

Více informací a kontaktů naleznete na
www.psychiatrickarehabilitace.cz

ČLOVĚK S VÁŽNÝM DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Autorka textu: Mgr. Martin Šťastný

Vydala Psychiatrická nemocnice Bohnice, Ústavní 91, Praha 8

Grafická úprava a tisk: ASTRON studio CZ, a.s., Praha

Vydání první, Praha, 2016

ISBN 978-80-906518-9-0

Publikace byla realizována v rámci projektu S.U.P.R.: Vytvoření Systému Ucelené Psychiatrické Rehabilitace a jeho implementace v lůžkových zařízeních následné péče, financovaného z Norského finančního mechanismu, číslo projektu: NF-CZ11-PDP-1-002-2014.



Člověk s vážným duševním onemocněním

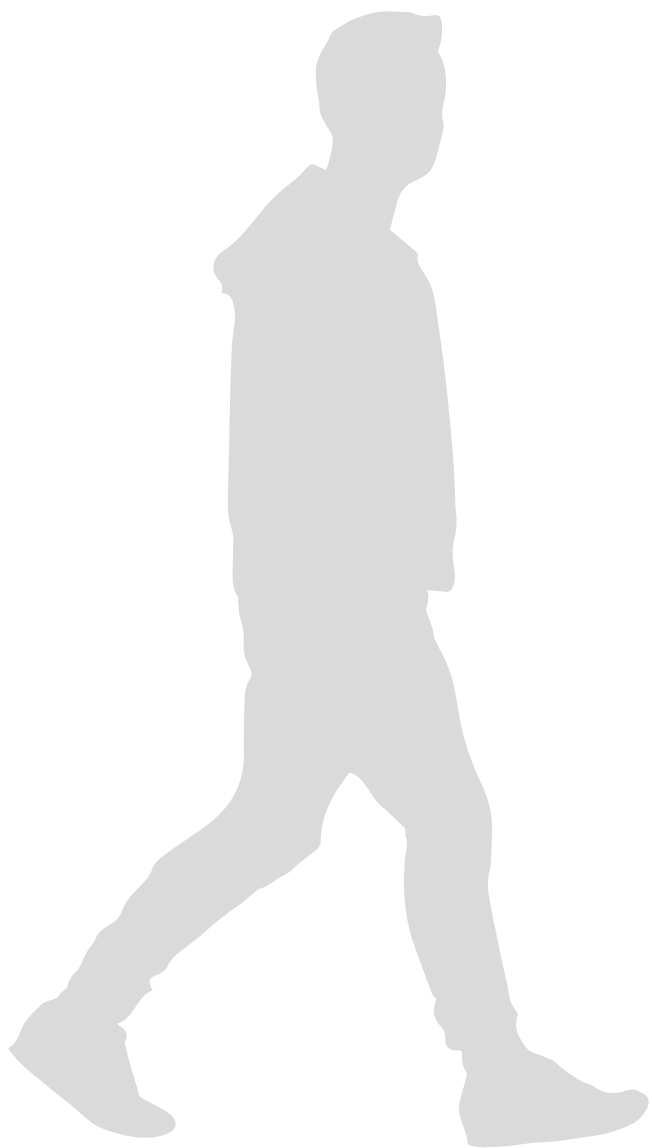
PŘÍRUČKA PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE



**ČLOVĚK S VÁŽNÝM
DUŠEVNÍM
ONEMOCNĚNÍM**

OBSAH

Úvod	5
Problematika pacientů s vážným duševním onemocněním – psychózou	7
Charakteristika psychotického onemocnění	7
Schizofrenie	8
Péče praktického lékaře o duševně nemocného člověka	10
Diagnostika	10
Sekundární prevence	14
Relaps	14
Varovné příznaky	16
Co dělat při relapsu	18
Spolupráce s ambulantními psychiatry	20
Závěr	21



ÚVOD

Tato brožura přináší informace o vážném duševním onemocnění, pro které používáme název psychóza.

Jejím cílem je přispět k lepší prevenci psychotického onemocnění. Za nejdůležitější a nesnadný úkol považujeme zabránění plnému rozvinutí psychózy. Praktickým lékařům nabízíme přehlednou charakteristiku psychotického onemocnění a základní informace pro zajištění odborné pomoci. Pozornost věnujeme především nejzávažnějšímu z těchto onemocnění – schizofrenii.

Další část publikace je věnována problematice péče o duševně nemocného člověka v ordinaci praktického lékaře s důrazem na prevenci relapsu onemocnění.

Přijměte, prosím, tuto publikaci jako snahu přispět k lepšímu životu lidí s vážným duševním onemocněním.

