem duševní poruchy sníženy.

Ani pro duševně zdravého jedince nebývá vždy jednoduché pochopit náročnost správních a soudních procesů a porozumět právní terminologii. Pacienti s psychickou chorobou mají často zhoršeny kognitivní funkce a plně nechápou a nerozumí případným řízením.

Návrh soudu na zahájení řízení o omezení svéprávnosti může podat státní orgán, zdravotnické zařízení, orgány sociální péče nebo procesně způsobilá osoba. Duševní stav určené osoby posuzuje soudní znalec – psychiatr, poté soud o případném omezení svéprávnosti rozhodne, nikdo nemůže být zbaven svéprávnosti zcela. Osoby omezené ve svéprávnosti mají soudem určeného opatrovníka.

Pokud pominou důvody omezení ve svéprávnosti, soud své původní rozhodnutí změní nebo zruší.

OTÁZKY

1. Je u duševně nemocných nutné dodržovat Listinu základních práv a svobod?

   a) Ano

   b) Ne

2. Co vystihuje pojem negativní reverz?

   a) Nařízenou léčbu

   b) Nesouhlas s léčbou

   c) Souhlas s léčbou

3. Pokud soud uloží jednotlivci ochranné léčení, při kterém druhu nebývá ukládán výkon trestu:

   a) Psychiatrické ochranné léčení

   b) Sexuologické ochranné léčení

   c) Protialkoholní, protitoxikomanické ochranné léčení

SHRNUTÍ KAPITOLY

V této kapitole byla zpřehledněná problematika práva při poskytování psychiatrické péče. Byly představeny základní legislativní listiny a vysvětleny nejčastěji se vyskytující situace v péči o duševně nemocné, kde je nutné zohlednit platnou legislativu.

ODPOVĚDI

1 a, 2 b, 3 a

DALŠÍ ZDROJE

HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER. J. a kol.. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

PETR, T., MARKOVÁ, E. A KOL. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6

12 ETIKA A STIGMATIZACE V PSYCHIATRII

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Poslední kapitola obecné psychiatrie je věnována problematice etiky a stigmatizace ve vztahu k duševně nemocným.

CÍLE KAPITOLY

Cílem této kapitoly je:

- Upozornit na etické problémy související s duševní poruchou
- Seznámit s právy duševně nemocných
- Shrnout základní informace o stigmatu v souvislosti s duševními poruchami

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

2 hod

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Etika, duševní choroba, stigma, zdravotníj, pacient

V praxi se setkáváme často s tím, že etické problémy jsou opomíjeny. Při poskytování zdravotní péče je běžným jevem, že názory zdravotníků jsou odlišné od názorů nemocných a tyto konflikty není lehké řešit. Právě na tyto rozpory se snaží najít odpověď etika, která neřeší co je správné a co ne, ale vede k dohodě o způsobu řešení etických dilemat.

Nelze pochybovat, že za poslední tři desetiletí došlo i na tomto poli ke značnému pokroku, který v mnoha směrech ulehčil život psychiatrických pacientů a postupně vede i ke změně nazírání na jejich problémy.

Podle současných trendů je správná péče o psychiatrické pacienty založena ***na třech principech:***

1) znalost odborné problematiky a schopnost uplatnit tyto pozitivní vědomosti v praxi
2) orientace v základních právních předpisech a nařízeních
3) respekt k eticky oprávněným nárokům pacienta a vnímavost k etickým problémům psychiatrické péče.

V psychiatrii nebývá zpravidla řešena otázka počátku a konce lidského života, které patří mezi etická dilemata somatické (tělesně zaměřené) medicíny. Problematickým z pohledu etiky ale bývá respektování pacientovy autonomie.

Často je v médiích prezentován laický pohled, že duševně nemocní mají právo o sobě rozhodovat za všech okolností sami bez ohledu na aktuální zdravotní stav. Naopak negativně bývají prezentována hlavně represivní a omezovací opatření, pokud byly použity.

Nelze ale zpochybnit, že prostředí psychiatrie může být náchylnějším pro degradaci pacienta. Jsou to zdravotníci, kdo mají převahu a pokud mají nějaké osobní problémy, může tato situace nahrávat nevhodnému chování ve smyslu porušení etických norem ve vztahu k duševně nemocným. Proto je na místě opatrnost při výběru vhodných pracovníků, neboť ne každý je schopný se ovládat. Pokud to lze, provozně zajistit, prochází noví pracovníci během prvních třech měsíců zaměstnání v psychiatrické nemocnici projít orientačním psychologických vyšetřením, které mohlo odhalit osobnostní charakteristiky pracovníka, který byl následně z péče o nemocné vyřazen. Tato praxe byla v minulosti běžná. V současnosti je bohužel na trhu práce nedostatek pracovníků a od tohoto opatření se upouští.

