

EDUKACE PŘI ONEMOCNĚNÍCH PSYCHÓZOU

PhDr. Karolína Malá, Mgr. Hana Navrátilová

Psychiatrická léčebna Dobřany

Autorky přináší praktické informace a své zkušenosti týkající se edukace u pacientů s diagnózou psychózy schizofrenního okruhu (co, kdy, jak a komu). Přinášejí také hlavní témata pro edukační sezení s příbuznými nemocného. V závěru se věnují některým z často kladených otázek, na které bývají zdravotníci tázáni, a přinášejí příklady taktických, šetrných, zároveň však přímých a jasně formulovaných odpovědí, které se jim v praxi osvědčily.

Psychiat. pro Praxi; 2006; 3: 137–139

Edukace je druh psychoterapeutické pomoci, který bychom mohli přiřadit k racionální psychoterapii. Hlavní obecnou náplní edukace je rozporování pacientových nepřiměřených názorů a přesvědčení, poskytování informací, persuaze pacienta a pečujících.

Proč edukovat?

Základním cílem edukace je prevence relapsu. Vedle dlouhodobé farmakoterapie považujeme edukaci za druhou, podstatnou formu pomoci pacientovi, které by se mu mělo dostat z rukou profesionálů. Zamyšlení se nad edukací s sebou přinese minimálně tři otázky: komu edukaci směřovat (**KOHO**), které informace především poskytovat (obsah edukace – **CO**), **KDY A JAK** edukaci zahájit (forma edukace).

Komu bychom měli edukaci směřovat?

V zásadě jak pacientovi, tak jeho blízkým. Psychotická zkušenost pro pacienta znamená dočasnou ztrátu doposud platných jistot, vodítek, jak se v realitě orientovat, ztrátu schopnosti informace účelně a realitě přiléhavě třídit, zpracovávat a adaptivně se na jejich podkladě rozhodovat. Je nutné počítat i s tím, že nemusí jít „jen“ o ztrátu dočasnou, ale i o následný, přetrvávající funkční deficit. Popsaný stav je v podstatě nepřístupný chápání laického okolí, tedy i jeho blízkých. Laická veřejnost má často o nemocných psychózou pokřivenou představu jako o rozpolcených, rozdvojených, nebezpečných osobnostech. Skutečné příznaky psychózy do jejich představ nezapadají, odtud mj. nutnost edukovat pacientovy nejbližší. Uvědomme si také, že psychotické onemocnění postihuje lidi nejčastěji v mladém věku, v produktivní a dynamické životní etapě. Pacientovi přináší jakési bazální znejistění a/nebo pseudojistotu podloženou bludy a halucinacemi. V procesu odeznívání psychotické epizody pak od profesionálů potřebuje určitou sanci prožívání, postupné kotvení sama sebe v adekvátních dimenzích reality. Zasazování toho, co

pacient prožil, krok za krokem do strukturovaného rámce, podporuje úzdravu a je samo o sobě jedním z preventivních opatření proti relapsu. Proto považujeme také edukaci samotného pacienta za nezbytnou součást léčby.

Které informace poskytovat?

Hlavním pilířem edukace je seznámení pacienta s povahou jeho onemocnění. Pacient by se od nás měl dozvědět, **co je to psychóza**. Mělo by zaznít, že psychóza je sice závažné, ale **léčitelné duševní onemocnění**, jehož podstatou je **změněný vztah k realitě**. Je dobré zprostředkovat mu co nejvíce **náhled chorobnosti stavu**, kterým prošel. Optimální je, pokud se pacienta podaří dovést k vědomí, že **zákeřnost psychózy v období jejího propuknutí spočívá v tom, že sám nemocný se cítí být duševně zcela zdrav**. Pacienti s psychózou v době vzplanutí příznaků sice nemají náhled choroby, ale uvědomují si dobře onen nepochopitelný zlom v jejich životech, který obyčejně prožívají jako radikální nebo postupné vykojení, chaos, ztrátu schopnosti porozumět „pravidlům hry“. Tento prožitek podle našich zkušeností je dobrým „startovním bodem“ pro práci na náhledu. Pacientovi by měl být, alespoň stručně, nastíněn **obecný příznakový okruh psychózy a umožněno zařazení jeho vlastních příznaků do tohoto kontextu**. Nemocný by se měl od specialisty dozvědět, že znovuvyskyt „jeho“ příznaků, anebo i příznaků jiných, obecných (tj. obav, nejistoty, úzkosti, potíží se spánkem, podezření, atd.) je varovným momentem a je vždy důvodem k vyhledání psychiatra. Zdůrazněme, že raději zbytečně než vůbec. K tomuto účelu je využitelná kartička, která je přiložena v časopisu. Máme-li možnost pracovat edukativně v rámci skupinové psychoterapie, je určitou výhodou interpersonální učení – pacienti mají možnost pohlédnout na vlastní psychotickou zkušenost v porovnání se zkušenostmi spolupacientů. Nemocné zcela pochopitelně zajímá **prognóza**. Zde se přimlouváme za šetrnost a dodávání nádeje, ale dovolily bychom si také varovat před příliš