PROBLEMATIKA PACIENTŮ S VÁŽNÝM DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM – PSYCHÓZOU

Pro pacienty s psychózou často platí, že lékařskou péčí příliš aktivně nevyhledávají. K psychotickému onemocnění bohužel patří nedostatečný náhled na vlastní onemocnění, a ten vyhledání potřebné psychiatrické péče brání.

Praktický lékař může být pro pacienta a jeho rodinu dobrým průvodcem a informátorem o možnostech léčby a využívání dalších komunitních služeb.

CHARAKTERISTIKA PSYCHOTICKÉHO ONEMOCNĚNÍ

Při psychóze dochází k poruše kontaktu s realitou. Nemocný člověk nedokáže jasně rozlišit, co je a co není skutečné. Vnímá a myslí jinak, než lidé v jeho okolí. Změny myšlení, vnímání a cítění jsou do té míry intenzivní, že od základu mění kvalitu duševního života nemocného člověka.

Akutní psychotický stav je stav závažný, který zasluhuje okamžitou léčbu a pomoc.

Mezi nejčastější projevy psychózy patří:

- Poruchy vnímání – zejména halucinace, což jsou šalebné smyslové vjemy bez reálného podnětu.
- Poruchy myšlení – bludy. Blud je mylné a nevývratné přesvědčení založené na nesprávném odvození závěru ze zevní reality.
- Může se vyskytovat dezorganizované myšlení a řeč nebo také dezorganizované chování.
- Postižení kognitivních a exekutivních funkcí.
- Funkční narušení, kdy porucha narušuje kapacitu schopností vyrovnat se s požadavky normálního života.

Podle okolností, za kterých onemocnění vzniká, můžeme rozlišit základní druhy onemocnění:

- Akutní a přechodná psychotická porucha – vzplane náhle, v krátkém časovém období, veškeré příznaky mohou odeznít.

- „Toxická psychóza“ – pokud se symptomy objeví v souvislosti s užíváním psychoaktivních látek (drogy, alkohol, apod.)
- Schizoafektivní porucha – hovoříme o ní tehdy, pokud jsou příznaky psychózy současně spojeny s poruchami nálady (mánie, deprese).
- Schizofrenie – jde o nejzávažnější nemoc (často s celoživotním průběhem) z celé skupiny, kdy příznaky trvají delší dobu (alespoň 3 měsíce) a zásadně narušují fungování nemocného v běžném životě, a to i v obdobích mezi nemocí.

SCHIZOFRENIE

Objevuje se nejčastěji v mládí mezi 15 až 35 lety. Její včasné rozpoznání velmi zvyšuje naději na příznivý výsledek léčby.

Schizofrenie je považována za multifaktoriální onemocnění.

- **Biologické faktory vzniku onemocnění:** především genetické předpoklady, dědičnost.
- **Psychosociální faktory:** například emoční klima v základní rodině, vztahy a postavení jedince v různých kolektivech v dětství a v dospívání, traumatické události, zatěžující životní změny, emocionální zátěž hlavně ve vztazích a podobně.

Spouštěčem psychotického onemocnění se mohou stát různé formy stresu – nešťastná láska, problémy ve škole, šikana, rozvod rodičů, náročné studium, nadměrné pracovní zatížení, konflikty, atd. K odstartování psychózy často vede i užívání alkoholu, marihuany či dalších psychoaktivních látek.

Podíl biologických a psychosociálních faktorů je u každého pacienta jiný, a tudíž u každého z nich je jiný i vývoj a průběh samotné nemoci. Biologické faktory vytvářejí jakousi vnitřní dispozici pro vznik schizofrenního onemocnění. Tato dispozice má charakter nadměrné citlivosti (hypersenzitivity), v jejímž důsledku je člověk zranitelnější (vulnerabilita).

Při schizofrenii dochází v mozku k nerovnoměrnému rozložení neurotransmiterů (především dopaminu a serotoninu), které slouží k přenosu informací v mozku. Nerovnoměrné rozložení neurotransmiterů je možné normalizovat pomocí antipsychotik.

Základní příznaky onemocnění:

Pozitivní příznaky, které označují projevy ve smyslu „plus“, tedy něčeho, co normální psychika nemá.

- Poruchy myšlení – bludy. Bludné přesvědčení nelze nemocnému člověku vymluvit předložením jakýchkoliv racionálních argumentů. Ostatní tato přesvědčení nesdílejí, nechápou, ale pro nemocného jsou realitou, i když jsou doklady, že to nemůže být pravda.
- Bludy mohou mít různý obsah a úroveň organizace (megalomanické, extrapotenční, religiózní, autoakuzачní, perzekuční, vztahovačné, emulgační, ohraničené či systemizované atd.).
- Poruchy vnímání – halucinace jsou produktem zkresleného vnímání okolní reality. Člověk vidí, slyší nebo cítí věci, které nevidí, neslyší a necítí nikdo jiný. Například slyší hlasy vně nebo uvnitř hlavy (hlasy například komentují jeho chování, nabádají ho k nějakým činům, kritizují, urážejí, nadávají a podobně).
- Produktivní katatonní symptomatika (echomatismy, stereotypie, manýrování, bizarní projevy, impulzy a raptly).