Zároveň je nutné upozornit na skutečnost, že např. pacienti dementní nebo s v akutním psychotickém stavu mají stejné právo o sobě rozhodovat jako duševně zdraví jedinci (poku nejsou omezení ve způsobilosti), jenže víme, že jejich rozhodovací schopnost je díky chorobě změněna.

Obecně se etika v medicíně opírá ***o tři obecná východiska*** a těmi jsou:

- Úcta k osobnosti a ohled na autonomii pacienta
- Prospěšnost pro pacienta a snaha mu neublížit
- Spravedlnost.

Tato obecná východiska je nutno dodržovat u všech nemocných. Ve vztahu k duševně nemocným je ale potřebné zaměřit se podrobněji na ***tři eticky problémové oblasti***, kterými jsou:

- Ochrana pacientů před neoprávněným zásahem do jejich osobních svobod a před nevhodným nátlakem
- Ochrana práv pacientů a snaha o to, aby měli psychiatričtí pacienti zachovánu možnost rozhodovat o sobě
- Snaha o změnu přístupu společnosti k psychiatrickým pacientům, tedy destigmatizace psychiatrie

Ochrana psychicky nemocných pacientů je dána právní legislativou, která má zajišťovat podporu a úctu k těmto lidem. Je potřebné zajistit lidem s psychickou poruchou výkon základních práv i v případě, že stav pacienta neumožnuje jeho smysluplnou komunikaci a způsobilost k právním úkonům. V těchto případech je nutné zajistit v rámci ochrany nemocného jeho právní asistenci a právní zastupování. Tato oblast zahrnuje např. problematiku nedobrovolné hospitalizace, léčby proti vůli nemocného nebo omezení právní způsobilosti. Tomuto tématu byla věnována předcházející kapitola.

Základní práva a potřeby duševně nemocných byla zformulovaná v ***Deklaraci lidských práv a duševního zdraví*** schválené Světovou federací pro duševní zdraví v roce 1989. Pro názornost jsou níže v textu doplněna práva duševně nemocných o příklady porušování těchto práv:

- ***Právo být vnímán a respektován jako jedinečná lidská bytost*** (nedůstojné zacházení, zvláště při hospitalizaci)
- ***Právo na svobodné rozhodování o sobě samém*** (zneužívání nedobrovolné hospitalizace a příliš autoritativního terapeutického přístupu, někdy postup jiných orgánů)

- ***Právo na soukromí*** (kontrola pošty při hospitalizaci, nedostatek osobního prostoru v lůžkových zařízeních)
- ***Právo na práci a spravedlivou odměnu*** (předčasná invalidizace, nemožnost připravovat se na práci při dlouhodobé pracovní neschopnosti, odmítání ze strany potenciálních zaměstnavatelů, nedostatečná odměna za práci)
- ***Právo na přiměřené hmotné zabezpečení, zvláště při ztrátě či oslabení výdělečných možností*** (nedostatečná výše invalidního důchodu, nedostatek ostatních sociálních podpor, nemožnost vydělávat peníze při invalidním důchodu)
- ***Právo na přiměřenou životní úroveň, včetně potravy, šatstva, bydlení, lékařské péče a nezbytných sociálních služeb*** (nedostatečná lékařské péče, nedostupná sociální pomoc, vykazování do neuspokojivého bydlení)
- ***Právo na spolurozhodování o léčebných výkonech a postupech*** (direktivní terapeutický přístup, zvláště při nedobrovolné hospitalizaci)
- ***Právo na informovanost o podstatných skutečnostech nemoci*** (neposkytování, odmítání nebo zkreslování informací)
- ***Právo na lidský kontakt, na osobní svobodu*** (zakazování nebo omezování návštěv nebo kontaktů)
- ***Právo na kultivaci a osobní růst*** (nedostatek podnětů)

V přístupu k duševně nemocným je tedy nutné:

- nepovažovat duševně nemocného v žádné situaci a za žádných podmínek za vyčleněného z lidské společnosti
- jednat s ním jako rovný s rovným, byť by tuto představu svým myšlením, chováním, konáním a stavem narušoval
- chránit jeho práva ve všech ohledech, byť si jich není vědom nebo nedává najevo, že si jich je vědom
- informovat jej o jeho stavu sociálním i zdravotním, o možnostech nápravy a léčby a být mu nápomocen
- informovat jej o jeho právech, respektovat je a pomáhat mu k jejich dosažení.

