

PREVENCE

V
KONTEXTU
KLINICKÉ
PSYCHOLOGIE

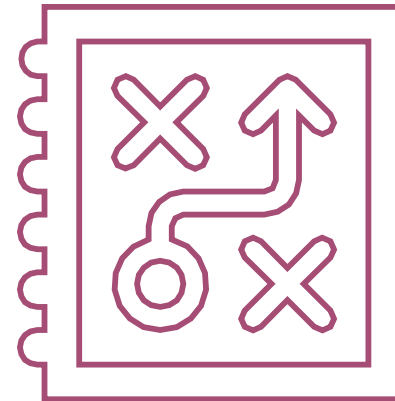




KLINICKÁ PSYCHOLOGIE

KLINICKO-PSYCHOLOGICKÉ MYŠLENÍ

KLINIČTÍ PSYCHOLOGOVÉ



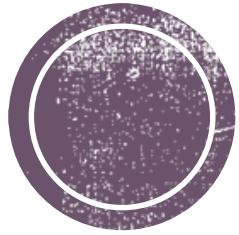
Rámeec klinicko-psychologických úvah o člověku tvoří VÝVOJ ZDRAVÍ I NEMOCI

Nejvýznamnější změnou prochází:

- 1) pohled na (duševní) zdraví a nemoc
- 2) způsoby, jak (duševní) zdraví a nemoc poznat a porozumět jim

AD 1) některé jevy, které byly dříve považovány za patologické, bývají často vnímány jako projev duševní proměny a růstu

AD 2) v PSDG se orientace na zjišťování nemoci (patologie) a oslabených funkcí přesouvá směrem k mapování zdrojů a potenciálu jedince



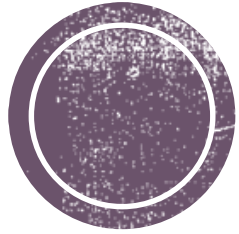
Objevuje se trend ke zvýšení kvality a účinnosti klinicko-psychologické pomoci

Vznik duševního onemocnění je chápán v kontextu biologických i sociálních příčin



Současné paradigma pomáhajících oborů je rámováno sociálně-ekologickým pohledem

Pozornost je věnována kritériím klinické významnosti (hodnotám empiricky nejlépe předpovídajícím správnost diagnózy)



VÝZNAM PREVENCE DUŠEVNÍCH ONEMOCNĚNÍ?



PREVENCE V KONTEXTU PODPORY ZDRAVÍ (psychologie zdraví)

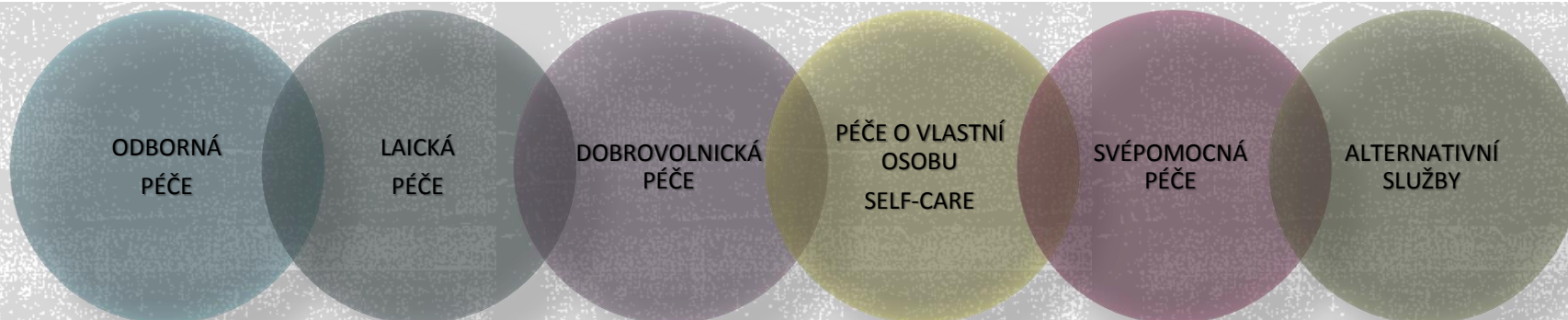
TŘI ROVINY PREVENCE:

- 1) **primární** (obecná, nespecifická)
- 2) **sekundární**
- 3) **terciární**



- 4) **výběrová* – zaměřuje se na jedince s projevujícími se známkami poruchy
- 5) **indikovaná* – zde se uplatňují speciální léčebně-rehabilitační postupy

* (Kondáš, 2002)





PREVENCE X PROFYLAXE ???

PROFYLAXE je podmnožinou prevence, pomocí léčebných prostředků chrání před určitou nemocí, která by mohla nastat

1) PRIMÁRNÍ PREVENCE A PODPORA ZDRAVÍ

Primární prevence je zaměřena proti vzniku nemoci a zahrnuje takové postupy a činnosti, které snižují pravděpodobnost vzniku onemocnění.

Jedná se o snahu snížit incidenci nových případů duševního onemocnění v populaci, a to nejčastěji prostřednictvím posílení schopnosti čelit stresu a důsledkům zátěžových situací.



Primární prevenci je možné dále dělit např. na:

- ochranu zdraví (health protection) – *požívání návykových látek, používání bezp. prvků*
- podporu zdraví (health promotion) – *výživa, cvičení, zvládání stresu (psychologie zdraví)*
- zlepšování zdraví (health enhancement)



PODPORA ZDRAVÍ → ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST



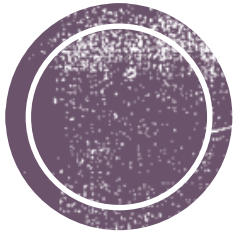
Posilování a podpora zdraví je **proces**, který umožňuje lidem více ovládat a zlepšovat vlastní zdraví.

Kvalita života nemocných je dána nejenom klinickým obrazem choroby, ale i souborem pocitů, kterými pacient na svou nemoc reaguje.

S prožíváním nemoci souvisí i ochota pacienta spolupracovat s lékařem při léčbě tzv. **compliance**.

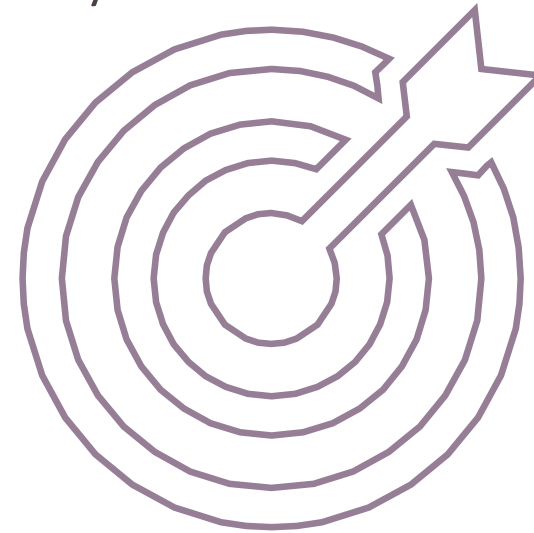
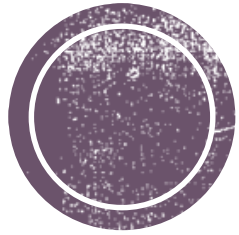
PODPORA ZDRAVÍ V CELOSPOLEČENSKÉM KONTEXTU

- vytváření adekvátních podmínek v rámci zdravotní politiky
- zavádění nových trendů ve zdravotnických službách
- vytváření příznivého životního prostředí
- zvyšování společenské angažovanosti v dané oblasti
- rozvoj příslušných schopností na individuální úrovni