Negativní příznaky, které označují ochuzení psychických funkcí a projevů v chování a prožívání – „minus“ příznaky.

- Apatie, ochuzené prožívání vlastního života, nedostatek energie a emocí, nechuť k sociálním kontaktům, ztráta schopnosti se radovat, hypobulie, zanedbává se, nestará se o sebe ani o okolí.
- Kognitivní příznaky – zhoršená pozornost, paměť a schopnost učení se novým věcem, narušeny jsou i tzv. řídicí funkce. Nemocný člověk má sníženou schopnost rozpoznávání podstatných informací a jejich odlišení od nepodstatných.
- Depresivní příznaky – pocity méněcennosti, smutek, pocity beznaděje, sebevýčitky, myšlenky na sebevraždu.
- Neproduktivní katatonní příznaky (negativismus, stupor, nástavy, katalepsie).

PÉČE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉHO ČLOVĚKA

V této kapitole bychom chtěli poskytnout krátké shrnutí některých důležitých informací, které by praktickému lékaři mohly být užitečné při orientačním posouzení psychického stavu svých pacientů.

Pokud jde o pacienta, který se již dlouhodobě léčí a navštěvuje psychiatrickou ambulanci či byl hospitalizován, obvykle má lékař dostatek informací o jeho stavu, pacienta zná a je snáze schopen zachytit příznaky zhoršování choroby.

Velmi důležitou roli má praktický lékař při záchytu nových onemocnění, kdy často není jednoduché určit, o jaký druh psychického problému se jedná.

Doporučujeme zvláštní zřetel věnovat pacientům, které **praktický lékař přebírá do péče od dětských a dorostových lékařů**. Adolescence je období, kdy vznikají nebo se naplno projevují psychické poruchy a kdy je člověk psychicky obzvláště zranitelný.

V tomto ohledu upozorňujeme nejen na schizofrenii a další psychózy (především komplikace způsobené užíváním psychoaktivních látek), ale třeba i na poruchy příjmu potravy, závislosti a fixující se úzkostné poruchy.

V následujícím textu nabízíme stručný přehled, jak se orientovat v psychickém stavu pacienta, kam ukazují jeho projevy, co neopomenout a na co se zeptat.

Diagnostická kritéria psychotické symptomatologie zde podrobněji popisovat nebudeme, jsou součástí manuálu Duševní poruchy a poruchy chování Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize pod kódem F2, ale upozorníme na některé důležité aspekty.

DIAGNOSTIKA

Co je důležité při hodnocení psychického stavu pacienta.

- 1. Čas:** je třeba si uvědomit, že bez dostatečného časového prostoru nemáme možnost dobře se orientovat v pacientově psychickém stavu.
- 2. Dostatek komunikace:** nejen se dobře ptát, ale také aktivně naslouchat.

Při komunikaci s pacientem mohou nastat tyto interpersonální situace:

- pacient sám aktivně hovoří o svých psychických problémech;
- pacient příliš nekomunikuje, má problémy s formulací myšlenek a s odpověďmi na základní otázky;

- pacient projevuje zvláštní, neobvyklé chování, hovoří pro nás nesrozumitelně, je obtížné chápat jeho myšlenkové pochody a vývody, přeskakuje na různá témata, může grimasovat či ritualizovat své chování;
- pacient je v projevu nějakým způsobem naléhavý, má různé požadavky, nelze vést dialogickou komunikaci, projevuje hostilitu, může být i agresivní.

Pro zjištění psychického stavu není jiné cesty než se ptát. Pokud jsou odpovědi kusé, chudé, nedostatečné, tak se musíme doptávat (ale nevyslýchat!), zjistit či doplnit anamnézu a zhodnotit psychické funkce: vědomí, orientaci, řeč, psychomotoriku, emoce a afektivitu, vnímání, myšlení, přítomnost obsesí, fobie, intelekt, soustředivost, paměť. Pamatujeme i na známky závislosti.