optimistickými sděleními. Nezapomínejme, že zejména pacienti, kteří byli v rámci psychotické epizody hospitalizováni, se setkali během pobytu na psychiatrii s lidmi, kteří jsou pro psychózu hospitalizováni často a/nebo dlouhodobě. Nerealistickými vyhlídkami bychom mohli ztratit pacientovu důvěru. Pacientovi lze např. na otázku po dalším vývoji šetrně odpovědět v tom smyslu, že je možné a třeba i pravděpodobné, že i v budoucnu bude čas od času potřebovat psychiatrickou pomoc, ale že také hodně záleží na něm samotném, jak se bude o sebe starat, jak bude nyní spolupracovat s ambulantním psychiatrem, zda bude důkladně brát léky, atd. Lze ve formě několika laskavých vět poskytnout, aniž bychom slibovali nesplnitelné, také tu podporu, že se společnými silami budeme snažit, aby nepociťoval velký psychický diskomfort. Pacientovi by se mělo dostat informace, že bude dlouhodobě, ne-li celoživotně, **potřebovat lékaře – psychiatra** a že je dobré, aby si sám vybral nebo si nechal doporučit někoho, komu bude pak plně důvěřovat a koho bude ochoten bezvýhradně co se léčby týče poslouchat. Pacient musí vědět, že je nezbytné, aby **bral předepsané léky přesně dle ordinace psychiatra, pravidelně a dlouhodobě**, tj. po dobu, kterou mu psychiatr určí. Je výhodné, aby nemocný věděl, že řeč je spíše o letech než o měsících. Vždy má smysl, alespoň bazálně, vysvětlit podstatu účinku neuroleptik, a to i v případě, kde si nejsme zcela jisti, že nás pacient pochopí. Není příliš taktické popírat vedlejší účinky medikace, důležité je stavět do protiváhy k profitu z léčby. Domníváme se, že je také třeba pacienty jasně varovat před upínáním nadějí k alternativním a léčitelským postupům i spoléhání se na, byť erudovanou, psychoterapii jako jediný způsob léčby. Vzhledem k dosti vysokému zastoupení příležitostného abuzérství drog mezi mladými lidmi považujeme za případné vysvětlit, že **požití jakékoli drogy (jmenujme raději, že sem počítáme i marihuanu, která bývá vnímána liberálněji), a to i užití nízkodávkové a ojedinelé, představuje zvlášť vysoké riziko** v případě člověka s anamné-

zou psychotické epizody. Pacientovi má být raději vícekrát zopakováno, že experimentace s drogami je něco, co možná bez újmy přestojí druzí lidé, ale pro něj jejich užití může znamenat počátek nové psychotické epizody. A v neposlední řadě: informujeme ženy **o rizikových údobích a událostech** jejich života (těhotenství, porod, poporodní období, laktace a klimakterické období), kdy je potřeba, aby se o své duševní zdraví staraly zvláště pečlivě a o svém psychotickém onemocnění ve zdravotní anamnéze informovaly pečující lékaře (zejm. gynekology, porodníky). Vyzdvihneme význam psychohygienických opatření: **nepřetěžovat se**, dbát na **pravidelný a dostatečný spánek, vyhnout se situacím stresujícím a zátěžovým** a další.