Požadavek spravedlnosti při etickém rozhodování je v psychiatrii spojen s ochranou proti následkům převládajících předsudků, které se s psychickými chorobami pojí. Hovoříme o stigmatu, tedy cejchování. Stigma duševní nemoci je charakterizováno nedostatkem vědomostí o duševních nemocech, strachem, předsudky a diskriminací.

Vliv stigmatu se odráží v pohledu na psychiatrické zdravotníky, v pohledu na duševně nemocného i v přístupu rodiny k tomuto nemocnému. Stigma určuje náš předpoklad o chování nemocného. Například pacienti s psychózou jsou vnímáni jako nevypočitatelní, nebezpeční a nebezpeční. Pacienti s úzkostí nebo depresí jako neschopní slaboši.

Stigma ovlivňuje i přístup zdravotníků, kteří se duševně nemocných někdy obávají, nevěří jim jejich potíže a pokud již ano, tak je dostatečně nevyšetří. Následkem je pozdní zahájení terapie a celkově horší zdravotní stav duševně nemocných. Zároveň této skupině pacientů ale lékaři ordinují vyšší dávky léků, pokud už farmakoterapii nasazují.

PRO ZÁJEMCE

Problematikou stigmatizace duševně nemocných ze strany zdravotníků se dlouhodo-bě zabýval profesor Thornicroft z King´s College London. Jeho poznatky si může přečíst na odkaze http://www.zdravotnickydenik.cz/2018/11/zdravotnici-jsou-vuci-dusevne-nemocnym-stejne-stigmatizujici-jako-ostatni-popisuje-profesor-thornicroft/ .

Stigmatizující pohled na duševně nemocné ovlivňují i média, která potřebují články prodat a šokovat, k čemuž tato problematika svádí. Pokud duševně nemocný spáchá nějaký trestný čin, je tato zpráv prezentována hromadně. Pokud však je duševně nemocnému ublíženo, nikde se tato zpráva nevyskytne. Přitom duševně nemocní jsou mnohem častěji obětmi trestných činů než jejich pachateli.

Stigma se týká ale i zdravotníků v psychiatrii, kteří bývají považování za pomalejší a méně odborně zdatné. Běžné je devalvační rčení ve smyslu… tady nejsi k ničemu, na tuto práci nemáš, běž pracovat na psychiatrii.

Jak bylo zmíněno již opakovaně, duševní poruchy mají veskrze dlouhodobý charakter a některé z nich jsou příčinou snížení schopnosti vlastní sebepéče. Proto jsou do reformy psychiatrické péče zaangažováni i sociální pracovníci, kteří mají být nemocným nápomocni právě v aktivitách běžného dne. Riziko neetického přístupu tedy hrozí i z jejich strany.

PRO ZÁJEMCE

Stigmatu v sociální práci s lidmi s duševní poruchou se zabývaly autorky Zrnečková a Alexová a jejich poznatky si můžete přečíst na odkaze http://www.socialninovinky.cz/novinky-v-socialni-oblasti/543-stigma-v-socialni-praci-s-lidmi-s-dusevnim-onemocnenim .

Stigmatizace není pouze problémem České republiky, trápí i další země. Je však více patrná než v zemích n západ od našich hranic. Prokázaly to například výsledky studie realizované Národním ústavem duševního zdraví v roce 2013, které mimo jiné prokázaly, že ve Velké Británii by 56 % respondentů nevadilo žít s duševně nemocným jedincem, v České republice by tento fakt nevadil pouze 15 % oslovených. Pracovat s duševně nemocným by ve Velké Británii nevadilo 68 % osloveným, v České republice necelým 20 procentům. Zajímavým bylo i zjištění, že vypuknutí duševní poruch by bylo důvodem k ukončení přátelství pro 2 % Britů, ale pro 12 % Čechů. Naopak po propuknutí duševní choroby by rozhodně v přátelství pokračovalo přes 56 procent Britů a jen necelých osm procent Čechů.

Stigma duševní poruchou bývá označováno i jako důvod neochoty státních institucí investovat finance do péče o duševně nemocné, což zhoršuje dostupnost péče a taky špatné vybavení státních zdravotnických zařízení poskytujících péči této skupině nemocných. Běžně jsou psychiatrické nemocnice umístěné na okrajích měst a mají nedostatečné vybavení staršího data.

V současnosti probíhá v České republice transformace psychiatrické péče a jednou z jejich priorit je právě destigmatizace oboru a to prostřednictví popularizace oboru psychiatrie, osvěty o duševních poruchách, pořádáním akcí spojených s otevíráním psychiatrických zařízení veřejnosti apod. Další informace je možno nalézt na stránkách Psychiatrické společnosti České lékařské společnosti J.E.Purkyně (https://www.psychiatrie.cz/deni-zdravotni-a-socialni-politika/deni-destigmatizace).

