

Práce psychologa na uzavřeném psychiatrickém oddělení s bližším zaměřením na psychotické poruchy

Úvod

Uzavřené oddělení

- oddělení se zvýšenými bezpečnostními opatřeními, zdravotnickým dohledem a jasněji nastaveným režimem
- pro pacienty, kteří se nachází se ve fázi onemocnění, kdy dominuje porucha myšlení a vnímání
- je zvýšené riziko suicidálního jednání
- pacienti pro svou duševní chorobu nebezpeční okolí
(nařízená ústavní léčba, hrozí riziko útěku)
- pacienti, kteří se nedokáží o sebe postarat (ale nejedná se o sociální službu!)

způsoby přijetí:

- na základě tzv. *parere* od praktického lékaře, ambulantního psychiatra...
- přes centrální příjem (RZP)
- cestou krizového centra

dobrovolná hospitalizace – podepsání dobrovolného vstupu do 24 hodin od příjmu

nedobrovolná hospitalizace – „*pacient ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy nebo touto poruchou trpí nebo je pod vlivem návykové látky, pokud hrozbu pro pacienta nebo jeho okolí nelze odvrátit jinak*“

(zákon č. 172/2011 Sb., o zdravotních službách)

- do 24 hodin nahlášeno soudu → zahájení detenčního řízení neboli řízení o *vyslovení přípustnosti převzetí do ústavu zdravotnické péče a držení v ústavu zdravotnické péče*

- rozhodnutí do 7 dnů

- poté možnost do 15 dnů odvolání ze strany pacienta

Psychotická onemocnění

Psychóza

- porucha vnímání reality
- je charakterizována bludy, halucinacemi, dezorganizovaným slovním projevem a chováním

Akutní psychotické poruchy – F23 dle MKN-10

- náhlý výskyt psychotických symptomů jako jsou bludy, halucinace a poruchy vnímání s prudkými poruchami běžného chování
- postupné zesílení projevů během dvou týdnů a méně
- popletenost a zmatenost je častá, ale dezorientace místem, časem a osobou není trvalá nebo dostatečně závažná
- kompletní uzdravení se objevuje většinou během několika měsíců, ale i týdnů a dní (akutní psychotická symptomatika trvá maximálně 30 dní)
- může být sdružena se stresem, definovaným obvykle jako stresová událost, která předchází onemocnění o jeden až dva týdny

Schizofrenie – F20 dle MKN-10

- porucha postihující řadu domén, od emocí, přes osobnost až po kognitivní funkce
- je charakterizována směsicí příznaků, z nich žádný není patognomický
- kromě charakteristických příznaků je doprovázená výrazným snížením výkonnosti

příznaky:

- pozitivní (poruchy myšlení, poruchy vnímání, poruchy jednání)
- negativní (poruchy emocí, poruchy vůle)
- kognitivní (pokles kognitivního výkonu, deteriorace)

Pozitivní příznaky:

Bludy: porucha myšlení, nepravdivé a nevývratné přesvědčení, chybná interpretace informací znamená pro pacienta pocit ohrožení

- charakteristiky bludu: nepravdivost, nevývratnost, vliv na jednání, chorobný vznik

Halucinace: poruchy vnímání, různé smysly

- intrapsychické halucinace

Dezorganizovaná řeč: porucha komunikace, odráží dezorganizaci myšlení

Dezorganizované a bizarní chování: porucha motorického nebo behaviorálního monitorování a kontroly

Negativní příznaky:

Alogie: ochuzelá řeč nebo řeč postrádající obsah

Emoční oploštělost: snížená schopnost vyjadřovat emoce

Sociální staženost: aktivní nebo pasivní

Anhedonie: ztráta prožívání radosti

Abulie: neschopnost zahájit nějakou činnost nebo u ní setrvat

Kognitivní příznaky:

- narušení pozornosti, exekutivních funkcí, logického usuzování
- narušená schopnost abstrakce
- snížené porozumění sociálním situacím
- deteriorace kognitivních funkcí → celkové snížení kognitivního výkonu

různé druhy schizofrenie v MKN-10:

paranoidní, hebefrenní, katatonní, nediferencovaná, simplexní,
reziduální, postschizofrenní deprese

- v DSM-V se už tyto nerozlišují!

Diferenciální diagnostika

toxická psychóza

organicita (tumor, incipientní demence)

dekompenzace osobnosti

PAS

porucha s bludy

schizoafektivní porucha

afektivní porucha s psychotickými příznaky

...

mnohdy úloha pro psychologa! 😊

Psychologické vyšetření

testová baterie:

ROR

MMPI-2

WAIS-III = golden standard

neuropsychologické metody

kresebné projektivní metody (Kresba postavy, Kresba stromu...)

jiné projektivní metody (TAT ad.)

- úvaha v kontextu sociálního, pracovního atd. fungování

Stanovení diagnózy

- psychiatrie nemá biologické markery
 - biologicky maximálně vylučujeme, že to něco není...
 - výsledek je dohoda (postup podobný indukci – nikdy si nemůžeme být stoprocentně jisti)
 - zároveň diagnóza je proces – je možné ji průběžně měnit
 - jsou sice guidelines, ale vždy léčíme to, co aktuálně probíhá
- + jakákoliv nemoc je škála!