Na co se vždy zeptat:

- Co Vás trápí? Co Vás přivádí: jaké máte potíže či problémy?
- Otázky na orientaci (místem, časem, osobou).
- Jaká je nálada? Zda kolísá? Jestli má pacient z něčeho strach?
- Zda cítí úzkost či napětí – typické: bušení srdce, vyšší tlak, zhoršené dýchání či polykání, napětí ve svalech, bolesti zad, břicha, hlavy, nauzea, mravenčení, křeče...
- Pocity vzteku či beznaděje?
- Zda se stále vrací některé myšlenky, starosti, obavy? Zda na ně reaguje nějakým opakovaným jednáním?
- Myšlenky na smrt? Eventuálně chystání vlastní smrti?
- Pocity ohrožení, pronásledování?
- Slyšíte hlasy? Vidíte, co jiní nevidí?
- Zda se zhoršila paměť? Jaká je pozornost? Zda hledá věci?
- Stres. Zda prožívá složité životní období? Jak na zátěž reaguje?
- Alkohol? Návykové látky? Benzodiazepiny, analgetika, léky na spaní?

Shrnutí typické symptomatologie u psychózy:

Typický pacient je bez náhledu, často bývá naléhavý, na první pohled to, co prezentuje pacient, může i lékař považovat za skutečnosti (pokud se nejedná o zjevně bizarní konstrukce).

Je přítomna porucha myšlení, popřípadě i vnímání.

Slyší, vidí něco zvláštního, něco cítí, může mít zvláštní tělesné prožitky.

Ohrožuje ho něco? Sleduje ho někdo? Chce mu někdo uškodit? Všímají si ho ostatní více? Ovlivňuje ho někdo? Vkládá mu myšlenky nebo je čte? Má nějaké zvláštní schopnosti?

Při akutním průběhu:

jsou velmi pestré a nápadné halucinace, nápadné, bouřlivé chování založené na nějakém bludném přesvědčení, pacient má narušený kontakt s realitou. Většinou je takový stav nutný řešit hospitalizací, často ve spolupráci se RZP a PČR.

Pozvolný rozvoj onemocnění:

není tak zjevné patologické chování, myšlení a prožívání, bývá problém tyto symptomy dostatečně rozpoznat, může se rozvíjet pozvolná sociální izolace (od vyhýbání se lidem, úřadům, přes zabarikádování v bytě), pacient ale také může vyhledávat pomoc úřadů například policie, může si stěžovat, psát na různá místa. Motivací často bývá pocit ohrožení, hledá obranu „proti nepřátelům či pronásledování“, podniká „opatření“ proti halucinacím – zhotovuje ochranné pomůcky proti záření či ovlivňování, může „rušit“ rádio, TV, mobil, PC.

Někdy může psychotický proces probíhat roky, pokud je pacient ve svých projevech nekonfliktní nebo žije sám.

Včasné rozpoznání nemoci a zahájení léčby zvyšuje naději na zlepšení pacientovy situace, pokud je psychóza neléčena, hrozí naopak nevratné poškození psychiky a chronický průběh onemocnění.

Stanovení pracovního závěru

Než si ujasníme, kterým směrem vedeme diagnostickou rozvahu, je dobré si položit následující otázky:

Jedná se skutečně o psychiatrický problém?

Je nutná léčba? A jak rychle?

Komentář: stejně jako u pacientů, kteří přicházejí se somatickými problémy, musíme myslet na souvislosti s duševní poruchou (neurózy, poruchy nálady, poruchy osobnosti), tak i u duševně nemocných myslíme na problémy somatické. Praxe ukazuje, že somatičtí lékaři mají sklon k psychiatrizaci chování a jednání například u chronicky nemocných pacientů s psychózou, či somatické problémy přičítají pouze vedlejším účinkům léku.

Množství psychických (ale i tělesných) problémů souvisí často se situací, ve které se pacient nachází. Příčinou bývá spíše celá řada vnějších příčin počínaje akutním či chronickým stresem a konče vlastními adaptačními problémy. Ne vždy je pro pacienta prospěšné fixovat jeho problémy v somatické či psychiatrické diagnóze a následné léčbě, je třeba vnímat i další možnosti léčby v rámci jiných terapeutických postupů (například psychoterapie).

Jaký typ psychických problémů by mohl praktický lékař zvládnout sám?

- nekomplikovaný zármutek
- reaktivní stavy
- mírné neurotické (úzkostné) potíže
- lehká nekomplikovaná deprese
- stabilizační léčba u léčeného psychotického pacienta

Koho vždy poslat psychiatrovi?

- pacient je nebezpečný sobě či okolí pod vlivem duševního onemocnění
- pacient má akutní psychotické příznaky
- podezření na riziko sebevraždy

Koho léčíme ve spolupráci?

- úzkostné poruchy
- je-li diferenciací diagnostická nejistota
- pacienty se závažnou duševní poruchou

Komunitní služby pro duševně nemocné

Moderní psychiatrie nemůže fungovat bez návazné péče. Zcela běžné jsou dnes sociální služby poskytované lidem s duševním onemocněním.