Iniciujeme sezení s rodinou nebo jinými blízkými osobami, od nichž očekáváme podporu nemocného a péči o něj. Většina pacientů s psychózou žije se svými příbuznými, především pak s rodiči, kteří na ně mohou mít silný vliv, jak pozitivní, tak negativní. Pokusme se tedy uspořádat alespoň jedno setkání s rodinou pacienta. Cíle sezení s rodinou jsou následující:

1. Předat rodině jasnou informaci o povaze onemocnění jejich rodinného příslušníka. Mnoho lidí potřebuje tyto informace slyšet právě z úst odborníka, jinak je nevezme na vědomí.

2. Edukovat rodinu podobným způsobem jako pacienta, s tím, že klademe podstatně větší důraz na závažnost onemocnění, rizika nemoci a pravděpodobný vývoj. Během edukace budme však obezřetní, abychom žádným způsobem nepodpořili pocity viny u rodiny pacienta. Právě ty jsou často důvodem, proč se rodina zdráhá navštívit lékaře. V zájmu podpory pacienta je naším úkolem veškeré sebeobviňování zpochybnit, a to i v případě, kdy rodinu sami považujeme za schizofrenigenní, potencionující rozvoj psychózy. O obsahu edukace bylo už psáno výše.

3. Vyzdvihnout nutnost pravidelné ambulantní léčby a užívání psychofarmak. Spolu s tímto varujeme před alternativní léčbou a léčitelstvím vůbec.

4. Snažit se v rodině získat spojence v léčbě. Je vhodné s rodinou probrat jejich pohled na vývoj nemoci, propracovat spektrum varovných příznaků a projevů nemoci. Předat rodině zodpovědnost za pacienta, ocitne-li se ve floridní fázi a sám již postrádá náhled a kritičnost. Podpoříme a jasně doporučíme rozhodnutí kontaktovat v takových případech psychiatra i proti pacientově vůli.

5. Podrobně seznámit rodinu s možnostmi jejich přispění k prevenci relapsu. Vedle důrazu na podporu a kontrolu užívání medikace je vhodné zmínit možnosti redukce stresových faktorů. Upozornit, že zátěž není jen negativní, ale i pozitivní stres, který pacient není schopen zpracovat.

Sdělme, že při očekávané potencionálně zátěžové události lze po domluvě s psychiatrem přechodně upravit medikaci.

6. Upozornit na vhodné a nevhodné chování k pacientovi. Jestliže rodinu pouze edukujeme a nemáme ji zavzatou do terapie, pak v tomto bodě postupujeme opatrně. Zásadně neobviňujeme rodinu z nesprávných přístupů, ale spíše obecně hovoříme o nevhodnosti hyperprotektivního a hyperkritického přístupu a o jejich dopadech na pacienta. Na druhou stranu rodinu podpoříme v přístupu, který my i pacient považujeme za vhodný.

7. Prodiskutovat fakt, že psychóza je nemoc, nikoliv schválnost či povahová úchylnka. Touto diskuzí můžeme podstatně zredukovat příčiny konfliktů v rodině. Řadu pozitivních, ale zejména pak negativních příznaků rodina interpretuje jako lenost, pohodlnost, schválnosti, vymyšlení si či provokace. V zájmu zvýšení komfortu nemocného je vhodné tyto postoje korigovat a objasnit rodině podstatu nepřizpůsobivého či odlišného chování pacienta.

8. Upozornit šetrně, ale i jasně rodinu, že psychotické onemocnění samo v sobě nese celoživotně zvýšené riziko výskytu suicidálního jednání. Popsat, jaké projevy jsou z tohoto hlediska zvláště varovné (úzkostný neklid, agitovanost, ventilace pochybností o smyslu žití, zmínění se o sebevražděných myšlenkách, soustředěné zajímání se o téma smrti, třeba i v rámci filozofické, náboženské nebo sektářské literatury). Podpořit pak rozhodnutí k zajištění psychiatrické pomoci i proti vůli nemocného jako jediný správný postup.

Kdy edukaci zahájit a jak edukovat?