Léčba

- farmakoterapie (antipsychotika, ECT, rTMS)
- psychoterapie
- další doplňkové metody (režimová terapie, ergoterapie, nácvik sociálních dovedností, kognitivní trénink)
- nyní rozvoj CDZ (Centrum duševního zdraví)

Rizikové faktory pro vznik nebo relaps psychického onemocnění

- hereditární zátěž
- specifický styl výchovy (nefunkční rodinné zázemí, separační problematika)
- premorbidně křehká osobnost
 - nízká frustrační tolerance
 - nezralost
 - emoční inkongruence
 - slabé sociální dovednosti
 - trauma v anamnéze
- stres (fyzický, psychický, sociální)
 - pobyt v neznámém prostředí (přestěhování, migrace, dlouhodobé zahraniční pobyty)
 - pracovní přetížení
 - změny ve vztazích (rozchod, úmrtí, konflikty, sestěhování, svatba)

Rizikové faktory pro vznik nebo relaps psychotického onemocnění

- sociální izolace
- zneužívání návykových látek (krycí park – B. Alexander)
- střídání biorytmů (denní a noční směny, ponocování, časový posun, spánek přes den)
- hormonální změny (těhotenství, puberta, jarní období)
- vysazení medikace (60-70 % vs. 20-30 %)

Protektivní faktory pro prevenci vzniku či relapsu

- funkční zdroje (dobrá organizace osobnosti)
- kvalitní sociální zázemí
- zdravý životní styl (strava, pohyb, dostatek spánku, volnočasové aktivity)
- náhled na onemocnění (vede k větší compliance)
- průměrný či nadprůměrný intelekt (hlavně v souvislosti s možností psychoterapie)
- motivace k terapeutické práci
 - víra v účinnost léčby, důvěra v lékaře/terapeuta

Podmínky psychoterapie u psychotických pacientů

- klient musí být ve stavu, kdy je schopen adekvátně vnímat podněty přicházející k němu z venku a reagovat na ně

x těžké narušení pozornosti, katatonní stavy

- je schopen důvěry (alespoň na bazální úrovni) ve druhou osobu

x těžké paranoidní stavy

- je u něj zachováno porozumění logické argumentaci

x těžký kognitivní deficit

- je zachován souvislý verbální projev

x paralogické či inkoherentní myšlení

- není pod vlivem návykových látek

- není v bezprostředním ohrožení života

x delší insomnie, restriktce stravy či tekutin...

v ostatních případech je většinou předně nutná psychiatrická intervence!!!

Psychoterapie pacientů s psychotickým onemocněním

- nutné indikovat ve správný čas!
- posilovat zdravý vztah ke světu – ukazovat jiné možnosti nahlížení
- posilování vnějších i vnitřních opor, budování obecné důvěry ke světu, pocit bezpečí
 - dávání struktury
 - překonávání strachu z neznámého prostředí
 - důvěra v druhé osoby
- práce s emocemi
- sebepoznání – práce na vytvoření vlastní stabilní identity, definice self, vlastních hranic
- v neposlední řadě práce s přijetím onemocnění

Psychoterapie pacientů s psychotickým onemocněním

!!!neotevíráme hned zkraje terapie traumata, nebouráme obranné mechanismy

– nutná základní stabilizace, vnitřní síla

- vhodné je zapojení neverbálních (expresivních typů terapie) – často potíže s verbalizací pocitů
- dále vhodnost skupinové terapie – sdílení prožitků, vzájemná podpora, rozšíření zvládacích mechanismů, nácvik sociálních dovedností, navázání soc. kontaktů
- u klientů s náhledem: některé běžné prožitky pokládají za patologické – normalizovat → snížení úzkosti
 - funkčnost sebestopůrných skupin vedených jedincem s vlastní zkušeností (?)

Důležitá je též práce s rodinným prostředím klienta!

- edukace pečujících osob (včasná detekce relapsu)
- zlepšení komunikace mezi členy
- poučit o nevhodnosti hyperprotektivního přístupu rodiny – vést ke změně, nalézt rovnováhu mezi péčí a vedením k samostatnosti
- vyjasnění rolí a hranic

Komunikace se schizofrenním pacientem

z hlediska bezpečnosti:

mít na paměti, že „klidné“ chování pacienta se může velmi rychle, neočekávaně změnit např. v psychomotorický neklid, agresi vůči sobě, jiným, věcem

zajistit bezpečnost

- odstranit potenciálně nebezpečné předměty
- vhodnější přístup ze strany, přístup čelem by mohl vyvolat protiútok, nepřistupovat zezadu
- nedělat prudké pohyby
- dodržovat bezpečnou vzdálenost – délka paže
- zachovat si volnou únikovou cestu
- omezení pacienta: 5 lidí (co člověk, to končetina, lékař drží hlavu), síťové lůžko, izolační místnost, kurty, aplikace zklidňující medikace, asistence policie

Komunikace se schizofrenním pacientem

vystupovat klidně, uvolněně, snažit se o získání důvěry

- klidný hlas, ne vystupňované emoce, krátké a jasné fráze, hovořit srozumitelně a věcně (nešeptat, nehovořit v náznacích)

- pacientovi průběžně vysvětlovat, co se bude dít, a požádat jej o spolupráci

- nutno počítat s tím, že někdy pacient není schopen komunikovat, nerozumí, co mu sdělujeme, není schopen informace zpracovat – vyjádřit pochopení, pro obnovení vztahů ponecháme prostor a čas

kontrolovat vlastní emoce

nenapomínat, nepoučovat, nehodnotit, nelhat

nevymlouvat, nepotvrzovat, nediskutovat s pacientem, který nám sděluje své bludy nebo halucinace

- v případě halucinací (zpravidla sluchových), se snažit získat informaci, co pacientovi přikazují, co musí např. udělat

umožnit pacientovi verbalizovat úzkost, strach, hněv

empaticky naslouchat – přikývnutí, parafrázování (rozumím vám, chápu), shrnutí pacientova sdělení

uklidňovat pacienta