POSTUPY UPLATŇOVANÉ STÁTEM NA ÚROVNI PRIMÁRNÍ PREVENCE

- **osvětová činnost** – dobrovolné x (nedobrovolné) vystavování se škodlivým vlivům
- **obohacování potravin** a potravinové doplňky
- **očkování**
- **cílené ovlivňování chování**
 - orientace na zdravý životní styl
 - osnovy zdravotní výchovy (peer prog.)
 - podpora zdraví na pracovištích



ROLE KLINICKÉHO PSYCHOLOGA V PRIMÁRNÍ PREVENCI

Kliničtí psychologové se v rámci primární prevence zabývají **salutogenetickými** a **salutoprotektivními** faktory na úrovni:



- **tvůrců zdravotní politiky**
- **teoretiků** participujících na funkční strategii osvětových modelů (NÚDZ)
- **praktiků**, kteří vedou jedince i skupiny k posílení vnitřních zdrojů, sebeúcty a schopnosti zvládat stres a jeho důsledky (NÚDZ)

2) SEKUNDÁRNÍ PREVENCE

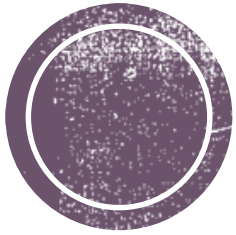
Usiluje o zabránění dalšímu rozvoji již vzniklé nemoci.

V oblasti duševních (i tělesných) poruch je jejím cílem:

- **provést včasnou diagnózu** (diagnostika: *vyhledávání, prosívání, vyšetření...*)
- **nasadit rychlou a účinnou léčbu** (terapie: *kauzální, symptomatická, paliativní...*)
- **podpořit a zkvalitnit klientovo zapojení/fungování** v běžném životě

CÍLENÁ I PODPŮRNÁ PSYCHOTERAPIE obvykle podporují psychofarmakologickou léčbu

TRADIČNÍ (KONZERVATIVNÍ) X ALTERNATIVNÍ PŘÍSTUPY K LÉČBĚ

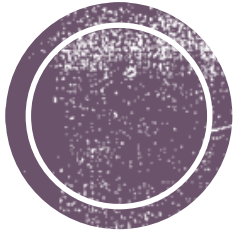


POSTUPY UPLATŇOVANÉ NA ÚROVNI SEKUNDÁRNÍ PREVENCE

1) včasná diagnóza (*screening/prosívání; vyhledávání/depistáž*)

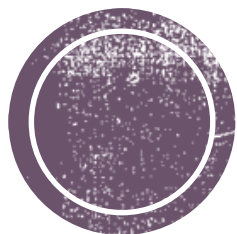
- prenatální
- genetický
- onkologický
- kardiovaskulární

! Poměr přínosu x rizika, vhodná doba...



2) rychlá a účinná léčba

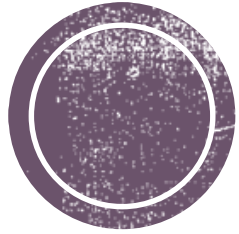
- nové poznatky
- mezioborová systematická léčba
- léčba orientovaná na pacienta – individualizovaná léčba
- zaměření na pacientovu spokojenost a kvalitu života
- režimová doporučení
- medikamentózní doporučení



3) podpořit a zkvalitnit pacientovo zapojení/fungování v běžném životě

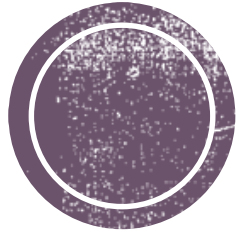
- programy zaměřené na integraci

ROLE KLINICKÉHO PSYCHOLOGA V SEKUNDÁRNÍ PREVENCÍ



- výzkum
- vztah pacient - lékař
- podpora komunikace mezi lékaři a dalším zdravotnickým personálem, nebo dobrovolníky, podpora komunikace se členy rodiny
- supervize
- diagnostická a terapeutická práce s jedinci i skupinami osob
- účast v mezioborových odborných týmech

METODY PRÁCE KLINICKÉHO PSYCHOLOGA



- krizová opatření
- režimová opatření
- poradenství
- nácvik (relaxace, dýchání...)
- terapie (kauzální, symptomatologická, ergoterapie, muzikoterapie, atreterapie...) – zvládání bolesti a emocí, přijetí změn ve vzhledu, možnostech a dovednostech...
- doprovázení...