Způsob, jakým pacienta s nemocí seznámíme, je již edukací samotnou a hraje zásadní roli v přijímání či odmítání nemoci. Je třeba si uvědomit, že ve většině případů slovo psychóza či schizofrenie je pro pacienta bezobsažné, či má v horším případě pejorativní nádech. Edukací dáváme tomuto slovu obsah. Obsahem i formou edukace předáváme pacientovi informace o nemoci, která je jeho součástí a která má zásadní vliv na vnímání sebe sama. Obecně pacient reaguje na nemoc v rozpětí polarit přijetí – odmítnutí. V procesu přijímání nemoci je na místě ostražitost: všimněme si toho, s čím se vlastně pacient ztotožňuje. Považujeme za nevhodné stavět rovnítko mezi Já a Schizofrenik, je to příliš determinující, příliš omezující, bez možnosti zdravé perspektivy. Naproti tomu „Já jsem onemocněl schizofrenií“ v sobě nese jak přijetí faktu nemoci, tak její oddělení od své osoby, a tím také získání naděje a prostoru pro boj s ní. Přijetí nemoci zplnomocňuje pacienta v zacházení s ní. Odmítnutí a popření nemoci, tedy i chybný náhled na ni, s sebou nejčastěji nese nulovou nebo obtížnou spolupráci. Popření

také zároveň pacienta chrání před depresí a sebevražděným jednáním.

Klademe-li na tomto místě důraz na formu edukace, pak tak činíme především s ohledem na zvláštnost, křehkost a limitovanost komunikace s psychoticky nemocným. Veškerá sdělení by neměla postrádat rámec a strukturu. Nemocným psychózou se rozpadá jejich systém porozumění světu, kognitivní funkce jsou blokovány psychotickým procesem, v prožitkové sféře převládají ambivalence, percepce je deformována. Z toho vyplývá zhoršená schopnost přijímat, třídít a ukládat nové informace. Nelze předpokládat, že jednorázovou edukací zprostředkujeme informace v celém rozsahu a zajistíme potřebnou míru porozumění problému. Edukace je spíše proces, je nutno věnovat se jí opakovaně, po částech, se zřetelem k aktuálním potřebám a stavu pacienta. Prvotní potřeba nemocného spočívá v navázání alespoň bazálního vztahu s někým, kdo mu porozumí. Pro přijímání informací je nutné, aby jedinec zažíval určitý pocit důvěry a stability. Načasování edukace je velmi individuální, někteří pacienti jsou schopni přijímat informace až v plné remisi. U jiných edukace urychluje tvorbu náhledu na floridní psychotickou produkci jako na symptomy nemoci a lze ji zahájit tedy poměrně záhy, ještě za jejich trvání. Východiskem může být dotaz na pacienta, zda si myslí, že nemocný je, popř. co o své nemoci ví, a dle tohoto postupovat. Aby informace byly přijatelné, musí být i srozumitelné, jasné, je nezbytné volit výrazy laicky srozumitelné a ty z nich, které se běžně užívají v jazyku odborném i obecně laické mluvě (zejm. halucinace, bludy, deprese) raději zadefinovat, aby nedocházelo k misinterpretacím. Nemocný obvykle dobře vnímá, že se snažíme svůj projev zlidštit a tím se mu přiblížit. Je prospěšné naučit ho několika základním termínům dotýkajícím se psychotického onemocnění. Znalost široce používaných termínů, jakými jsou např. psychotická epizoda, medikace, varovné příznaky atd., může pacientovi zvýšit jeho pocit kompetence v zacházení se svou nemocí. Při edukaci samotné si jako podkladový materiál bereme konkrétní příznaky, průběh nemoci i medikaci pacienta. Konkrétní příklady na vlastní osobě pacient vždy lépe pochopí. Pacienta rámcově seznamujeme i s komplexem známých příčin vzniku nemoci, a to zejména za účelem snížení pocitů viny za její propuknutí. Floridní symptomatika někdy přetrvává nepřiměřeně dlouho i proto, pocity viny jsou prožívány jako ještě více ohrožující než příznaky vlastní. Pacient, který má utvořený bazální náhled na nemoc, by měl již být schopen s námi pracovat na popisu varovných příznaků. Nelze očekávat, že nám je vyjmenuje, spíše my musíme být schopni je z jeho vyprávění extrahovat a pojmenovat. Předáváním informací zvyšujeme pacientovu sebedůvěru a kompetentnost,

stavíme ho do role pacienta – partnera, který s námi v léčbě spolupracuje, protože jí rozumí.