Pracovníci služeb nejčastěji působí jako koordinátoři a průvodci pacientovým životem, mohou tedy také zároveň pomáhat i praktickému lékaři při léčbě komplikovanějších psychiatrických pacientů. Lékař se na pracovníky služeb může obracet přímo či přes pacienty a lze domluvit individuálně nastavenou spolupráci.

Komunitní služby poskytují podporu v oblasti sociálního poradenství a začleňují se do systému psychiatrické rehabilitace. Terénní pracovníci pomáhají psychiatricky nemocným v jejich domácím prostředí, doprovázejí a podporují v různých sociálních situacích (doprovod k lékaři, na vyšetření, na úřad, pomoc s řešením bytové či finanční situace a další druhy dopomoci).

SEKUNDÁRNÍ PREVENCE

Ambulance praktického lékaře je místo, kde je možné s úspěchem aplikovat sekundární prevenci duševních onemocnění jednak v oblasti aktivního vyhledávání osob s počínajícím duševním onemocněním a také v oblasti prevence relapsu – navrácení onemocnění.

Moderní léčba psychóz vede k tomu, že u většiny osob dojde po akutní léčbě k odeznění halucinací, bludů a dalších příznaků. Následuje stadium tzv. stabilizace (6–12 měsíců po odeznění akutní fáze).

U 85 % pacientů ke stabilizaci dochází do 6 měsíců, u 60 % se významné zlepšení dostavuje dokonce již do 4 až 6 týdnů.

Ve stadiu stabilizace a nastupující remise je člověk bez větších potíží, postupně se navrácí do původního života a psychotická epizoda se často stává skutečně jen „epizodou“, na kterou jako by najednou bylo možná nejlépe co nejrychleji zapomenout. Prožití psychotické nebo schizofrenní epizody je spojeno s řadou nepříjemností. Ačkoli je potřeba co nejrychleji zapomenout na prodělané potíže pochopitelná, často právě v tomto období dochází k závažným chybám, které mohou mít vliv na celý další průběh nemoci a života pacienta všeobecně.

Stadium stabilizace a remise však může být drasticky přerušeno relapsem.

Relaps

U psychóz je riziko relapsu samo o sobě vysoké. Pokud pacient neužívá preventivně léky, postihne nové vzplanutí nemoci během prvního roku přibližně 75 % pacientů. Riziko relapsu je vyšší zejména při snižování dávky či vysazování léků.

Léky sníží riziko relapsu na 10 až 15 % a při pozorném sledování stavu pacienta se mu lze téměř vyhnout. Pokud se tedy preventivní léčba přeruší příliš brzy, prodělá relaps téměř každý pacient.

Je proto nesmírně důležité pokračovat v léčbě dlouhodobě, i když nejsou přítomny žádné příznaky.

U pacientů, kteří prodělali první epizodu psychózy, se doporučuje užívat antipsychotické léky po dobu 1 až 2 let, po prodělané druhé epizodě se doba prodlužuje na 2–5 let, a pokud pacient prodělal tři a více epizod, je vhodné léky užívat dlouhodobě, často trvale.

Mezi *nejrizikovější faktory*, které mohou být příčinou eventuálního relapsu, patří:

- snížení nebo vysazení medikace;
- stres;
- užívání alkoholu a drog;
- silně vyjadřované emoce v rodině;
- samota, nedostatek podpory ze strany rodiny, přátel;
- špatná spolupráce s lékařem;
- nejasné mezilidské vztahy;
- chaotický životní styl;
- ztráta zaměstnání nebo opuštění školy;
- konfliktní mezilidské vztahy;
- prázdný a nenaplněný volný čas.

Oblasti, které v ordinaci sledujeme častěji, jsou kvalita spánku, užívání léků či abusus alkoholu.

Pokud ale vzniká podezření, že může k relapsu dojít, pak je dobré věnovat více pozornosti i otázkám kolem interpersonálních vztahů, životního stylu, změn v sebeprožívání, chování a v celkovém vztahu k okolí.

Faktory, které působí pozitivně a podporují zotavení:

- stabilní životní situace;
- přátelství a pevné sociální zakotvení v nějaké skupině lidí (vím, kam patřím);
- bezpečné a strukturované prostředí;
- blízkost někoho, s kým je možné hovořit o zážitcích a pocitech;

- vědomí účelnosti nebo směru vlastního života;
- koníčky;
- příležitosti k zaměstnání;
- možnost zábavy a rozptýlení;
- porozumění ostatních tomu, co se stalo;
- dobrá fyzická kondice;
- medikamentózní léčba bez výrazných nežádoucích účinků;
- realistické očekávání a střízlivé naděje do budoucna;
- pravidelnost, denní řád, životospráva.

Lze říci, že tyto faktory jsou obecně stabilizující pro každého člověka a lékař může nemocného motivovat se těmito oblastmi zabývat.