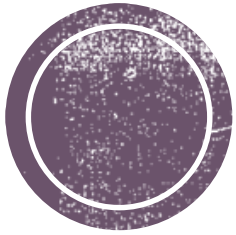
3) TERCIÁRNÍ PREVENCE

Orientuje se na **zmírnění následků** nemoci/postižení, nebo těžkých životních událostí a usiluje o **návrat člověka do běžného života**.

! Čím lepší výsledky přinese sekundární prevence, tím snáze se s klientem pracuje na úrovni prevence terciární...

K nejtěžším projevům psychického onemocnění patří narušení sociální role a životního vývoje jedince. Proto je v této oblasti prevence kladen důraz zejména na:

- **resocializaci**
- **podporu a ochranu sociálních rolí**
- **minimalizaci iatrogenního sociálního poškození** (*hospitalizace a další omezení*).



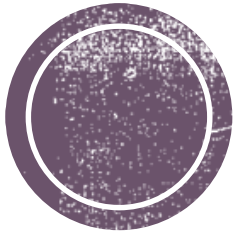
Terciální prevence se zaměřuje na jedince, kteří:



- **prošli nepříznivou životní událostí (často traumatického charakteru)**
- **trpí chronickou tělesnou nemocí, duševní poruchou, nebo trvalým tělesným, či smyslovým postižením**
- **jsou ohroženi vyloučením ze společnosti**

POSTUPY UPLATŇOVANÉ NA ÚROVNI TERCIÁRNÍ PREVENCE

- plošné x výběrové nabízení služeb znevýhodněným skupinám na úrovni státní pomoci
- prevence sociálního vyloučení
- zpřístupňování (*vzdělání, pracovního uplatnění, kulturního a sportovního vyžití...*)
- vyrovnávání příležitostí (*seberealizace, společenské uplatnění...*)



S ohledem na:

- právo volby
- důstojnost klienta
- soukromí a přirozené prostředí klienta
- nezávislost klienta na službě (*vedoucí k soběstačnosti prostřednictvím zplnomocnění*)

SLUŽBY V OBLASTI TERCIÁRNÍ PREVENCE



- přechodné (*doléčovací péče, návazná péče – chráněné bydlení, stacionáře...*)
 - chráněné/podporované (*chráněné dílny...*)
 - zácvičné (*resocializační, rehabilitační, reedukační pobyty...*)
- X
- trvale poskytované (*domácí péče, podporované zaměstnávání, podporované bydlení...*)

ROLE KLINICKÉHO PSYCHOLOGA V TERCIÁRNÍ PREVENCI

- resocializace
- rehabilitace
- reedukace



Duševní hygiena (adaptace, sebevýchova, zrání osobnosti, diagnostika duševního zdraví, duševní rovnováha jako podpora zdraví...)

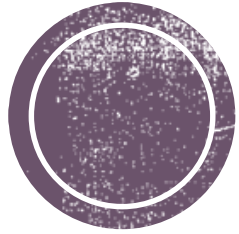
Specifická kategorie klientů – osoby umístěné v ústavních zařízeních

MKN definuje **postižení** (disablement) termínem, který zahrnuje:



- **poškození** (impairment) – jakákoliv ztráta, nebo abnormalita psychické, fyziologické, nebo anatomické struktury, nebo funkce – často bývá vymezováno jako **porucha**
- **zneschopnění** (disability) – v důsledku poškození a ve vyrovnávání se se stavem zdraví je omezena, nebo zcela chybí schopnost jedince vykonávat nějakou činnost takovým způsobem, nebo v takovém rozsahu, jež je v daném sociokulturním prostředí považováno za běžné/normální (*např. poznávání barev, či chůze do schodů atpod.*)
- **znevýhodnění** (handicap) – v důsledku poškození, nebo zneschopnění a ve srovnání se stavem zdraví jedinec nemůže, nebo může pouze omezeně plnit role, které odpovídají jeho věku, pohlaví, sociálním a kulturním zvyklostem (*např. míra znevýhodnění při hledání zaměstnání*)

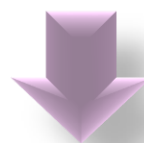
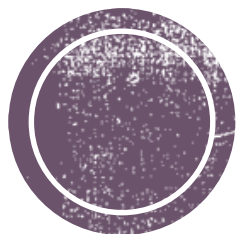
STUPEŇ POSTIŽENÍ se zjišťuje ve 4 oblastech:



- **péče o vlastní osobu** (osobní hygiena, zvyklosti při příjmu potravy, vyřizování soukromých záležitostí...)
- **práce** (ochota k pracovní kázni, kvalita pracovního výkonu, motivace k udržení pracovního zařazení...)
- **rodina a domácnost** (posouzení partnerské, manželské a rodičovské role a zvládání činností v domácnosti...)
- **fungování v širším sociálním kontextu** (sociální dovednosti při životě mezi druhými...)
- **(specifické schopnosti)** – silné stránky posuzovaného jedince

V terciární prevenci obvykle ustupuje akutní zdravotnická péče a zdravotní a psychosociální služby se zaměřují především na **rehabilitaci**

Terciární prevence má zvláštní význam zejména u **onemocnění, která lze léčit, nikoli však vyléčit** (*chronická onemocnění, některé formy SCHF,...*) a u **poruch, které jsou na pomezí nemoci a nevhodného návyku** (*např. závislosti*)



HARM REDUCTION – ZMÍRŇOVÁNÍ ŠKOD

(*bezplatné testy na HIV, výměna injekčních stříkaček...*)

Na úrovni terciární prevence se **sociální podstata nemoci a postižení** projevuje nejvýrazněji.

!!!Důsledky srovnatelných nemocí, úrazů a dalších nepříznivých životních událostí se mohou poměrně výrazně lišit... **???**

Významnou roli zde sehrávají: **vnitřní zdroje jedince a zdroje společnosti**

KAZUISTIKA

KLINICKÉ (PSYCHOSOMATICKÉ) SOUVISLOSTI VZNIKU A ROZVOJE ATOPICKÉ DERMATITIDY

DO STUDIJNÍCH PODPOR JE KAZUISTIKA S OHLEDEM NA VĚK
KLIENTA, RODINNÝ SYSTÉM A GDPR VKLÁDÁNA BEZ VIDEA A
FOTOGRAFIÍ



ATOPICKÁ DERMATITIDA je silně svědivé, většinou chronické zánětlivé kožní onemocnění, převážně dětského věku

Prevalence: asi 5% až 10% všech dětí onemocní alespoň jedenkrát za život atopickým ekzémem

Etiologie: nejasná, významnou roli sehrává hereditární zátěž, často však může být přímo vztažena k předchozí psychologické události nebo osobnostní charakteristice jedince

Etiopatogeneze: multifaktoriální

Průběh nemoci (nezávisle na její etiologii) je významně ovlivňován psychologickými faktory, u jednovaječných dvojčat se průběh onemocnění více než v 50% liší – vrchol 6 let

Příznaky jsou neúměrně intenzivní nebo nepřiměřeně protrahované a manifestují se v kontextu somatického onemocnění



ZVLÁŠTNOSTI PSYCHOSOMATICKÝCH ONEMOCNĚNÍ V DĚTSTVÍ



- vznikají v dětství velice snadno
- jsou globálnější a méně diferencované
- čím je dítě mladší, tím jsou poruchy závažnější a těžší
- mezi počátkem poruchy a její manifestací je více méně dlouhý časový interval
- ekosystémové hledisko je reprezentováno vlastnostmi rodinného systému

Psychosomatické poruchy jsou často výsledkem neodžitých emocí

Pro vznik psychosomatického onemocnění jsou nebezpečnější takové emoce, které jedinec nemůže nebo nesmí projevit a odreagovat. Jedná se především o úzkost, agresi, strach, zármutek...

Pro pacienty s chronickým kožním onemocněním se stává jejich choroba **prolongovaným stresem**



Příkladem vnitřního psychického stresoru je **anticipační stres**, generovaný intenzivní obavou z budoucí nepříznivé události

Hypotalamus nedokáže vždy rozlišovat mezi jednotlivými stresory - markery sociální dysfunkce, jako je samota, hostilita a nedostatek podpory ze strany sociálního okolí korelují s významnými změnami v imunitním systému...

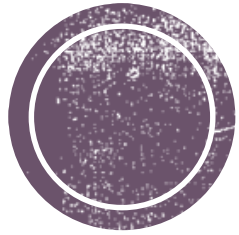
Prolongovaný stres (nebo silné emoce) mohou navodit fyziologické s patofyziologické změny, které provokují patologické alterace.

Každý člověk má pak jeden nebo více cílových orgánů, které jsou citlivé ke stresu (dáno geneticky, či postnatálně):

- některé subjekty odpovídají orgánovým postižením gastrickým, kardiálním či kožním
- jiní pak (např. atopici) mohou reagovat postižením i více orgánů - kůže, bronchy, sliznice nosní

Prolongovaný stres v těhotenství a zvýšená hladina kortisolu působí na rozvíjející se imunologický systém dítěte /van Herten, 2002/

Matky dětí AD jsou často úzkostné a mají zvýšený pocit bezmocnosti vůči svým dětem /Pauli-Pot et al.,1997/



1,10 let (22 měs.)

AD diagnostikována v 6měs.

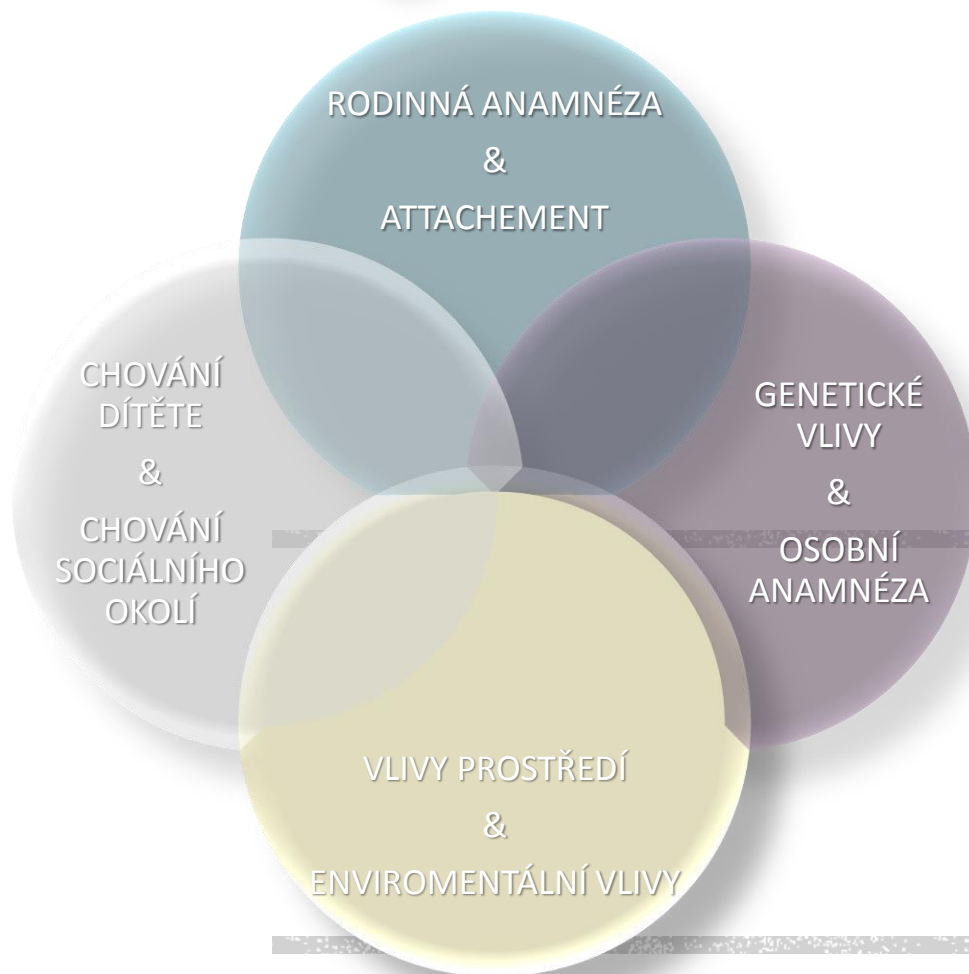
Léčba bez většího efektu
(*alergologická i dermatologická*)

Zhoršení průběhu po každé změně
(*v režimu i stravě*)

Řada dietních omezení

Dosud kojen





22 měsíců (1,10let)



OA:

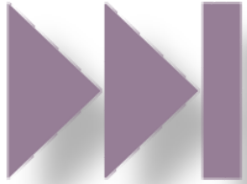
- první dítě z plánované gravidity
- matka po konizaci čípku – v těhotenství sledována, ve 34 týdnu těhotenství musela 14 dní ležet kvůli zkracujícímu se čípku, brala magnézium
- narozen 3 dny po termínu, porod vyvoláván
- od 8 týdnů Vojtova metoda (cca 1,5měs-2měs) – odmítal ležet na břiše, měl velkou diastázu
- očkování: hexavakcína v 9 týdnech, 6 měs. a 18měs.
- mírně zpomalený motorický vývoj, pohybově neobratný
- vnímavý, zvědavý, kvalitní úroveň řečového projevu
- emoční ladění převážně pozitivní



RA:

- rodiče spolu žijí 5 let ve společné domácnosti
- otec SŠ, 35 let, od 3 let ekzém, později alergie na pyly, trávy a ryby
- matka VŠ, 31 let, v dětství atopický ekzém malého rozsahu – vymizel, alergie na bodnutí hmyzem
- v péči o dítě se rodiče střídají, otec je zapojen poměrně značnou měrou, některé činnosti vykonávají rodiče pravidelně spolu (koupání, přebalování...)





PRŮBĚH ONEMOCNĚNÍ

- první ataka AD v 6 měsících
- špatně snáší bílkovinu kravského mléka, vejce, kořenovou zeleninu, rajčata, kakao, jahody – v kontextu postupného navykání na stravu na alergeny z potravy v současné době již zhoršením stavu nereaguje
- AD se zhoršuje ve stresových situacích (růst zubů, nachlazení a dětské nemoci, změna prostředí aj.)
- v současné době se ze škrábání AD stal návyk – škrábe se v zátěži – pokud je nervózní, nespokojený, unavený atpod., ale i ve chvílích radosti...



LÉČBA

klasická/konzervativní

- kožní + alergologie
- dietní omezení – eliminanční dieta

alternativní

- kraniosarkální terapie
- čínská medicína



PROJEVY DÍTĚTE

neklid, dráždivost, náladovost, zlostné afekty, nežádoucí (sebezraňující) chování...

REAKCE RODIČŮ

upozorňování na nebezpečí, důsledky, přílišná komunikace o nemoci v přítomnosti dítěte, neadekvátní ochrana dítěte...

DŮSLEDKY

strach z choroby, pocity viny, úzkost, nejistota, poruchy vývoje...

OPATŘENÍ

sledování provokačních faktorů, režimová opatření, práce s rodiči – edukace, intervence...



KOMPLEXNÍ SYSTÉM PÉČE