OTÁZKY

1. Kde jsou zformulována základní práva a potřeby duševně nemocných?

a) V listině základní práv a svobod

b) V Deklaraci lidských práv a duševního zdraví

c) Nikde, každé zařízení má možnost stanovit si svá práva ve vztahu k této skupině nemocných

2. Které téma z níže uvedených nepatří mezi etická dilemata v psychiatrii?

a) Ochrana práv pacientů a snaha o to, aby měli psychiatričtí pacienti zachovánu možnost rozhodovat o sobě
b) Snaha o změnu přístupu společnosti k psychiatrickým pacientům, tedy destigmatizace psychiatrie
c) Otázky eutanázie (dobrovolného ukončení života)

3. Z hlediska profesí se týká stigmatizace duševně nemocných výhradně zdravotnických pracovníků.

a) Ano

b) Ne

SHRNUTÍ KAPITOLY

Tato kapitola se věnovala problematice etického přístupu k duševně nemocným. Byla zde představená práva duševně nemocných, doporučení týkající se přístupu k této skupině nemocných a část textu se zabývala stigmatem duševně nemocných jako jedním z etických problémů.

ODPOVĚDI

1 b, 2 c, 3 b

DALŠÍ ZDROJE

HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER. J. a kol.. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

HOSÁKOVÁ, J. HOSÁK, L. a kol. *Ošetřovatelská péče v psychiatrii.* Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik, 2018. 192 s. ISBN 978-80-7510-281-2.

PETR, T., MARKOVÁ, E. A KOL. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6

LITERATURA

HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER. J. a kol.. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

HOSÁKOVÁ, J. HOSÁK, L. a kol. *Ošetřovatelská péče v psychiatrii*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik, 2018. 192 s. ISBN 978-80-7510-281-2.

582-4.

OREL, M. a kol. PSYCHOPATOLOGIE. Praha: Grada Publishing, a.s., 2016. 344 s. ISBN 978-80-247-5516-8.

PETR, T., MARKOVÁ, E. A KOL. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.

RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., JANOTOVÁ, D. Psychiatrie. *Minimum pro praxi*. 5. vydání. Praha: Triton, s.r.o., 2012. 240 s. ISBN: 978-80-7387-582-4.

SHRNUTÍ STUDIJNÍ OPORY

Tento studijní text poskytnul studentům celé spektrum obecných informací z oboru psychiatrie. Nezabýval se konkrétními poruchami, to je cílem jiné publikace, studenti se však dozvěděli vše potřebně pro orientaci v tomto oboru.

V úvodu jsou informace představující organizaci zdravotní péče o duševně nemocné, včetně představení jednotlivých typů zařízení. Část textu byla věnována i probíhající reformě psychiatrické péče, která organizaci péče do určité míry změní.

Další text se zabýval problematikou diagnostiky duševních poruch, s čímž souvisí i seznámení s psychiatrickou terminologií, se základními symptomy a syndromy u duševních poruch a s vlastním diagnostickým procesem, včetně informací o obsahu psychiatrického vyšetření.

Následovaly kapitoly zaměřené na představení léčebných postupů v psychiatrii, včetně resocializace a rehabilitace v psychiatrii. Následovaly kapitoly věnované konkrétním stavům souvisejícím s psychiatrií, konkrétně o akutní stavy v psychiatrii a o duševní poruchy související s obdobím šestinedělí. Poslední dvě kapitoly se věnovaly tématu práva a etiky v psychiatrii.

Autorka práce doporučuje se věnovat nejen odbornému textu, ale prohlédnout si i odkazy na další zdroje uvede v textu. Byly vybrány informace, které pomohou buď k pochopení tématu, nebo, snad zajímavým způsobem, rozšíří fakta uvedená v textu.

PŘEHLED DOSTUPNÝCH IKON

Čas potřebný ke studiu

Cíle kapitoly

Klíčová slova

Nezapomeňte na odpočinek

Průvodce studiem

Průvodce textem

Rychlý náhled

Shrnutí

Tutoriály

Definice

K zapamatování

Případová studie

Řešená úloha

Věta

Kontrolní otázka

Korespondenční úkol

Odpovědi

Otázky

Samostatný úkol

Další zdroje

Pro zájemce

Úkol k zamyšlení

Název: **Základy psychiatrie pro speciální pedagogy**

Autor: **Mgr. Jiřina Hosáková, Ph.D.**

Vydavatel: Slezská univerzita v Opavě

Fakulta veřejných politik v Opavě

Určeno: studentům SU FVP Opava

Počet stran: 126

Tato publikace neprošla jazykovou úpravou.