Především je důležitá jasnost, přehlednost a strukturovanost života. Nejasnost, nestrukturovanost a prázdnota života mohou psychický stav výrazně zhoršovat. V období jednoho až tří let od poslední psychotické epizody jsou rovněž rizikové všechny výraznější změny ve způsobu života.

VAROVNÉ PŘÍZNAKY

Na počínající relaps mohou včas upozornit varovné příznaky. Jejich včasné rozeznání a rychlé protipatření pak mohou hrozícímu relapsu zabránit a je také možné včas zahájit nebo upravit terapii a k úplnému relapsu nemusí již dojít. Včasné rozpoznání varovných příznaků tak zkrátí nutnou léčbu a většínou vede k tomu, že ani není nutná hospitalizace v nemocnici.

V tomto ohledu je pro praktického lékaře klíčová dobrá a kvalitní spolupráce s psychiatrem. Je nutné pacienta dostatečně podpořit a motivovat k návštěvě specialisty, který pak může včas upravit medikaci či podniknout další intervence.

Nejčastější varovné příznaky

- bezdůvodný pocit nepohody, napětí či nervozity
- nadměrné vzrušení, předrážděnost a popudlivost (je těžké „vyjít“)
- nesoustředivost

- problémy s jídlem
- zhoršená spolupráce v léčbě
- nespavost, ale někdy také příliš mnoho spánku
- uzavírání se do sebe a sociální stažení
- pocit vnitřního neklidu
- zhoršení schopnosti soustředit se
- smutek a deprese
- úzkost
- podivnosti v chování
- pocit, že druzí o vás hovoří nebo si vás nadměrně všimají
- pocit, že si druzí z vás dělají legraci, zesměšňují vás
- slyšení hlasů, zrakové přeludy
- pocit, že v televizi, rozhlasu, novinách jsou náznaky, které se vás týkají
- pocit smutku, beznaděje, ztráty zájmu
- snížený zájem o kontakt s přáteli
- ztráta chuti k jídlu
- zhoršení paměti, nadměrná roztržitost
- pocit neschopnosti
- nadměrná váhavost týkající se i banalit
- neobvyklé zaujetí jen jednou nebo dvěma věcmi
- nadměrné zaujetí abstraktními náboženskými tématy nebo filosofií, posmrtným životem, esoterikou apod.

Někteří lidé mají své vlastní, zcela *typické rysy chování, které ohlašují blízký relaps; může to být například:*

- oblékání se výhradně do černého;
- čtení určitého druhu literatury, např. náboženské, mystické nebo „duchovní“;
- nakupování nepotřebných věcí, např. množství loterijních losů;
- speciální zastřížení vlasů;
- návštěvy určitých míst (hřbitovy, kostely, nádraží apod.).

CO DĚLAT PŘI RELAPSU

K relapsu může dojít z mnoha důvodů, některé jsou převážně na straně pacienta (vysazení medikace), některé jsou souhrou různých příčin a okolností, které mají často komplexní charakter (jedná se o kombinaci zvýšené vulnerability, akutní či chronické zátěže, narušených interpersonálních vztahů apod.)

Bohužel i přes dobrou spolupráci pacienta a užívání předepsané medikace se relaps může objevit.

Pro lékaře i pacienta je proto důležité, zda je zhoršení stavu v počáteční fázi, či zda se již jedná o rozvinutí psychotického onemocnění.

Od toho se odvíjí kvalita vzájemné komunikace a možnosti intervence.

Pokud **má pacient zachován náhled nemoci** a je schopen vnímat varovné příznaky a spojit je s počínajícím onemocněním, pak můžeme doporučit tento postup:

- sám pacient nebo po domluvě praktický lékař uvědomí o zhoršení co nejdříve ošetřujícího lékaře a požaduje hodnocení duševního stavu a úroveň medikace;
- důrazně doporučíme, aby pacient nepřerušoval pokračující léčebný psychiatrický program;
- pomůžeme pacientovi identifikovat významné stresory prostředí a zmírnit je;
- navrhneme pacientovi rozumně minimalizovat jakoukoli změnu režimu všedního dne (zachovat stabilitu);
- navrhneme zrušení všech rizikových činností (stěhování, nástup do nové práce, „řešení“ nějakých zásadních problémů ve vztazích s druhými lidmi);
- pacient by měl zachovat nejdůležitější aspekty nejbezpečnějšího životního stylu, zejména klidné, bezpečné a maximálně předvídatelné prostředí;
- podpořit pacienta v tom, aby prodiskutoval svou situaci s těmi, kterým věří, a zeptat se jich, jak ji vidí oni;
- pacient by se měl pokusit důvěřovat názoru těch lidí, kterým věří.

Pokud je dobrá spolupráce s rodinou, pak je dobré ji po domluvě s pacientem informovat i o intervencích, na kterých jsme se s pacientem domluvili a podpořit rodinu ve vzájemné spolupráci.