Jaké dotazy nejčastěji slyšíme a co např. odpovídáme?

Nejčastější dotazy pacienta: Jak dlouho budu muset brát léky? Pravidlem je, že o délce léčby rozhodne váš psychiatr. Po zaléčení první psychotické epizody je doporučeno užívat léky – neuroleptika ještě minimálně rok. Následuje-li druhá epizoda, pak se tato doba prodlužuje na 2–3 roky, při každé další epizodě pak ještě déle. Pokud budete mít pocit, že léky nepotřebujete, protože je vám dobře, tak si uvědomte, že opak je pravdou, tzn. že je vám dobře právě proto, že berete léky, které vás před nemocí chrání. Při svévolném vysazením léků riskujete návrat nemoci. **Vyléčím se úplně?** To v téhle chvíli nejde plně předvídat. Podle některých statistik se až u 1/3 pacientů, kteří měli jednu epizodu schizofrenního psychotického onemocnění, nemoc už nikdy znovu neobjeví. Jak to dopadne s vaší nemocí, máte v rukou také hodně vy, záleží na tom, abyste pravidelně bral léky, nepil alkohol, nebral drogy, vyhýbal se stresu a našel si nějakou smysluplnou činnost. **Mohu mít děti?** Tuto otázku bude mít smysl řešit až ve chvíli, kdy budete mít stabilního partnera. Ten by ale neměl mít stejné onemocnění jako vy, protože pak je riziko dědičnosti choroby vysoké. Měl/a byste

počkat na období, kdy dlouhodobě budete v remisi. K otázce těhotenství musíte přistupovat zodpovědně s ohledem na to, že těhotenství, porod a případné kojení přináší takové změny organizmu, které mohou vyvolat psychózu i u zdravého člověka.

Nejčastější dotazy rodinných příslušníků: Z čeho to má? To má určitě z té jeho trávy!? Neznáme přesnou příčinu vzniku téhle nemoci, spíše těch příčin je několik (*vyjmenujeme*), které, když se poskládají dohromady, způsobí nemoc. Jenom ze samotné marihuany schizofrenní psychóza nevzniká, ale marihuana může urychlit její propuknutí. Většinou se dá předpokládat, že nemoc se vyvíjela už nějakou dobu předtím a propukla by i bez marihuany, třeba v souvislosti s nějakým stresem. **Jak mu můžeme pomoci?** Podporujte ho, pomáhejte mu, mluvte s ním, ale jen do té míry, aby mu to bylo příjemné, neznescopňujte ho přílišnou péčí, nenarušujte jeho soukromí přílišnou kontrolou, nekritizujte ho za projevy nemoci. Chovejte se k němu jako k normálnímu člověku, podporujte ho ve větší samostatnosti, ale nemějte na něj přehnané nároky. Věřte mu, že to, co říká, opravdu prožívá, ať to zní

jakkoliv. **Nezavinili jsme to výchovou (tlakem ke studiu, naším rozvodem, není to tím, že ho nechalo děvče a pod.)?** Propuknutí nemoci není ničí vinou. Je ale pravda, že v období následujícím bude váš příbuzný potřebovat klid, pohodu a vaši podporu. Není např. také vhodné, aby třeba studoval do noci, a to i kdyby musel pro neprospěch školu opustit. **Co s ním bude dál, bude moci pracovat?** To zatím přesně nevíme. Pokud ano, přimlouvali bychom se zatím za zkrácený úvazek. V žádném případě nejsou vhodné noční směny. Další ukáže vývoj. Je pravdou, že řada nemocných psychózou má jednoho dne invalidní důchod. Mohou si ale při něm přivydělávat. Existují specializovaná místa, kam je možné se pro pomoc při shánění zaměstnání nebo brigády obracet.

PhDr. Karolína Malá
Psychiatrická léčebna Dobřany,
Ústavní 2, 334 41, Dobřany
e-mail: karolina.mala@pld.cz

Literatura

1. Kondáš, O, et al: Psychoterapia a reedukácia, Osveta Martin, 1985.
2. Kratochvíl, S: Psychoterapie, Avicenum 1976.
3. Praško, J, a kol.: Psychotická porucha a její léčba, Maxdorf, 2001.
4. WPA: Schizofrenie – edukační program, Academia Medica Pragensis, 2003.