V případě, že se již plně rozvinulo onemocnění s řadou symptomů, převážně pozitivních, a pacient ztrácí či ztratil kontakt s realitou, pak přistupujeme k situaci jako krizové a pokusíme se provést základní intervence.

Známe-li pacienta a víme o jeho psychických problémech, je orientace v jeho situaci snadnější. Můžeme také odhadnout jeho reakce a přizpůsobit tomu i náš komunikační styl. Pokud pacienta neznáme, je situace obtížnější a naše postoje defenzivnější.

Zhodnotíme základní parametry ztráty kontaktu s realitou a podle toho postupujeme:

- míra náhledu na vlastní psychický stav a aktuální životní situaci;
- míra psychopatologie – poruchy myšlení a vnímání. Pacient může vyjadřovat různá myšlenková a emoční schémata bludné povahy (paranoidní přesvědčení, extrapotenční prožitky a podobně). Argumentuje halucinatorní zkušeností (co mu říkají hlasy, jak vnímá realitu);
- nápadné chování a jednání – naslouchací postoje, přílišná staženost, nemluvnost, ostražitost, úzkostnost, nebo naopak expanzivnost, mnohomluvnost, familiárnost, zcela nepřiměřené postoje a reakce;
- vzhled – neupravenost, zanedbanost či nějaké nestandardní až bizarní projevy v oblékání či úpravě tváře, vlasů apod.

Podle míry zachování kvality kontaktu se snažíme přiměřenými komunikačními prostředky poskytnout pacientovi zpětnou vazbu o zhoršení duševního stavu a motivovat ho k léčbě.

Pokud pacient reaguje odmítavě, bagatelizuje svůj stav nebo se snaží plně prezentovat patologické chování a prožívání, je pak konstruktivní komunikace značně obtížná a strategie zvládnutí vede spíše k deeskalaci a uklidnění.

Pokud se pacient začne projevat agresivně (verbálně, či brachiálně), pak je to důvod k nedobrovolné hospitalizaci. Agrese může být namířena přímo proti lékaři, ale pacient může agresi směřovat i na rodinné příslušníky, jiné osoby či instituce (vyhrožování, příprava nějakého násilného aktu), tak i proti sobě.

Co je dobré si uvědomit v takové situaci

O pacientovi:

- pacient vnímá realitu podstatně zkresleným způsobem;

- tento stav pro něho představuje vysokou míru utrpení;
- bývá významně omezen v běžných denních činnostech;
- vyžaduje odbornou psychiatrickou péči.

O lékaři:

- i lékař může prožívat situaci jako ohrožující a nepřehlednou;
- může prožívat úzkost a strach;
- nemusí si vždy vědět rady.

Základní pravidla v komunikaci s psychotickým pacientem

- nevyvracíme, ale ani nepotvrzujeme pacientovi jeho bludy
- snažíme se realisticky odhadnout situaci
- komunikujeme s ním v bezpečném prostoru
- situaci co nejvíce strukturujeme, činíme pouze jednoduché úkony
- redukuje rušivé podněty z okolí
- pamatujeme na eventuelní riziko agrese, kterou pacient může obrátit nejen proti nám, ale i proti sobě

SPOLUPRÁCE S AMBULANTNÍMI PSYCHIATRY

Interdisciplinární spolupráce je jedním ze základních úspěchů komplexní léčby. Praktický lékař má v péči řadu pacientů, kteří pravidelně dochází k ambulantním specialistům. Standardem je vzájemná výměna informací o aktuálním stavu pacienta a o průběhu jeho léčby.

Praktický lékař často zná i ostatní rodinné příslušníky nemocného, kterého léčil již v období před propuknutím nemoci. Z tohoto důvodu k němu může mít jak nemocný, tak jeho rodina větší důvěru. Navíc nemusí sami bez přípravy překonávat bariéru, spočívající v navazování nového vztahu – lékař (psychiatr) a pacient – za tak vypjatých a pro nemocného dramatických podmínek, které jsou umocňovány i tím, že psychiatrie je stigmatizovaný obor, z kterého mají lidé strach. Přestože problematika rozvoje schizofrenního onemocnění patří především do ambulance psychiatra, může praktik v procesu začátku léčby představovat důležitý mezičlánek. K tomu je nutné, aby byl v oboru psychických poruch, jejich psychopatologie a léčby patřičně vzdělán. Předpokládáme,

že podaří-li se kvalitní spolupráce mezi praktickými lékaři a psychiatry, může být výsledná léčba kvalitnější a efektivnější.

V čem může úloha praktického lékaře spočívat:

- včasné rozpoznání prodromálních či časných psychotických příznaků, zprostředkování kontaktu s psychiatrickou nemocnicí, nejlépe na některém z pracovišť pro komplexní terapii těchto poruch. V jasných a indikovaných případech (manifestní psychóza) i třeba zahájení základní farmakoterapie, není-li psychiatrická péče rychle dostupná;
- přehled o průběhu psychiatrické léčby, pokud je to nutné, spolupracuje při laboratorních vyšetřeních a podávání depotních preparátů, probíhá vzájemná komunikace praktika a psychiatra;
- schopnost intervenovat v krizi (např. incipientní relaps), kdy psychiatrická péče není pohotově dostupná (farmakoterapie, indikace k hospitalizaci, zprostředkování včasného poskytnutí psychiatrické péče apod.).

ZÁVĚR

Praktický lékař zastává zásadní roli v akutní fázi onemocnění a to především v záchytu prvního onemocnění, kdy se sami pacienti nebo rodinní příslušníci na praktického lékaře obrátí pro pomoc.

Také při prevenci relapsu může praktický lékař hrát významnou roli, protože zná pacientovy projevy ve fázi hrozícího relapsu a může být prvním, kdo zachytí tyto projevy a zařídí potřebnou péči.

Praktičtí lékaři mají bohužel omezenou preskripci psychofarmak, zejména v oblasti antipsychotik.*

Nemocného však mohou motivovat k léčbě a odeslat k psychiatrovi či v této fázi využít existujících terénních komunitních služeb a o spolupráci požádat terénního pracovníka.

Lidé s psychózou nejsou v ordinacích praktických lékařů častými pacienty. Ale i přes nevelké množství znamenají pro lékaře poměrně velkou zátěž, a to zejména pro nároky na komplexní přístup (kontakt se specialistou, pracovní neschopnosti v době rehabilitace, medikace, práce s rodinou atd.) a pro nesnadnou komunikaci s pacienty.

Psychiatři pacienti mají statisticky častější somatické komorbidity, které je třeba léčit a provádět pravidelné kontroly. I v tomto ohledu je často spolupráce

problematická, vznikají komunikační problémy, pacient nedodrží léčebný režim, nedochází pravidelně na kontroly. Některé zdravotní problémy mohou souviset také s životním stylem, omezenými schopnostmi a dovednostmi pacientů. Může hrozit zanedbání léčby tělesných problémů, ale také vznik obtíží spojených s nedostatečnou hygienou a výživou. To platí především pro dlouhodobě duševně nemocné.

Praktickým lékařům při jejich práci může v této oblasti efektivně pomáhat stále více se rozvíjející sociální a zdravotní terénní služba, která zabezpečí také doprovod k plánované kontrole, či k indikovanému vyšetření u specialisty.

Stává se, že lékař má tendenci pacientovy tělesné stesky připisovat duševnímu onemocnění či nežádoucím účinkům léků. V tomto ohledu nabádáme k obezřetnosti a snaze nebagatelizovat pacientovo subjektivní vyjádření bolesti, problému nebo postoje k vlastnímu stavu a potíže důsledně identifikovat.

Problematika těžce duševně nemocných se však netýká pouze zdravotní oblasti, ale zasahuje do oblasti zdravotně právní. Jedná se především o hospitalizaci bez souhlasu nemocného, způsobilost k právním úkonům, úkony v souvislosti s posuzováním pracovní schopnosti a invalidizace, způsobilosti k řízení motorových vozidel či držení zbraně.

V této souvislosti je důležitá spolupráce s psychiatrem a častá odborná konzultační činnost.

V současné době je, především u dlouhodobě duševně nemocných, preferována komplexní léčba obsahující principy psychiatrické rehabilitace.

Péče je interdisciplinární, což klade nároky i na vzájemnou komunikaci praktického lékaře s dalšími specialisty a organizacemi, které poskytují komunitní péči. Pro praktického lékaře je důležité, aby měl aktuální přehled o dalších možnostech komplexní léčby a mohl ji pacientovi doporučit.

Ambulance praktického lékaře je vhodným místem pro preventivní péči u pacientů s duševní poruchou. Lékař informuje o dodržování zásad zdravého životního stylu, životosprávy, denního režimu a v neposlední řadě systematicky upozorňuje na rizikové faktory, které vedou k relapsu duševního onemocnění. Jedná se především o užívání alkoholu a dalších psychoaktivních látek, vhodné je se zabývat i kouřením, ale to je pro řadu, hlavně dlouhodobě nemocných pacientů, těžko řešitelný problém.

Poznámky:

*DOPORUČENÉ POSTUPY PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE Reg. č. o/038/285, Akutní psychotická epizoda.
Autor: Prof. MUDr. Jan Libiger, CSc. (<http://www.cls.cz/seznam-doporucenych-postupu>)

Poznámky: