

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Psychiatrie

Číslo projektu: CZ.1.07/1.1.26/02.0077

Název projektu: Elearning na střední zdravotnické škole 2

PŘEDMĚT : Ošetřovatelství
ROČNÍK : Čtvrtý
JMÉNO AUTORA : Mgr. Lucie Přikrylová
ŠKOLA : SZŠ a VOZŠ E. Pöttinga Olomouc

ANOTACE: Psychiatrie je zařazena do malých klinických oborů. Vyučuje se ve čtvrtém ročníku v předmětu ošetřovatelství.

KLÍČOVÁ SLOVA: duševní porucha, schizofrenie, demence, anorexie, deprese, vyšetřovací metody, terapie, ošetřovatelský plán

Obsah

1. Ošetrovatelství v psychiatrii	- 3 -
1.1 Přehled psychiatrických poruch (speciální psychiatrie)	- 13 -
1.2 Organizace psychiatrické péče	- 24 -
1.3 Kontrolní otázky:	- 29 -
2. Ošetrovatelský proces u K/P se schizofrenií	- 30 -
2.1 Anatomie	- 30 -
2.2 Charakteristika onemocnění	- 30 -
2.3 Příčiny	- 30 -
2.4 Příznaky	- 30 -
2.5 Vyšetřovací metody	- 32 -
2.6 Léčba	- 32 -
2.7 Ošetrovatelský plán a jeho realizace	- 32 -
2.8 Kontrolní otázky	- 33 -
3. Ošetrovatelský proces u K/P s mentální anorexií	- 33 -
3.1 Anatomie	- 33 -
3.2 Charakteristika onemocnění	- 33 -
3.3 Příčiny	- 33 -
3.4 Příznaky	- 34 -
3.5 Vyšetřovací metody	- 35 -
3.6 Léčba	- 36 -
3.7 Ošetrovatelský plán a jeho realizace	- 36 -
3.8 Kontrolní otázky	- 37 -
4. Ošetrovatelský proces u K/P s depresí	- 37 -
4.1 Anatomie	- 37 -
4.2 Charakteristika onemocnění	- 38 -
4.3 Příčiny	- 38 -
4.4 Příznaky	- 38 -
4.5 Vyšetřovací metody	- 39 -
4.6 Léčba	- 39 -
4.7 Ošetrovatelský plán a jeho realizace	- 40 -
4.8 Kontrolní otázky	- 41 -
5. Práva duševně nemocných	- 41 -
6. Seznam zkratk	- 43 -
7. Literatura	- 44 -

1. Ošetrovatelství v psychiatrii

Úvod

Historie psychiatrie

Psychiatrie je oborem poměrně novým a její vědecké počátky spadají do konce 18. a počátku 19. století, přestože jsou duševní poruchy staré jako lidstvo samo.

Psychické poruchy nebyly vždy chápány jako zdravotnický problém. Duševní porucha byla dříve považována za šílenství nebo za projev posedlosti zlým duchem či spolčení s ďáblem. Prvním průkopníkem byl holandský lékař Johann Weyer, který vystoupil proti čarodějnictví. Psychickou poruchu definoval jako poruchu funkce mozku, kterou je potřeba léčit jinak, než vymítáním ďábla z těla. Přesto ošetrování duševně nemocných spočívalo i nadále převážně v represivních opatřeních (zavírání do věznic, uzavřených ústavů, přikování k řetězům).

Druhá radikální změna v psychiatrii nastala až v 18. století zásluhou Philipa Pinela, který v Paříži reformoval péči o duševně nemocné – místo klecí a pout zaváděl podle možností léčebný režim a léčbu prací. Tyto zásady brzo překročily hranice Francie a rozšířily se do dalších zemí Evropy. Postupně byly zakládány psychiatrické ústavy. U nás byl v roce 1790 zřízen Ústav pro duševně choré v Praze, kde byli duševně nemocní ošetrováni již lidsky důstojným způsobem.

Třetí významný mezník ve vývoji psychiatrie je spojován s osobností Sigmunda Freuda, rodáka z Příboru na Moravě, který působil jako psychiatr ve Vídni. Je zakladatelem psychoanalýzy – léčebné metody, která využívá volných asociací a výkladů snů.

Pro vývoj psychiatrie jako moderního lékařského oboru bylo rozhodující 20. století, které přineslo především účinné terapeutické metody.

V padesátých letech 20. století byla do psychiatrické praxe zavedena tzv. neuroleptika (léky tlumící neklid), o něco později pak antidepresiva. Duševní stav některých pacientů, do té doby odkázaných na pobyt v ústavu a léčených riskantními metodami, jakými byly například inzulinové „šoky“ (navození kómatu aplikací inzulinu) nebo léčba tlumícími prostředky s cílem pacienta na delší dobu uspat, se po podání neuroleptik natolik zlepšil, že mohli opustit ústavy. Brzy se však ukázalo, že léky nejsou všemocné a přesto, že někteří pacienti měli dobré rodinné zázemí, nedovedli se životu mimo ústavu přizpůsobit. K usnadnění adaptace propuštěných pacientů začala fungovat komunitní péče, která umožňovala pacientům jak pracovní, tak sociální rehabilitaci.

Do 21. století vstupuje psychiatrie jako moderní vědní disciplína. Účinné léky jsou dostupné, ale nikoliv bez vedlejších účinků. Většina psychofarmak účinkuje preventivně, často však nedovedou pacienty o nutnosti jejich dlouhodobého užívání přesvědčit. Psychoterapie je nezastupitelnou terapeutickou metodou, avšak není-li pacient k práci na sobě motivován, postrádá smysl. Důležitou roli hraje i nadále rozhovor s pacientem a pozorování jeho chování. Schopnost empatie a naslouchání tak zůstává základní klinickou dovedností, bez níž se žádný zdravotník neobejde.

V poznání duševních nemocí a v jejich léčbě nastal nepochybně za poslední léta zcela zásadní pokrok, což bohužel neplatí pro názory veřejnosti na duševně nemocné. Předsudky zkreslené a ovlivněné zprávami v médiích, vedou k představě o duševně nemocném jako o potencionálně nebezpečném, intelektově podprůměrném a navždy odepsaném individu. Veřejnost nerozlišuje mezi jednotlivými typy poruch a neuvědomuje si, že naprostá většina duševně nemocných se léčí ambulantně a vede zcela normální život.



Pro zdravotníky všech oborů je ovšem bezpodmínečně nutná nejen orientace v základních duševních poruchách, pozornost je nutno zaměřit především na duševní zdraví jako nezbytný předpoklad kvalitního každodenního života.

Duševní zdraví je jednou z význačných priorit WHO (program Zdraví 21) a mnoha dalších nadnárodních strategií.

Zdravotníci jsou tedy postaveni před nelehký úkol chránit a podporovat duševní zdraví, nabízet lidem pravdivé a srozumitelné informace o duševních poruchách a usilovat tak o změnu postoje veřejnosti k duševním chorobám. Aby se tohoto úkolu mohli úspěšně zhostit, musí začít pracovat především na sobě, pečovat o vlastní duševní zdraví a vzdělávat se.

Obecná část

Definice oboru

Psychiatrie je lékařský obor zabývající se studiem, diagnostikou, prevencí a léčbou duševních poruch. (pozn.: slovo „porucha“ není přesný termín, je ovšem vhodnější než termíny nemoc nebo onemocnění. V dalším textu budeme tedy používat terminologii, jež je v souladu s Mezinárodní klasifikací nemocí.)

Příčiny duševních poruch

Předpokládá se, že možnými příčinami mohou být vzájemné interakce (působení) níže uvedených faktorů, která ve svém důsledku vedou k projevům nemoci.

1. biologické

- genetické faktory (přímá příčina nebo dispozice – vloha k určitému onemocnění)
- vlivy prenatální (infekce, intoxikace, nadměrný stres matky v těhotenství)

- somatická onemocnění (infekční, srdeční, ledvinová, jaterní, gastrointestinální, endokrinní onemocnění, avitaminózy – chybění vitaminů)

2. fyzikální a chemické

- úrazy hlavy
- poporodní traumata
- radioaktivní ozáření
- intoxikace (léky, drogy, průmyslové jedy)

3. sociální

- citová deprivace (strádání) v dětství
- nadměrná přísnost rodičů a vychovatelů
- neúměrné rozmazlování (bez přiměřeného zatížení povinnostmi)

4. vlivy prostředí

- životní události (úmrtí, rozvod rodičů, předčasné odloučení od matky)
- vliv školy (šikanování), pracovního prostředí
- ekonomické stresory
- porušení cirkadiánní rytmicity

Prevence duševních poruch

Stále větší důraz je i v oboru psychiatrie kladen především na prevenci.

1. primární – jejím cílem je snížit výskyt duševních poruch všech typů (podílí se na ní celá společnost – např. odstraňováním záporných společenských jevů a zátěžových situací, vyhledáváním a pomocí zvláště ohroženým osobám, hledáním správného životního stylu, t.j. režimu dne, dodržování spánku a odpočinku, vhodnou úpravou pracovního prostředí, hodnotným stravovacím a pitným režimem a celkovou životosprávou, prováděním rehabilitačně - relaxačních programů)

2. sekundární – jejím cílem je aktivní vyhledávání osob s počínající duševní poruchou a zahájení včasné léčby, zkrácení doby trvání již zjištěných onemocnění. Zajišťují ji především lékaři prvního kontaktu, t.j. převážně praktičtí lékaři. Doporučuje se věnovat zvýšenou pozornost zejména náročným životním obdobím (např. klimakterickému období, období po porodu, odchod do důchodu, přestěhování apod.)

3. terciární – je zaměřena na zmírnění následků přestálých psychických poruch, zábranu nových vzplanutí (opakování atak) duševních nemocí. Významnou roli zde hraje doléčování psychóz, kde má svoji nezastupitelnou úlohu kvalitní intermediální a ambulantní péče – denní sanatoria, chráněné dílny, vytváření svépomocných skupin pacientů.

Příznaky duševních poruch

Příznaky (symptomy) vyskytující se u psychiatrických onemocnění se z důvodu lepší přehlednosti odvozuji od základních psychických funkcí. Kromě níže uvedených, doprovází psychiatrická onemocnění také celá řada tělesných symptomů (např. únava, bušení srdce, trávicí obtíže apod.).

1. Vědomí

Vědomí je optimálním stavem funkce centrálního nervového systému, který umožňuje člověku uvědomovat si sebe sama, odlišit své já od okolí, chápat souvislosti a rozlišovat vztahy své osobnosti k okolí. Je předpokladem k možnosti uplatnění ostatních psychických funkcí.

Poruchy vědomí:

kvantitativní:

- somnolence (patologická ospalost, komunikace je možná)
- sopor (hlubší spavost, jedinec reaguje jen na hlubší podněty)
- kóma (bezvědomí, komunikace není možná)
- mdloba – kolaps (náhle vzniklá, krátkodobá porucha vědomí)

kvalitativní:

- delirium (nesouvislé myšlení, neklid, bezradnost, nejistota, poruchy orientace s ostrůvkovitou amnézií, t.j. výpadkem paměti)
- obnubilace (mráкотný stav – náhlá porucha s plnou amnézií a nejrůznějšími projevy, často málo nápadnými)
- poruchy idiognoze (vlastní zážitky a počitky připadají postiženému jako cizí, anebo se mu zdá změněné, cizí okolí. Nejčastější touto poruchou jsou depersonalizace a derealizace).

2. Vnímání

Vnímání je základní poznávací funkcí, která nás prostřednictvím vjemů informuje o jevech z vnitřního a vnějšího prostředí. Změn a poruch vnímání existuje celá řada (uvádíme jen některé).

Existují i některé zvláštní druhy změněného vnímání, které nelze chápat jako poruchy:

- pareidolie – stav, kdy na základě určitého podnětu vznikají fantazijně pestré obrazy
- eidetizmus – stav, kdy si bez aktuálního podnětu, lze vybavit přesnou reprodukci dříve vnímaného

Poruchy vnímání:

kvantitativní:

- zesílení nebo zeslabení vjemů (dochází k nim hlavně při poškození periferní části analyzátoru, ale i při usínání, únavě, vlivem léků s tlumivým účinkem).

kvalitativní:

- iluze – zkreslené vjemy, které jsou vyvolané skutečným podnětem, který není korigován (např. místo stromu vidí člověka)
- pseudoiluze – zkreslené vjemy vyvolané skutečným podnětem, jsou ale korigovány (strom mu „připadá jako člověk“, uvědomuje si ale, že tomu tak není)
- halucinace – vjemy bez reálného podnětu, o jejich existenci je klient nevyvratitelně přesvědčen
- pseudohalucinace – vjemy bez reálného podnětu, klient má však zachován náhled chorobnosti

Všechny kvalitativní poruchy vnímání se dále dělí podle jednotlivých analyzátorů na zrakové, sluchové, čichové, chuťové a taktilní (hmatové).

3. Pozornost

Pozornost je zaměření vědomí nejen na vnímaný děj, ale i na vlastní myšlenkový proces. Rozlišujeme pozornost aktivní, pasivní (mimovolní) a protivolní (v rozporu s vůlí).

Poruchy pozornosti:

- hyperprosexie – zvýšené zaměření na určitý jev
- hypoprosexie – snížení pozornosti
- aprosexie – neschopnost koncentrace pozornosti
- paraprosexie - předčasné reagování nebo přeslechnutí podnětu důsledkem velkého duševního napětí

4. Intelekt

Intelekt je velmi důležitou proměnnou popisující schopnost člověka účelně reagovat na podmínky okolního světa.

Intelektový výkon zjišťujeme testovými metodami, jejichž výsledek označujeme číselně tzv. inteligenčním kvocientem (IQ). Jako střední průměr je označována hodnota IQ 90–110.

O nadprůměrném intelektu svědčí hodnota IQ nad 110, o podprůměrném IQ 70–90. O poruše (mentální retardaci) hovoříme, prokazují-li testy IQ hodnoty pod 70. Jedná se o stav zastaveného nebo neúplného vývoje, který se projevuje narušením dovedností (poznávacích, řečových, pohybových, sociálních) různé hloubky.

Stupně mentální retardace:

- IQ 50–69 – lehká mentální retardace
- IQ 35–49 – středně těžká mentální retardace
- IQ 34–20 – těžká mentální retardace
- IQ 20 a méně – hluboká mentální retardace

Příkladem získané poruchy intelektu je demence.

5. Emoce

Emoce můžeme definovat jako citový doprovod všech vjemů ze zevního i vnitřního prostředí. Jsou citovou reakcí, která má vnější projevy (smích, pláč) a vnitřní prožívání. Jsou spontánní, nemůžeme je ovlivnit vůlí, můžeme ale zvládat jejich projevy.

Rozdělení emocí:

- podle polarity – stenické, astenické
- podle kvality – nižší a vyšší
- podle intenzity a trvání – afekty, nálady
- podle struktury a obsahu – fobie, ambivalence

Poruchy emocí:

poruchy struktury emocí:

- emoční labilita (nestálost) – časté střídání opačných emočních projevů
- emoční ambivalence – současně jsou prožívány opačné emoce (láska a nenávisť)

- hyperemotivita – nadměrné citové prožívání
- emoční oploštělost – vyhasnutí emočních prožitků.
- afekt – krátká, ale intenzivní reakce, která vzniká na základě nálady stejně laděné

poruchy afektů:

- nezvládnutý afekt – prudká reakce s tělesným neklidem, kdy jedinec nezvládne ovládnout vnější projevy emoce
- patický afekt – prudká reakce, na jejímž vrcholu dochází ke kvalitativní poruše vědomí (mráкотný stav)
- afektivní útlum – neobjeví se žádná emoční reakce, ačkoliv by byla dané situaci přiměřená
- nálada – dlouhodobější, ale slabší emoční reakce. Fyziologická nálada je přiměřená situaci a stavu jedince. Patická nálada je chorobně změněná, není přiměřená podnětu a výrazně ovlivňuje jiné psychické funkce.

Rozdělení nálad podle obsahu:

záporné emoční reakce:

- depresivní nálada (smutek)
- apatická nálada (nezájem)
- anxiózní nálada (úzkost)

kladné emoční reakce:

- manická nálada (bouřlivě, nepřiměřeně veselá, provázená agilitou)
- hypomanická (mírnější stupeň předchozí reakce)
- euforická (blaženě spokojená, ale bez neklidu)
- extatická (pocit enormního štěstí, vytržení)

Poruchy obsahu emocí:

- averze – negativní citový vztah k určité činnosti, jevu, osobě
- strach – obava vázaná na určitý, konkrétní jev
- úzkost – obava, která ale není vázaná na určitý jev
- fobie – nutkavý, vtíravý strach, většinou zcela neopodstatněný

Podle konkrétního obsahu se rozlišuje řada fobií, např.:

- nozofobie – strach z nemoci
- klaustrofobie – strach z uzavřených prostor
- agorafobie – strach z otevřeného prostranství
- zoofobie – strach ze zvířat
- aichmofobie – strach z ostrých předmětů

Poruchy vyšších citů:

- sociální tupost, chladnost – neschopnost citových vazeb
- asociálnost – defekt v oblasti etických citů
- antisociálnost – defekt v oblasti etických citů, kdy dochází k poškozování zájmů okolí, společnosti.

Poruchy etických citů:

- emoční deprivace – strádání
- emoční degradace – snížení původní úrovně.

6. Myšlení

Myšlení je vyšší formou poznávací funkce. Umožňuje poznávat vnější prostředí, funkce a vztahy mezi jednotlivými jevy a ději. Je spojeno s řečí. Využívá základních operací - srovnávání, rozlišování, analýza, syntéza, abstrakce, konkretizace, indukce a dedukce.

Poruchy myšlení:

- formální poruchy (poruchy tempa nebo logické struktury)
- zpomalené myšlení (bradypsychismus) – u únavy, depresí, organického mozkového poškození
- zrychlené myšlení (tachypsychismus) – u excitace vlivem medikamentů, alkoholu, u mánie (postižený chrlí věty, ale ztrácí strukturu a souvislosti)
- blok v myšlení – záraz, kdy dojde k přerušení nabídky myšlenek

Poruchy logiky myšlení:

- nesouvislé myšlení
- ulpívavé myšlení – setrvávání na určitých myšlenkách
- symbolické myšlení – hlavní roli mají různé symboly mající zvláštní význam
- šroubované myšlení – složité a nepřírozené úvahy nad banalitami (lidově nazývané pseudofilozofování, „plané mudrování“)
- obsahové poruchy (porucha obsahu myšlení)
- blud – nejvýznamnější obsahová porucha myšlení, jde o nesprávné, chorobné přesvědčení, na jehož základě nemocný jedná, a tím může být nebezpečný sám sobě nebo svému okolí

Bludy dělíme podle vzniku na:

- primární – vyskytují se samostatně
- sekundární – navazují na jinou poruchu (např. na halucinace)
- indukované – vznikají u zdravého jedince převzetím a rozvíjením bludu nemocného

Podle obsahu dělíme bludy na:

- depresivní – např. sebeobviňování, hypochondrické bludy, blud eternity, kdy je nemocný přesvědčen o tom, že za trest bude věčně žít
- expanzivní – blud vynálezecký, reformátorský
- paranoidní (vztahovačné) – perzekuční (je pronásledován), žárlivecké, erotomanické, velikašské bludy

Poruchy struktury myšlení:

- autistické myšlení – odtržené od vnějšího světa, jedinec obtížně komunikuje a zabývá se svými zvláštními problémy

- vtíravé myšlení – do myšlení se vtírají (vnucují) často nesmyslné myšlenky
- allogenní myšlení – pocit, že jsou vlastní myšlenky odnímány, kradeny, popř. jsou do hlavy vkládány myšlenky cizí (někdy tento stav označujeme také jako intrapsychické halucinace)
- vztahovačné myšlení – jevy kolem sebe vztahuje jedinec ke své osobě.

7. Pudy

Pud je vrozená síla, která nutí jedince uspokojovat své potřeby. Většinou má ráz instinktivní. Existuje různé členění pudů.

Poruchy pudů:

Obživného:

- snížení (anorexie)
- zvýšení (bulimie)
- odchýlné zaměření (dochází ke konzumaci nepoživatelných až odporných předmětů)
- sebezáchovného
- sebevražda (suicidum – demonstrativní, bilanční aj.)
- sebezabití
- sebepoškození

Sexuálního:

- zvýšení (hypersexualita)
- snížení (frigidita, impotence)
- odchýlný objekt sexuálního ukájení (sexuální perverze)– pedofilie, gerontofilie, zoofilie, nekrofilie, fetišizmus, transsexualizmus (porucha sexuální identifikace), transvestitizmus (ukájení se převlékáním do šatů opačného pohlaví), voyerství, exhibicionizmus, masochizmus.

Sociálního:

- projeví se v sociálních citech, při jejich snížení se objevuje asociální a antisociální chování

Rodičovského:

- ve smyslu snížení (nedostatečná péče) a zvýšení (hyperprotektivní péče)

8. Vůle a jednání

Vůle je cílevědomé zaměření aktivní psychické činnosti určitým směrem. Jednání je komplexní děj, v němž se uplatňují všechny ostatní psychické funkce. Jednání a vůle spolu úzce souvisejí. Rozlišujeme jednání:

- volní (záměrné), kdy se vůle uplatňuje silně
- mimovolní (automatické, reflexní), kdy je účast vůle slabší
- protivolní, které nelze vůlí potlačit

Poruchy vůle a jednání:

Kvantitativní poruchy vůle:

- hyperbulie – nadměrně silná volní složka (obvykle ale pouze v určité oblasti, rychle se rozhoduje, ale svá rozhodnutí stále mění)
- hypobulie – snížená volní složka
- abulie – ztráta volní složky

Kvantitativní poruchy jednání:

- hyperagilnost – zvýšená aktivita
- hypoagilnost – snížená aktivita
- stupor (nehybnost) – vymizení aktivity

Kvalitativní poruchy vůle a jednání:

Impulzivní jednání – záchvatovité s nutkavou složkou, postrádá motivaci a rozhodování

- dromomanie (záchvatovitá bezcílná toulavost)
- kleptomanie (odcizování často nepotřebných předmětů)
- pyromanie (nutkavé zakládání požárů)
- erotomanie (zvýšená sexuální aktivita projevující se v záchvatech)

Zkratkové jednání – má motiv, ale postrádá rozhodování mezi různými motivy (použije první nápad).

Obsedantní jednání – nutkavé, které jedinec vykonává bez ohledu na jeho nesmyslnost (posedlost)

Katatonní jednání (porucha psychomotoriky), které může být:

- neproduktivní – nehybnost, stupor, vosková ohebnost (při níž lze končetiny nastavit do různých bizarních poloh), negativismus (stav, kdy jedinec nevyhoví pokynu), mutismus (nekomunikuje) – totální (s nikým) nebo selektivní (jen s někým)
- produktivní – agitovanost až raptus (náhle vzniklý stav nemotivovaného neklidu), manýrování (nesmyslné projevy a rituály), echolálie a echomimie (nemocný opakuje otázku nebo napodobuje mimiku)

9. Paměť

Paměť je schopnost vštípit si, udržet a vybavit si zážitky.

Vlastnosti paměti:

- spolehlivost
- jistota
- místní a časová lokalizace
- prožívání skutečných a iluzorních vzpomínek

Druhy paměti:

- vizuální – lépe se pamatují zrkové vjemy
- auditivní – lépe se pamatují sluchové vjemy
- motorická – lépe se pamatují manuálně provedené úkony

Jiné dělení:

- mechanická (bez ohledu na logické souvislosti)
- logická (zapamatování probíhá na základě souvislosti)
- emoční (lépe se pamatují zážitky se silným citovým doprovodem)

Poruchy paměti:

Postižení se může týkat jedné nebo více složek. Jsou-li postiženy složky všechny, hovoříme o globální poruše paměti.

kvantitativní poruchy:

- hypomnézie (zeslabení)
- amnézie (ztráta paměti) - částečná (ostrůvkovitá), retrogradní, anterogradní
- hypermnézie (zvýšená paměť, často jen relativně)

kvalitativní:

- paramnézie (zkreslená, obsahově nesprávná vzpomínka)
- ekmnézie (nesprávné zařazení vzpomínky v čase)
- konfabulace (smyšlené, neskutečné prožitky, kterými jedinec vyplňuje nevědomě mezery v paměti, nutno odlišit od lhaní !)

10. Poruchy spánku

Kvantitativní:

- insomnie – nespavost
- spánková inverze – převrácený denní rytmus
- hypersomnie – zvýšená spavost
- narkolepsie – náhlý spánek během dne, chorobná ospalost

Kvalitativní:

- noční děsy
- somnambulismus – náměsíčnost
- somnilokvie – mluvení ze spánku
- syndrom spánkové apnoe

10. Osobnost

Osobnost je charakterizována komplexem všech psychických vlastností, které vytvářejí individualitu jedince. Je předurčena geneticky a dotvářena v průběhu života prostředím.

Poruchy osobnosti:

globální:

- retardace – vlastnosti osobnosti jsou nerozvinuté
- degradace – původní úroveň vlastností upadá

speciální:

- depersonalizace – subjektivní pocit změny osobnosti
- transformace – jedinec se postupně cítí být někým jiným
- alternace – střídavě se cítí být jednou nebo druhou osobností
- rozpad osobnosti – porucha ucelenosti osobnosti

1.1 Přehled psychiatrických poruch (speciální psychiatrie)

1. Schizofrenní poruchy

Některé další psychotické poruchy (kromě schizofrenie), které patří do této skupiny onemocnění:

- schizotypní porucha – je svými příznaky blízká schizofrenii, nikdy se ale nevyskytují bludy a halucinace
- schizoafektivní porucha – vyskytují se zároveň příznaky afektivní (poruchy nálady)
- trvalé duševní poruchy s bludy – např. paranoia (na začátku existuje skutečný podnět, působící na zvlášť citlivého jedince, postupně dojde k rozvoji logicky skloubeného bludného systému)

2. Afektivní poruchy (poruchy nálady)

Do této skupiny řadíme stavy, pro které je charakteristická porucha afektivity (nálady) vyššího stupně. Ta může být buďto chorobně smutná (depresivní), nebo nadnesená (manická).

Porucha se může vyskytovat ve dvou formách:

- **unipolární**, kdy se vyskytují pouze fáze manické nebo depresivní
- **bipolární**, kdy se různě střídají fáze manické i depresivní

Depresivní fáze – depresivní (smutná) nálada, někdy úzkost, apatie, pomalé psychomotorické tempo, špatné soustředění, snížení pozornosti, pocity viny, pesimismu, myšlenky na suicidium (sebevraždu), poruchy spánku (předčasné probouzení s tzv. ranními pesimy – nemocný se cítí nejhůře v ranních hodinách), změny chuti k jídlu a změny sexuální aktivity. U těžkých stavů mohou být přítomny i bludy s depresivním obsahem a paranoidním podbarvením.

Mezi depresivní poruchy patří:

- depresivní epizoda
- rekurentní depresivní porucha (opakované deprese)
- dystymie – mírná, ale dlouhotrvající deprese

Manická fáze – povznesená nálada, zvýšená tělesná i psychická aktivita, zvýšené sebevědomí, nízká potřeba spánku, snížená sebekritičnost, extravagantní a nepraktické plány, nadměrné utrácení, sázení, vyhledávání sexuálního dobrodružství, nevhodné vtipkování. U těžkých stavů mánie mohou být přítomny i bludy velikášského rázu.

3. Organické duševní poruchy

Do této skupiny patří takové psychické poruchy, které vznikají **důsledkem poškození mozku**.

Poškození mozku může být:

- **přímé** – úrazy, tumory, neuroinfekce, cévní, degenerativní změny, záchvatová onemocnění (potom hovoříme o organických psychických poruchách)
- **nepřímé** při nejrůznějších tělesných onemocněních – kardiálních, metabolických, krevních, endokrinních, při intoxikacích (ty pak označujeme jako symptomatické psychické poruchy)

Příčinou a podnětem pro vznik psychické poruchy mohou být:

- změny v cévním zásobení mozku
- karence (nedostatek) látek důležitých pro organizmus
- metabolické poruchy
- hormonální poruchy
- traumatické vlivy
- infekční vlivy
- degenerativní vlivy

Nejvýznamnější poruchou v této skupině jsou **demence**. Jedná se většinou o poruchu chronickou, případně progredující. Ostatní syndromy bývají převážně rázu přechodného a odeznívají v souvislosti s léčbou základního onemocnění.

Příznaky demence:

- porucha paměti
- zpomalení myšlenkového tempa
- zhoršení úsudku, pozornosti
- pokles aktivity běžného života
- zhoršení kontroly emocí
- pokles úrovně sociálního chování a vyjadřování

Nejčastější demence:

Vaskulární demence (dříve aterosklerotická) – vzniká na podkladě cévního poškození nervového systému. Nejčastěji se projevuje náhlou změnou psychiky (obvykle po ischemické atace), případně se průběh postupně zhoršuje v souvislosti s opakovanými cévními příhodami (tzv. multiinfarktová demence). Bývají přítomny další příznaky – hypertenze, emoční labilita, sklon k depresím, přechodné ataky porušeného vědomí. Dochází ke zvýraznění dřívějších povahových rysů (egocentrismus, podrážděnost, nedůvěřivost).

Demence u **Alzheimerovy choroby** – primární degenerativní onemocnění mozku (blíže bylo onemocnění probráno v učebnici Ošetřovatelství pro zdravotnického asistenta I. – Interna)

Demence u **Pickovy choroby** – vzniká mezi 50.–60. rokem, kdy dochází ke zhoršování intelektu, paměti, ke změně charakteru. Jsou přítomny známky společenského úpadku, apatie, někdy euforie. Nálezy na CT svědčí o atrofii (zmenšení) frontálních a temporálních laloků.

Demence u dalších chorob (Creutzfeld-Jacobovy choroby, Parkinsonovy choroby, u AIDS).

4. Neurotické poruchy

Neurotické poruchy vznikají působením různých konfliktů, stresů, vyčerpání. Tyto vlivy působí dlouhodobě na disponované jedince. Nebývají přítomny změny osobnosti, nikdy nejsou bludy ani halucinace. Náhled chorobnosti je zachován (nemocný si poruchu připouští), časté je zvýšené sebepozorování a nadhodnocování potíží.

Léčba je většinou dlouhodobá, ne vždy úspěšná.

Rozdělení neurotických poruch:

Fobické úzkostné poruchy – v popředí jsou fobie a úzkosti, které trvají příliš dlouho a jsou silné intenzity. Zasahují negativně do života jedince. K nejčastějším patří agorafobie (strach z veřejných míst a prostranství), sociální fobie.

Jiné úzkostné poruchy – panická porucha – záchvatovitě, náhlé epizody intenzivního strachu až hrůzy, které se objevují bez zjevné vnější příčiny. Do této skupiny patří i úzkostné a úzkostně depresivní stavy, často vleklého rázu.

Obsedantně kompulzivní poruchy – jsou charakterizované nutkavými (znovu se vracejícími) myšlenkami nebo jednáním, které jedinec pocítuje jako cizí, neodpovídající jeho skutečným zájmům („co když se nakazím, co když někoho kopnu na ulici...“).

Disociativní (konverzní) poruchy – dříve byly tyto poruchy označovány jako hysterické. Problémy, které jedinec nemůže vyřešit, se přemění do určitých příznaků. Mohou být velmi pestré a postihují oblast psychickou i fyzickou. Mohou mít podobu amnézie (ztráta paměti na určitý, obvykle nepříjemný zážitek), stuporu (ztráta volných pohybů), různých poruch hybnosti a citlivosti, přičemž ale schází anatomické postižení.

Reaktivní poruchy na stres a poruchy přizpůsobení:

- akutní reakce na stres: vzniká bezprostředně po mimořádně stresujícím zážitku (živelná pohroma, úraz, znásilnění). K jejímu rozvoji přispívá i tělesné vyčerpání. Projevuje se úzkostí, zlostí, depresí, hyperaktivitou nebo útlumem. Je to stav přechodný, který rychle odeznívá.
- posttraumatická stresová porucha: rozvíjí se po emočně stresující události, která bývá traumatická pro většinu lidí (zemětřesení, záplavy, požáry, dopravní nehody apod.). Nastupuje s různou latencí (zpožděním) – může se projevit hned po události, většinou ale s odstupem času, výjimečně za několik let.
- poruchy přizpůsobení (adaptace): na významnou životní změnu nebo událost (např. ztráta končetiny při úrazu). Projevuje se subjektivní tísní a dalšími poruchami emocí a chování.

Somatoformní poruchy – opakované stížnosti na řadu tělesných symptomů, které nemají žádný objektivní podklad. Potíže jsou mnohočetné, měnící se, týkají se různých částí těla (GIT – bolesti, říhání, nauzea, kůže – svědění). Nemocný nesimuluje ani nepodvádí. Patří sem např.:

- somatizační porucha – nemocný se zabývá jednotlivými symptomy, které jsou mnohočetné, proměnlivé; postihuje častěji ženy
- hypochondrická porucha – v popředí je obava z určité nemoci, normální projevy jsou vnímány jako chorobné.

Neurastenie – dominuje pocit zvýšené únavnosti, nesoustředěnosti, nevykonnosti psychické i fyzické. Jsou přítomny pocity svalové slabosti, neschopnosti relaxovat, pocity nejistoty a mírné depresivní ladění.

Depersonalizace, derealizace – jedinec udává, že jeho vlastní pocity nebo zážitky jsou oddělené, vzdálené, cizí („pohlíží na sebe zpovzdálí, jako by byl mrtvý“) – depersonalizace, okolí se mu zdá jako vzdálené, neskutečné („život vypadá jako jeviště, na kterém lidé hrají vymyšlené role“) – derealizace.

5. Poruchy osobnosti

Dříve byl pro poruchy vývoje osobnosti používán termín psychopatie. Jedná se o abnormální strukturu osobnosti (extrém charakterových rysů, jsou odchýlné „od normy“).

Při vzniku onemocnění hrají roli vrozené dispozice. K poruše dochází už v dětství nebo adolescenci a přetrvává prakticky po celý život. Podle převládajících nápadných rysů můžeme tyto poruchy dělit na poruchu osobnosti:

- paranoidní – pocity podezíravosti, bezpráví
- schizoidní – emoční chlad, lhostejnost, uzavřenost, necitlivost vůči okolí
- disociální – nezáměr o druhé, nezodpovědnost, bezohlednost, nízký práh k uvolnění agrese
- emočně nestabilní – citová nestálost, impulzivita
- histriónská – povrchní citovost, přehnané zevní projevy emocí (teatrálnost), egocentrismus, sugestibilita
- anankastická – nadměrná pochybovačnost, opatrnost, pedanterie (lpění na maličkostech)
- anxiózní – trvalé pocity napětí, nejistoty, nechut' se stýkat s okolím
- závislá – pasivní podřízenost okolí (submisivita), vážné potíže s rozhodováním.

Sexuální poruchy:

- **sexuální deviace** – je kvalitativní porucha pohlavní motivace člověka v některém z následujících rysů:
- v identifikaci (ztotožnění se) s vlastní sexuální rolí – poruchy pohlavní identity
- ve výběru objektu či způsobu uspokojování při pohlavním životě – poruchy sexuální preference.

Homosexualita (sexuální orientace na stejné pohlaví) není v dnešní době považována za poruchu.



Poruchy pohlavní identity (jedinec touží po příslušnosti k opačnému pohlaví):

- transsexualizmus – své vlastní tělo považuje jedinec za nepřijatelné a touží po změně pohlaví
- transvestitizmus dvojí role – pocit uspokojení přináší občasné převlékání do šatů opačného pohlaví. Toto převlékání není spojeno se sexuálním vzrušením (na rozdíl od fetišistického transvestitizmu) a jedinec netouží po trvalé změně. Většinou se jedná o heterosexuální muže, kteří se občas převlékají a líčí jako ženy, ale jinak jsou normálně ztotožnění se svou mužskou rolí.
- porucha pohlavní identity v dětství – vzniká v dětství (kolem 4. roku), dítě je trvale a silně nespokojeno se svým pohlavím, stále se převléká do šatů pohlaví opačného a zabývá se jeho činnostmi.

Poruchy sexuální preference – parafilie (nemocní opakovaně a silně touží po různých sexuálních impulzech, fantaziích a praktikách, které jsou ale neobvyklé, deviantní).

Mezi nejčastější patří:

- fetišizmus – prostředkem k dosažení sexuálního uspokojení je neživý předmět – fetiš (např. součást oblečení, obuv, guma, kůže, plast)
- fetišistický transvestitizmus – převlékání se do šatů opačného pohlaví s cílem dosažení vzrušení

- exhibicionismus – trvalá tendence odhalovat genitál před cizími lidmi, což doprovází sexuální vzrušení. O bližší kontakt s osobou, před kterou exhibuje, nemá nemocný zájem. Ve většině případů se jedná o heterosexuální muže.
- voyérství – tendence opakovaně pozorovat sexuální činnost nebo intimní činnosti jiných osob bez jejich vědomí. Cílem voyéra je vlastní sexuální vzrušení a masturbace, nemá v úmyslu kontaktovat se s pozorovanými osobami.
- pedofilie – nejčastější a nejnebezpečnější typ parafílie. Sexuální touha je zaměřena na děti, obvykle časněho pubertálního věku (pod 13 let). Nemocní (v 95 % heterosexuální muži) se obávají svého selhání v „dospělém sexu“, mají nízké sebevědomí a je u nich vysoké riziko opakování tohoto chování.
- sadomasochismus – preference sexuálních aktivit spojených s omezováním osobní svobody, působením bolesti či pokořováním. Pokud jedinec tyto stimulace raději přijímá, jedná se o masochismus, pokud je raději sám provádí, hovoříme o sadizmu. O poruše hovoříme tehdy, když jsou sadomasochistické aktivity nejdůležitějším zdrojem stimulace a jsou-li nezbytné pro sexuální uspokojení. Někdy se mírného stupně stimulace užívá ke zvýšení jinak normální sexuální aktivity.

Pro poruchy osobnosti je typické nedostatečné kritické hodnocení vlastní osobnosti (nevidí problém u sebe, ale u druhých), proto mají často různé léčebné zásahy malou účinnost. V léčbě se uplatňují všechny formy psychoterapie.

6. Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek

Léková závislost je stav psychické a fyzické závislosti, projevující se abstinenčními příznaky po odnětí této látky, což vede ke snaze opatřit si ji za každou cenu. Poruchy související s požíváním drog mohou mít několik forem – od nekomplikované intoxikace až po psychotické poruchy a demenci.

Přehled nejdůležitějších psychoaktivních látek:

- **alkohol** – nejčastěji zneužívaná látka. O závislosti na alkoholu (alkoholizmu – mimochodem u nás nejstarší látkovou závislostí) hovoříme tehdy, když závislost dosáhla takového stupně, že působí zřetelné poruchy psychické i fyzické a problémy v sociální oblasti jedince.

Požítí alkoholu vede k narušení úsudku, zvýšené hovornosti, náladovosti, agresivitě, poruchám pozornosti a amnézii. Z tělesných projevů se vyskytuje zrudnutí, ataxie (nepřesnost pohybů), setřelá řeč. Při opakovaném požívání dochází k rozvoji tolerance („snese větší množství“), poté k jejímu snížení.

Komplikace alkoholizmu:

- mozková a mozečková atrofie (úbytek mozkové tkáně)
- epilepsie (padoucnice)
- neuropatie (poškození nervů)
- kardiomyopatie (poškození srdečního svalu)
- myopatie (poškození kosterního svalstva)
- hepatitidy (zánět jaterního parenchymu)
- jaterní cirhóza (nezvratné poškození jater)
- gastritida (zánět sliznice žaludku)
- pankreatitida (zánět slinivky břišní)
- vředová choroba gastroduodena
- malnutrice (poruchy výživy)

- v graviditě vzniká fetální alkoholový syndrom (poškození dítěte po strážce fyzické i duševní).



Terapie závislosti je dlouhodobá, předpokládá trvalou abstinenci. Využívá se psychoterapie a averzivní léčby (disulfiran - Antabus).

- **opioidy** (opium, morfin, heroin) – vyvolávají subjektivní pocit euforie, vedou však k útlumu, snížení aktivity, osobnostním změnám. Abstinenci příznaky jsou často dramatické (úzkost, pláč, návaly horka a zimy, křeče v břiše, neklid, zvracení, průjem, nespavost).
- **kanabinoidy** (marihuana, hašiš) – vyvolávají euforii, ale mohou vést k úzkosti až paranoiditě. Zpomalují vnímání času, narušují úsudek. Charakteristické jsou zarudlé spojivky, zvýšená chuť k jídlu, sucho v ústech, tachykardie. Může vzniknout psychická závislost, ale po jejich odnětí nedochází k abstinenci příznakům.
- **sedativa, hypnotika** (zejména benzodiazepiny) – jsou nejčastěji zneužívanými léky. Jejich požití může vést k útlumu dechového centra, negativně ovlivňují pozornost. Jejich odnětí mohou provázet závažné abstinenci příznaky (vč. deliria a epileptických záchvatů).
- **kokain** – patří mezi vysoce návykové látky. Má budivé euforizační účinky. K projevům intoxikace patří mimo jiné megalomanie a hyperaktivita, anorexie a nespavost. Může vést k náhlé smrti.
- **jiná stimulantia** (kofein, amfetamin, MDMA-extáze, pervitin) – mají euforizační účinky, vedou k agitovanosti, agresivitě, způsobují impotenci.
- **halucinogeny** (LSD, meskalin) – vyvolávají převážně změny vnímání až halucinace. Je třeba vzít v úvahu možné nepředvídané reakce (skok z okna apod.).
- **tabák** (nikotin) – vede k závislosti, kouření je spojeno s mnoha tělesnými komplikacemi, zejména dýchacího a kardiovaskulárního systému. Po odnětí nikotinu dochází k podrážděnosti, pocitům hněvu, úzkosti, poruchám soustředění, neklidu, zvýšené chuti k jídlu, zácpě.
- **organická rozpouštědla** (toluen) – tlumí aktivitu centrálního nervového systému. Vedou k apatii, závratím, poruchám koordinace, celkovému zpomalení nebo euforii.

Rozdělení poruch vyvolaných účinkem psychoaktivních látek:

- akutní intoxikace – jedná se o přechodný stav po aplikaci psychoaktivní látky. Projevy jsou závislé na množství a druhu látky (agitovanost, útlum, halucinace, delirium, křeče, kóma).
- škodlivé užívání – je již přítomno poškození tělesného nebo duševního stavu, objevují se nepříznivé sociální důsledky
- syndrom závislosti – v popředí je touha brát látku (craving), jsou problémy v kontrole užívání, abstinenční příznaky po vysazení, objevuje se zvyšování tolerance, zanedbávání jiných zájmů, pokračování v užívání látky i při vědomí o její jednoznačné škodlivosti
- odvykací stav (neboli abstinenční příznaky) – jsou to symptomy, které se objevují po vysazení látky. Mohou být komplikovány křečemi. V některých případech bývají provázeny deliriem. Příkladem je delirium tremens u alkoholu.
- psychotická porucha – vzniká během nebo bezprostředně po požití látky. Vyskytují se při ní živé halucinace, záměna osob, bludy, poruchy emocí apod. U alkoholiků jsou typické žárlivecké bludy, alkoholická halucinóza či paranoia.
- amnestický syndrom – pro něj jsou charakteristické především poruchy krátkodobé paměti. Konfabulace, typické pro Korsakovovu psychózu u alkoholiků, vyplňují mezery v paměti a jsou velmi proměnlivé.
- reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem – skupina poruch, které se vyskytují po období delším, než je předpokládaný přímý intoxikační účinek látky (např. flashbacky při užívání některých halucinogenů).

7. Poruchy příjmu potravy

Patří k závažným poruchám, které zahrnují i změny v tělesné oblasti. Postihují hlavně mladé dívky a ženy. Rozlišujeme dvě hlavní formy – mentální anorexii a mentální bulimii.

- mentální anorexie – onemocnění je podrobně probráno v kapitole 4.
- mentální bulimie – je charakterizována opakovanými záchvaty přejídání velkým množstvím kalorické stravy („vlčí hlad“) a přehnanou patologickou kontrolou tělesné hmotnosti. Po přejedení přicházejí pocity viny se snahou následky jídla odstranit, nejčastěji zvracením. Na rozdíl od mentální anorexie zde většinou dochází k náhledu chorobnosti (uvědomuje si, že příznaky jsou chorobné, nemocný má snahu se vyléčit). Porucha se objevuje obvykle v pozdějším věku než mentální anorexie.

Je pro ni typické výrazné kolísání hmotnosti. Častá je emoční labilita a depresivní prožívání. Podvýživa nemusí být vždy vyjádřena, přesto se objevují sekundární tělesné problémy (zvracení vždy vážně narušuje metabolickou rovnováhu).

Nejsou-li všechny příznaky zcela vyjádřeny (nebo se příznaky vyskytují v mírném stupni), hovoříme o **atypické mentální bulimii nebo anorexii**.

8. Poruchy spánku

Narušení režimu spánku a bdění je častým příznakem psychiatrických onemocnění. Je třeba mít na paměti, že ne každá porucha spánku je duševní poruchou. Spánek může být narušen tělesným stavem, jinou psychickou poruchou, návykovou látkou či různými toxiny – jedná se o sekundární poruchu spánku. V této kapitole se budeme zabývat neorganickými poruchami spánku (t.j. všechny problémy, které nemají svůj původ ve výše uvedených příčinách) – hovoříme o primárních poruchách spánku. Rozlišujeme dva základní okruhy neorganických poruch spánku: dyssomnie a parasomnie.

Dyssomnie – jsou poruchy množství, kvality nebo časování spánku.

Patří mezi ně:

- nadměrná denní spavost (neorganická hypersomnie) – není možné ji zdůvodnit nedostatečným množstvím spánku.
- insomnie (neorganická) – delší dobu trvající nedostatečné množství nebo kvalita spánku (nespavost). Může se projevit jako poruchy usínání (časná insomnie), udržení spánku (střední insomnie – nemocný se často budí) a předčasné ranní probouzení (pozdní insomnie).
- porucha schématu spánku – bdění (spánková inverze) – potřeba spát v jiné denní době, než bývá zvykem. Kvalita i kvantita spánku je často nedostatečná.

Parasomnie – jsou charakterizované abnormálními epizodickými událostmi v průběhu spánku.

Patří k nim:

- somnambulismus (náměsíčnictví) – opakované epizody vstávání z postele během spánku. Postižený se může jen posadit, může ale také bezcílně chodit, má nevýrazný strnulý obličej, nereaguje na otázky okolí a na proběhlý stav má amnézii. Zranění a pády nejsou výjimkou.
- spánkové (noční) děsy – epizody extrémního děsu spojené s křikem, neklidem a silnými vegetativními příznaky (bušení srdce, zrychlené dýchání, pocení).
- noční můry – sny naplněné úzkostí a strachem z ohrožení života, vlastní bezpečnosti, sebehodnocení. Po probuzení není postižený dezorientovaný a sen si většinou podrobně pamatuje. Ojedinělá noční můra není výjimkou a nepovažujeme ji za poruchu. Pokud se ale opakují, mohou vážně zasahovat do života jedince.

Terapie duševních poruch je komplexní, léčebné zákroky lze shrnout do několika skupin:

Farmakoterapie (psychofarmaka) – léky, které různým způsobem ovlivňují psychické funkce. Dále je můžeme podrobněji rozdělit na:

- anxiolytika – léky potlačující anxiozitu (úzkost, tenzi, fobii)
- antidepressiva (thymoleptika) – určená k léčbě patologicky pokleslé, depresivní nálady
- antipsychotika (dříve neuroleptika) – léky s příznivým účinkem na psychické integrace (myšlení), nejsou kauzálními léky, ale potlačují psychotické příznaky (neklid, agitovanost, agresivitu, nepodrobnost). Je nutná jejich dlouhodobá aplikace.
- hypnotika – navozují spánek a v nižších dávkách sedaci (uklidnění)
- tymoprofylaktika – „stabilizátory nálady“
- psychostimulancia – léky upravující či zvyšující vigilitu vědomí (bdělost)
- neuroprotektiva – psychotropní látky chránící neurony před poškozením, zvyšují jejich metabolismus a zlepšují průtok krve mozkem. Patří k nim například nootropika, kognitiva, antioxidanty nebo centrální vazodilatancia.

Psychoterapie – léčba psychologickými prostředky. Uplatňuje se ve všech oborech medicíny. Má různé způsoby a metody (v současnosti existuje více než 250 používaných forem psychoterapie). Některé přístupy vedou K/P ke změnám v sebehodnocení sebe i okolí a získávání nových zkušeností (psychoanalýza), jiné se cíleně zaměřují na určité symptomy (sugesce, hypnóza, autogenní trénink). Psychoterapie se může provádět individuálně nebo skupinově. Léčebné společenství (komunita) má velký význam v rámci hospitalizace, kdy se nemocný spolupodílí na chodu oddělení, aktivně v léčbě spolupracuje. Nezastupitelnou roli v léčbě duševních poruch hraje rodinná terapie, která pomáhá nejen nemocným, ale všem členům rodinného společenství. K dalším léčebným psychoterapeutickým formám patří:

- muzikoterapie – léčba poslechem nebo vytvářením hudby

- arteterapie – léčba výtvarným projevem
- psychodrama – využívá divadelních výrazových prostředků (hraní rolí)
- psychogymnastika – slovní komunikace je nahrazena neverbálními projevy
- relaxace a autogenní trénink – metody uvolnění psychického napětí
- sugesce – dochází při ní k nekritickému přijetí myšlenky
- hypnóza – psychický stav charakterizovaný zvýšením sugestibility a změněným vědomím.

Elektrokonvulzivní terapie („elektrošoky“) – jsou jednou z nejproblematictějších psychiatrických léčebných metod. Jedná se o aplikaci střídavého elektrického proudu s vyvoláním epileptiformního záchvatu. Používají se nejčastěji při léky obtížně zvládnutelné depresi a v léčbě některých forem schizofrenie. Prokázalo se, že je to metoda bezpečná, rychlá a účinná, nezpůsobuje dlouhodobé mozkové poruchy, jak se mylně mnohdy laici domnívají.

Někteří pacienti se mohou touto metodou léčit ambulantně, většina pacientů je však hospitalizována. Jedná se o závažnou léčebnou metodu, která vyžaduje po všech členech terapeutického týmu dodržovat přesná pravidla. Výkon se provádí v krátkodobé celkové anestezii (klient vyžaduje stejnou přípravu a následnou péči jako při každém jiném celkovém znecitlivění). Typický epileptický záchvat neproběhne. Většinou se výkon opakuje desetkrát během několika týdnů (dva až tři šoky týdně). Je indikována pro katatonie, těžké deprese a maligní neuroleptický syndrom.

Fototerapie – léčba jasným bílým světlem používá se např. k léčbě sezónních depresí (začínají na podzim a končí na jaře). Jejím cílem je harmonizovat biologické rytmy hormonů (melatoninu).

Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS) – neinvazivní metoda při léčbě negativních příznaků schizofrenie, moduluje neuronální aktivitu mozku.

Stimulace nervus vagus (VNS) – při léčbě rezistentních (odolných) depresivních poruch.

Hluboká mozková stimulace (DBS) – ovlivňuje elektrickou aktivitu mozku, zmírňuje třes u Parkinsonovy choroby, využívá se u farmakorezistentních depresí.

Magnetická kompulzivní terapie – experimentální metoda.

Rehabilitace, resocializace – v obecném pojetí chápeme rehabilitaci jako souhrn převážně fyzikálních prostředků k navrácení a utužení zdraví (vodoléčba, elektroléčba, léčba prací, léčebná tělesná výchova). V psychiatrii chápeme rehabilitaci v užším pojetí jako socioterapii, což jsou všechny postupy zaměřené na sociální adaptaci psychicky nemocného (posilovat jeho dovednosti nebo upravit prostředí). Je zapotřebí maximálně zapojit klienta. Využíváme nejlépe přirozeného prostředí, učíme dovednosti v různých situacích a postupuje od jednoduchého ke složitějšímu.

Psychoedukace

Trénink kognitivních funkcí (nácvik sociálních dovedností)

Zásady správného přístupu k psychicky nemocným

Při léčbě a ošetřování psychicky nemocných platí jednak obecná pravidla (která dodržujeme při péči o všechny nemocné) a zároveň pravidla individuálního přístupu, která určují potřeby každé konkrétní osoby. Jako v dalších klinických oborech vyžaduje ošetřování nemocných i specifický přístup (specifická pravidla, která jsou závislá na charakteru určité choroby nebo syndromu).

Nároky a požadavky na zdravotníka pracujícího s psychicky nemocnými:

- permisivita – chování umožňující klientovi ventilovat jakékoliv problémy bez obav z morálního odsouzení nebo posměchu
- schopnost dokonalé kontroly vlastních emočních reakcí
- empatické, povzbudivé chování (projevy zájmu a pochopení pro nemocného)
- nedirektivnost – nepřímé ovlivňování projevů a chování (v určitých případech)
- direktivnost a důslednost – opět v některých situacích, jako např. dodržování léčebného režimu
- respekt k lidské důstojnosti (např. řádné oslovení nemocného), respektování intimity
- přístup k depresivnímu nemocnému (viz kapitola 3.5)

Přístup k manicky nemocnému – tyto nemocní bývají často hluční, obtěžují svým chováním ostatní nemocné i zdravotníky, obtížně dodržují léčebný režim. Jejich chování často postrádá společenské zábrany. Logicky proto vyvolávají ve svém okolí spíše pocity antipatie. Profesionální reakce zdravotníků musí být ale klidná, bez afektů, musíme své negativní pocity ovládnout. Je ale vhodné používat nekompromisní přístup k dodržování stanovených pravidel (lze je stanovit po dohodě s nemocným), využívat vhodně uplatněné autority, a zabránit tak možné manipulaci nemocného s okolím.

Přístup k nemocnému trpícímu bludy – pro každého zúčastněného platí základní pravidlo – blud nikdy nevyvracet. Nemusíme ovšem bez výhrad přijmout chorobné tvrzení nemocného, je možné připustit polemiku. Zcela nepřijatelnými se jeví bagatelizující přístupy („to je úplný nesmysl“), stejně jako racionální vyvracení bludných přesvědčení.

Přístup k nemocnému s neurotickými potížemi – nemocní s těmito poruchami tvoří největší skupinu psychiatrické klientely. Jsou to v podstatě lidé se zachovalými rozumovými schopnostmi, jsou způsobilí o sebe pečovat a odpovídají za své činy.

Jde o jedince velmi citlivé, vnímavé ke všem podnětům, netrpělivé. Jejich potíže jsou často velmi nepříjemné, mnohými nejsou vůbec uznávány. Někdy jsou podezíráni, že si své obtíže namlouvají, či dokonce vymýšlejí. Kvůli svým problémům jsou ale v mnohém omezeni – necestují, vyhýbají se společnosti, stravují se pouze vybraným způsobem (aby si „nezničili zdraví“), omezují sport, zájmy, sexuální život atd.

Projevy neurotických poruch jsou velmi pestré, nelze proto předložit jednoduché řešení k jejich zvládnutí. Na jedné straně musí být neurotikovi poskytnut dostatek času a trpělivosti, na straně druhé je třeba bránit jeho snaze o únik do nemoci. V praxi je důležité odpoutat pozornost od jeho potíží bez bagatelizačních tendencí (nesnižovat). Je třeba zvýšit aktivitu nemocného, podpořit jeho snahu o získání psychické rovnováhy a spokojenosti. Je třeba mu dát najevo, že je schopen řadu potíží zvládat sám, jen aktuálně neví, jakým způsobem. Chceme-li si udržet důvěru nemocného, je třeba jeho potíže chápat, věnovat jim pozornost. Nesmíme však ale dopustit, aby náš zájem vedl ke klientovu zvýšenému sebepozorování.

Přístup ke klientovi s poruchou osobnosti – neharmonicky rozvinutá osobnost se často dostává do různých konfliktních situací pro svá chybná kognitivní schémata (zveličování a bagatelizování, generalizace, vztahovačnost, značkování, diskvalifikace pozitivního apod.)

Obvykle nemá náhled nad svým jednáním. Za své problémy činí zodpovědným své okolí, její vztah k lidem bývá narušen. To jsou také příčiny častých konfliktů.

Naším cílem je zlepšit sociální přizpůsobivost klienta tak, aby i s abnormální povahou dokázal žít ve svém prostředí bez výraznějších problémů. I zde platí zásada nereagovat na agresi agresí, nenechat se vyprovokovat a pokusit se zabránit vzniku konfliktů.

Přístup k jedinci drogově závislému – práce na pracovištích zabývajících se ošetřováním osob závislých na návykových látkách má mnohá specifika vyžadující podrobnější instruktáž a zaškolení.

Pro osoby drogově závislé je typické, že skrývají své projevy, jak jen to je možné. Shání si látku, na které jsou závislí, což jim způsobuje řadu problémů s okolím. Důsledkem je, že žijí v určité trvalé atmosféře nedůvěry. Často se pokouší zvládnout své problémy sami a odmítají léčbu. Souhlasí-li s léčbou, vynucují si projevy důvěry jako důkaz své „změny a pevné vůle“ (žádají např. povolení vycházek apod.).

Zásadou léčby závislých osob je naprostá nekompromisnost v jednání, striktní dodržování předem stanovených pravidel a plánu. Jakékoliv odchylky se nedoporučují.

Usilujeme o získání dostatečné motivace k abstinenci, přebudování hodnotového systému klienta a získání kritičnosti.

Po praktické stránce je po propustce důležitá kontrola klienta včetně přinesených věcí.

Přístup k mentálně retardovanému jedinci – při komunikaci s mentálně retardovanými je důležité maximální zjednodušení našeho vyjadřování – vedeme hovor v jednoduchých větách, hovoříme o zcela konkrétních věcech. Respektujeme případné zvláštnosti klienta ve vyjadřování, chudost jeho slovní zásoby a konkrétnost v myšlení. Dodržujeme věcný a seriózní přístup. Nejsou vhodné infantilizující postoje (např. hovořit ve zdvořilostech) nebo postoje znevažující. Také nadměrná ochrannost není vhodná. Zásadou je respekt osobnosti klienta. Nároky a terapeutické přístupy volíme podle stupně postižení jedince. Důležité je stimulovat ty schopnosti, které klient má. V případě těžkých defektů stojí v popředí spíše základní ošetrovatelská péče, pro kterou platí stejná pravidla jako u nemocných se sníženou soběstačností. Snažíme se o maximální udržení komunikace a nedáváme najevo značnou psychickou ani fyzickou zátěž, která je s péčí spojena.

Přístup k nemocnému ve stáří – podrobnější pravidla přístupu k nemocnému ve stáří jsou uvedena v kapitole Ošetrovatelský proces na geriatrii v učebnici Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty I – Interna.

Základním principem péče o starého člověka je ponechat ho co nejdéle ve známém domácím prostředí. Osamělost někdy vede staré klienty k vyhledávání lékařské péče s různými stesky.

Při komunikaci je nutno si uvědomit velmi časté změny psychiky, ke kterým patří zpomalení psychomotorického tempa, nevyprávnost, ulpívavost, zabíhavost v myšlení, poruchy paměti (především vstřípivosti). Podle přítomných změn se musíme umět adekvátně chovat, např. opakovaně vysvětlovat některé instrukce. Starý člověk se obtížně orientuje v neznámém prostředí a obtížně chápe nové situace. Někdy i drobná tělesná porucha nebo psychicky náročná situace může u starého jedince vyvolat výrazné zhoršení psychických funkcí.

Přístup ke zmatenému nemocnému – stavy zmatenosti jsou často doprovázeny úzkostí a motorickým neklidem.

Naším cílem bude tedy zmírnění úzkostí, kterého dosáhneme omezením množství podnětů a zeslabením jejich intenzity (uložíme nemocného do tiché místnosti s malým počtem spolupacientů, klademe jednoduché otázky, na nemocného nenaléháme, jednáme klidně

a tiše). Nevyzná-li se nemocný v situaci, je třeba mu poskytnout opakované informace o místě pobytu, časových okolnostech apod. Je vhodné, pečuje-li o nemocného minimální počet lidí. Nikdy se nemocnému nezapomínáme představit, i když jsme se s ním předtím už viděli (mohl to zapomenout). Uklidnění napomáhá také přítomnost osoby, kterou klient dobře zná. Pečlivě vysvětlíme pacientovi všechno, co děláme (např. odběr krve).

Přístup k neklidnému a agresivnímu nemocnému – předně je důležité velmi rychle rozpoznat příčinu a druh neklidu. Podle toho také velmi rychle a uvážlivě volíme prostředky, jak stav zvládnout.

Veškerá opatření vůči agresivnímu nemocnému musí být vedena tak, aby nedošlo k poškození zdraví:

- ošetřujícího personálu
- samotného nemocného
- okolí (spolupacientů).

Nemocný nesmí zůstat bez dozoru!

Většinou a optimálně se podaří neklid zvládnout klidně vedeným rozhovorem, jehož obsah volíme podle situace. Nemocný nesmí mít pocit, že je vyslýchán, proto je třeba se při odpovědích orientovat na základě spontánní reakce nemocného, netrvat na co nejpřesnějších informacích (mluvíme o tzv. nekonfrontačním přístupu). Hrozí-li fyzická agrese, dodržujeme následující zásady:

- k nemocnému se přibližujeme pomalu ze směru, který pro něho není překvapivý nebo ohrožující (t.j. raději čelem než zboku a zezadu)
- zastavíme se asi dva metry před ním, když jej oslovujeme (t.j. mimo jeho dosah)
- mluvíme pomalu, jasně a důvěryhodně. Musíme mluvit dostatečně hlasitě, abychom měli jistotu, že nás dobře slyší. Nesmíme ale křičet.
- představíme se jasným srozumitelným způsobem
- spolu s nemocným si zkontrolujeme jeho jméno, aby věděl, že víme, kdo je
- pokoušíme se klientovi vyjádřit svou empatii
- neděláme žádné prudké pohyby
- vždy si zajistíme podporu dalších osob (personálu)
- zachováváme uvolněný, ale vzpřímený postoj, nacházíme se vždy blíž ke dveřím než nemocný
- zajistíme odstranění potenciálně nebezpečných předmětů.

V případě rozpoutání násilí je důležité mít k dispozici dost lidí („co končetina, to jedna osoba“). Pacient se musí položit na záda na zem co nejrychleji. Jedna osoba dbá, aby měl stále volný přístup vzduchu a nic mu nebránilo v dýchání. Jakmile se dosáhne cíle, je nutno sevření okamžitě uvolnit.

Dle lékařské ordinace se ke zvládnutí násilí používá především injekční terapie (intramuskulární). Je-li nemocný ozbrojen, přivoláváme na pomoc policii.

Všechny případy násilného nebo agresivního jednání včetně podrobného popisu restričních (omezujících) opatření bedlivě zaznamenáme do dokumentace.

1.2 Organizace psychiatrické péče

Současným trendem péče o duševně nemocné je omezení počtu lůžek ve velkých psychiatrických léčebnách. Ta jsou nahrazována malým počtem lůžek akutních, umístěných

v psychiatrických odděleních nemocnic, odděleními zaměřenými na speciální péči (dětská oddělení, oddělení pro léčbu závislosti s detoxikačním oddělením, gerontologické oddělení) a především službami intermediální péče (denní stacionáře apod.).

V současné době můžeme rozdělit psychiatrickou péči do tří oblastí:

- ambulantní péče
- intermediální péče
- lůžková péče.

Ambulantní péče

Psychiatrická ambulance je základním článkem ambulantní psychiatrické péče. Je určena osobám, které docházejí do zdravotnického zařízení, zajišťuje také domácí péči (návštěvní službu). K jejím úkolům patří diagnostika, léčba, rehabilitace a prevence duševních poruch. Poskytuje všeobecnou psychiatrickou péči (pro děti a dospělé), může zahrnovat rovněž celou řadu specializovaných jednotek (ordinace pro léčbu závislosti, sexuologická ambulance, substituční centra pro drogově závislé apod.).

Intermediální péče

Tato forma péče je dnes preferována. Je na pomezí péče ambulantní a lůžkové. Zahrnuje řadu služeb, ke kterým patří:

- **denní stacionáře** – slouží pro denní pobyt psychiatrických nemocných. Jejich úkolem je poskytovat každodenní léčebnou a rehabilitační péči nemocným, kteří vyžadují intenzivnější ambulantní léčbu, ale ještě nevyžadují hospitalizaci. Stacionáře mohou být součástí zdravotnického i nezdravotnického zařízení. Usnadňují pacientům přechod z hospitalizace do běžného života, jsou výhodnější z hlediska sociálního i ekonomického.
- **krizová centra** – jsou zařízení volně přístupná (bez objednání). Slouží lidem, kteří se ocitli ve složité životní situaci. V některých případech mohou napomoci klientům, jejichž onemocnění by si jinak vyžádalo hospitalizaci. Pracují nepřetržitě (7 dní v týdnu, 24 hodin). Některá centra jsou schopna poskytnout také krátkodobou krizovou hospitalizaci.
- **centra denních aktivit** – nabízejí programy zaměřené na podporu sociálního zázemí klientů, nácvik každodenních dovedností, podporují zapojení klientů i do vlastního vedení zařízení s cílem zajistit adaptaci klienta na běžné sociální podmínky.
- **chráněné bydlení** – klade si za cíl připravit klienta k samostatnému a soběstačnému způsobu života, případně mu umožnit dlouhodobý pobyt mimo lůžkové zařízení za současné menší podpory a pomoci. V bytových jednotkách bydlí klienti, kteří se mohou kdykoliv obrátit na personál se všemi problémy souvisejícími se samostatným životem.
- **chráněné dílny** – jsou pracoviště většinou pro 5–15 osob se zkrácenou pracovní dobou, prostředím nevyvolávajícím tlak na velký pracovní výkon. Program je zaměřen na různé výrobní činnosti (výtvarné, technické práce). Cílem této služby je udržet, obnovit a zlepšit pracovní dovednosti klienta, zlepšit sociální vztahy s prací spojené. Tím dosáhneme lepší výkonnosti, pomůžeme zvýšit sebedůvěru klienta a v neposlední řadě tak zlepšíme zdravotní stav.
- **zařízení pro podporu zaměstnání** – klienti jsou zařazováni na vybraná pracovní místa či samostatné provozy, kde pracují za podpory sociálních pracovníků
- **případové vedení** – je určeno nemocným s potřebou komplexní dlouhodobé péče. Zajišťuje jej pracovník (case manager), který společně s klientem a s dalšími odborníky vytváří individuální plán pro nemocného, sleduje jeho plnění

a zprostředkovává klientovi kontakt s potřebnými službami. Důraz je kladen na osobní kontakt case managera s klientem, který zná jeho potřeby a problémy, dokáže včas rozpoznat hrozící známky opětovného vzplanutí onemocnění a mnohdy organizuje účinnou pomoc.

- **telefonická pomoc** – tzv. linky důvěry zajistí klientům i anonymitu projevu.
- **lázeňská péče** – zajišťuje následnou péči a zaměřuje se především na terciární prevenci duševních onemocnění.

Lůžková péče

Z hlediska délky péče můžeme rozdělit hospitalizace na akutní krizovou (krátkodobá hospitalizace 1-7 dní), akutní péči hospitalizační na uzavřených nebo otevřených odděleních klinik, nemocnic a léčeben (4–6 týdnů) a následnou péči dlouhodobou většinou v psychiatrických léčebnách.

Většina lůžek je dnes umístěna v psychiatrických léčebnách, jen menší podíl v psychiatrických odděleních nemocnic. Psychiatrické léčebny se orientují převážně na poskytování péče o dlouhodobě nemocné, nemocnice mohou poskytovat kvalitnější péči akutní.

Základní funkcí akutní lůžkové péče je především posouzení stavu nemocného, návrh léčby, ochrana pacienta před poškozením, ochrana před poškozením ostatních, někdy je nutná ochrana i před prostředím, které vyvolalo nebo zhoršilo duševní poruchu.

Během hospitalizace je klientovi poskytována péče celým terapeutickým týmem, který tvoří lékař – psychiatr, sestry, psycholog a sociální pracovníce (koedukovaná péče).

Péče je zajišťována nepřetržitým provozem. Provoz lůžkové části se řídí podle provozního řádu, ve kterém jsou jasně vymezena pravidla bezpečnosti, hygienická, protiepidemická, etická pravidla (Helsinská deklarace, Charta práv hospitalizovaných pacientů – viz **PŘÍLOHA**) a platné právní normy týkající se zdravotnictví.

Příjem nemocného na oddělení

Pacient je k hospitalizaci doporučen ambulantním psychiatrem, výjimečně praktickým lékařem nebo psychologem, anebo probíhá přijetí za asistence policie. V případě krizových stavů se může dostavit klient sám. Přijímací lékař posoudí druh péče, která bude pro klienta nejvhodnější.

Příjem se uskutečňuje na ambulanci. Při přijetí podepisuje klient „Souhlas s hospitalizací (Prohlášení o dobrovolném vstupu)“. V případě nedobrovolného vstupu odesílá ošetřující lékař „Hlášení přijetí do ústavní péče bez souhlasu nemocného“ příslušnému soudu, a to nejpozději do 24 hodin od přijetí nemocného. Jinou formou nedobrovolné hospitalizace je ochranné léčení a pozorování občana v ústavu před podáním znaleckého posudku ve věcech trestních nebo občanskoprávních. Každé nedobrovolné přijetí nemocného je velmi citlivou záležitostí a musí být řešeno zodpovědně.

Vlastní přijetí by mělo probíhat pokud možno v klidu, klientovi i příbuzným je třeba trpělivě a opakovaně vysvětlit vše o nutnosti hospitalizace, o tom, na které oddělení a proč bude nemocný umístěn. Všichni členové týmu se musí nemocnému představit, mají mít viditelně umístěné jmenovky. Musí být ochotni a schopni komunikovat. V případě nedobrovolného přijetí je nutno dodržovat legální postupy. Pacienti, kteří nějakým způsobem ohrožují sebe nebo své okolí, pacienti se sebevražednými úmysly, pacienti agresivní a především pacienti s akutními psychotickými příznaky jsou umístěni na **uzavřeném oddělení** (oddělení s uzamčenými dveřmi a s možností vycházet jen s povolením lékaře).

Všichni hospitalizovaní klienti by měli být co nejdříve seznámeni s organizací a režimem oddělení, což odstraní mnoho nejistot.

Režim oddělení je přesně propracovaný systém všech aktivit. Pobyt nemocného v ústavní péči podléhá „Dennímu řádu“, se kterým je nemocný seznámen v den přijetí. Ukázka organizace terapeutických aktivit je v tabulce 3.1. Do režimu patří skupinová psychoterapie, individuální psychoterapie, arteterapie, relaxační techniky a psychogymnastika, pracovní terapie a sportovní aktivity.

Propuštění se většinou plánuje, protože jak klient, tak příbuzní mají být na propuštění připraveni. Před propuštěním je nezbytně nutné zajistit každému pacientovi následnou ambulantní péči. U řady klientů je vhodná další péče v denním sanatoriu, docházka do rehabilitačních center, chráněných dílen a dlouhodobých psychiatrických skupin.

Hospitalizace na psychiatrii je pro všechny zúčastněné situací mimořádně citlivou a záleží na každém členovi terapeutického týmu, aby se komplexní péče, léčba a komunikace s klientem dařila.

Vyšetřovací metody v psychiatrii

Základní vyšetřovací metodou v psychiatrii je psychiatrické vyšetření, doplňuje ho vyšetření psychologické. Diagnostika se opírá o celou řadu pomocných vyšetřovacích metod (zobrazovací a laboratorní vyšetření, vyšetření neurologické, oční).

Psychiatrické vyšetření

Psychiatrické vyšetření má celou řadu specifík a v mnohém se zásadně liší od vyšetření tělesného. Lidé jsou zvyklí navštěvovat lékaře s tělesnými problémy, těžko se ale smířují se skutečností, že „skončili na psychiatrii“, což je ještě stále považováno bohužel za ostudu či za osobní selhání.

Informace od klienta získáváme rozhovorem a pozorováním. Už od počátku si všímáme řeči, mimiky, gestikulace, očního kontaktu, ochoty a neochoty spolupracovat, zevnějšku, oblečení a mnohých dalších věcí.

Vyšetření trvá obvykle 40–90 min. Má několik částí:

Základní identifikační údaje (jméno, narození, národnost, rodinný stav, počet dětí, zaměstnání, adresa, kontakt na příbuzné)

Anamnéza:

- rodinná – rodiče (jak se ke klientovi chovali, výchovné metody), sourozenci, „podivní v rodině“, pokusy o sebevraždu, sebevraždy v rodině, alkoholismus, jiné formy toxikomanie v rodině, kriminalita
- osobní
- dětství – od prenatálního období (např. kouření matky v průběhu těhotenství může způsobit pozdější poruchu pozornosti dítěte) až po adolescenci
- sexuální
- sociální – vzdělání, zaměstnání, bytová a ekonomická situace, zjišťujeme spokojenost či nespokojenost klienta v daných oblastech, prostředí, kde vyrůstá
- somatická onemocnění – prodělaná onemocnění, užívání léků, operace, vliv tělesného poškození (např. jizvy) na psychiku klienta

- psychiatrická – průběh psychiatrického onemocnění, předchozí hospitalizace, terapeutické postupy (co pomohlo, co nikoliv)
- vztah k návykovým látkám – alkohol, cigarety, drogy (problémy spojené s užíváním návykových látek)
- objektivní – se souhlasem klienta doplňujeme informace od tzv. objektivního zdroje (příbuzní, přátelé, spolužáci)

Nynější onemocnění – popisuje vývoj obtíží od jejich počátku do současnosti.

Zaznamenáváme je slovy klienta (vystihneme tak jeho interpretaci).

Přítomný psychický stav – je podrobným popisem všech oblastí psychiky nemocného, který vyplývá z rozhovoru a z pozorování jeho chování.

Popisujeme:

- celkové vzezření – nápadně zanedbaný, puntičkářsky ozdobený, nápadnosti v oblečení
- postoj k vyšetření – spolupracuje? reaguje podrážděně?
- psychomotorika – stisk ruky, zrychlené psychomotorické tempo
- řeč – pomalá, hlučná, koktavost, jednoslovné odpovědi
- vědomí a orientace – poruchy vědomí (kvalitativní, kvantitativní)
- emoce a efektivita – jakou má náladu, cítí úzkost, napětí, je apatický
- vnímání – pátráme po přítomnosti halucinací, iluzí
- myšlení – jasné, logické, zjišťujeme poruchy formy a obsahu myšlení (plynulost toku myšlenek, zabíhavost, „slovní salát“, bludy, obsese, fobie)
- soustředění – orientačně provádíme např. sedmičkový test – požádáme klienta, aby v duchu odečítal (100 – 7 – 7 – atd.) a říkal nahlas pouze výsledky (93, 86)
- intelekt – pouze orientační vyšetření (slovní zásoba, způsob vyjadřování), podrobnější je pak náplní vyšetření psychologického
- paměť – dlouhodobá, krátkodobá
- náhled – cítí-li se nemocný, jaké má plány do budoucna
- spolehlivost – možná simulace, disimulace

Přítomný tělesný stav – změření krevního tlaku, pulzu, výška, hmotnost, orientační neurologické vyšetření, výrazně odchylné nálezy somatického stavu (facies alkoholica)

- zhodnocení přítomných symptomů a syndromů, diferenciální diagnostika
- souhrn – shrnutí podstatných údajů

Psychologické vyšetření

Vyšetření provádí klinický psycholog, který je součástí týmu. Ačkoliv se v mnohém může podobat vyšetření psychiatrickému (používá metod rozhovoru, pozorování a testování), nemůže ho nahrazovat. Slouží jako významný článek napomáhající stanovení diagnózy.

Zaměřuje se na určení trvalejších vlastností osobnosti, které nutně nemusí být patologické a ve kterých se liší i zdraví lidé. Zajímáme se o to, proč a jak k nemoci došlo, jak jí předcházet, jaké mohou být ztráty a zisky z nemoci.

Rozeznáváme psychologické vyšetření klinické (rozhovor a pozorování) a testové (pomocí psychodiagnostických metod – blíže je problematika rozebírána v předmětu Psychologie a komunikace).

K nejčastěji užívaným metodám patří:

- test Ravenův k vyšetření konstruktivní představivosti
- test Wechslerův k hodnocení intelektu

- test Rorschachův – metoda, při níž klient sděluje své asociace k standardním symetrickým skvrnám
- Minnesotský dotazník k hodnocení rysů osobnosti
- test Meiliho k hodnocení paměti
- různé dotazníkové metody
- kresba postavy nebo stromu

Sociální šetření

Sociální anamnézu odebírá lékař od nemocného, sociální pracovník provádí šetření v rodině nemocného, jeho zaměstnání a bezprostředním okolí. K tomuto úkonu potřebuje obvykle souhlas nemocného. Zjišťujeme informace o domově (kde, s kým bydlí), zaměstnání (kde pracuje, problémy v práci), osobní vztahy (rodina, přátelé, konflikty), problémy se zákonem, patologické návyky, zájmy, hodnoty.

Zobrazovací metody

Prispívají ke stanovení diagnózy tím, že umožní zobrazit stavbu a činnost mozkové tkáně.

Používají se převážně u onemocnění tzv. neuropsychiatrických (demence, Parkinsonova nemoc, epilepsie) a k vyloučení organického postižení.

Patří k nim:

- nativní RTG snímek – snímek lbi
- počítačová tomografie (CT) – provádí se i kontrastní CT, dynamická CT
- arteriografie mozkových tepen (rentgenová vyšetření za pomoci kontrastních látek)
- magnetická rezonance mozku, funkční magnetická rezonance, kontrastní vyšetření
- radionuklidové vyšetřovací metody (SPECT, PET)
- denzitometrie
- elektroencefalografie (EEG)

Laboratorní vyšetření:

- vyšetření mozkomíšního moku
- krevní obraz, sedimentace, vyšetření moči, jaterních funkcí, hladiny minerálů, glykemie
- toxikologické vyšetření, vyšetření metabolitů farmak
- sérologické vyšetření (HIV, borelióza)

1.3 Kontrolní otázky:

1. Jak lze rozdělit psychiatrickou péči?
2. Charakterizujte obor psychiatrie.
3. Jaké jsou nejčastější příčiny duševních poruch?
4. V čem spočívá prevence duševních poruch?
5. Popište příznaky duševních poruch.
6. Co je typické pro poruchy osobnosti?
7. Jaké znáte sexuální poruchy?
8. Jaké nároky jsou kladeny na zdravotníka v oboru psychiatrie?
9. Uveďte, co vše zahrnuje psychiatrické vyšetření.

2. Ošetrovatelský proces u K/P se schizofrenií

2.1 Anatomie

Vzhledem k nejasné etiologii daného onemocnění není zcela jasné, která anatomická oblast je postižena.



2.2 Charakteristika onemocnění

Schizofrenie je závažné psychotické onemocnění. Narušuje schopnost nemocného srozumitelně jednat a chovat se v souladu s okolnostmi. Projevuje se výraznými poruchami myšlení, vnímání a afektivity. Schizofrenie se vyskytuje asi u 1 % populace. Začíná obvykle u mužů mezi 17.–30. a u žen mezi 20.–40. rokem věku. Snižuje kvalitu lidského života – mění se vztah nemocného ke skutečnosti, jedinec se odcizuje ostatním lidem.

2.3 Příčiny

Etiologie schizofrenie zůstává i přes četné pokroky, které udělala medicína v posledních 30 letech, neznámá.

Byly zformulovány etiologické hypotézy infekční, genetické, biochemické, metabolické i psychologické (selhání psychologických obranných procesů a zhroucení mezilidské komunikace).

Můžeme říci, že onemocnění vzniká vzájemným působením vnitřního (genetického) a vnějšího faktoru zátěže.

2.4 Příznaky

Schizofrenie postihuje několik složek psychiky – myšlení, emotivitu, jednání i celkovou souhru psychických funkcí. Hovoříme o dezintegraci (rozkladu) psychiky. I když někdy končí úpadkem osobnosti, nejedná se o poruchu organickou, ale funkční.

Rozlišujeme příznaky produktivní (v psychice je něco patologického navíc):

- v myšlení – mnohomluvnost
- ve vnímání – bludy, halucinace
- v citové oblasti – úzkost nebo zloba
- v chování – agresivita, neklid, echolálie, bizarní projevy

Dále jsou přítomny příznaky neproduktivní (útlumové příznaky):

- útlum myšlení až mutismus
- stupor až negativismus

Osobnost nemocného může už před propuknutím onemocnění vykazovat určité zvláštnosti – uzavřenost, omezené sociální vztahy, nevypočitatelnost v chování.

Diagnostická kritéria pro schizofrenii:

- slyšení vlastních myšlenek, odnímání, vysílání myšlenek
- bludy, často trvalého rázu (nadlidské síly, schopnosti)
- halucinatorní hlasy (stále komentují chování nemocného, rozmlouvají o něm)
- přetrvávající halucinace různé formy
- zárazy nebo vkládání do toku myšlenek (s následnou irelevantní řečí či neologizmy)
- katatonní jednání (vzrušivost, mutismus, stupor)
- apatie, ochuzení řeči, zploštělost citů
- sociální stažení
- výrazné změny v osobním chování (ztráta zájmů, nečinnost, ztráta vztahů)

Formy schizofrenie – rozdělujeme podle převažujících příznaků:

- paranoidní – nejčastější, v projevech převládají bludy hlavně paranoidního obsahu obvykle jsou přítomny halucinace, především sluchové
- hebefrenní – změny afektivity, nezodpovědné, nepředvídatelné chování, klackovité chování, pseudofilozofování. Vyskytuje se u adolescentů nebo u mladých jedinců.
- katatonní – v popředí jsou katatonní projevy: stupor, negativismus, vosková ohebnost, excitace
- simplexní – rozvíjí se plíživě, jsou pro ni typické poruchy emotivity (vyhasnutí, oploštění), chorobné uzavření, neschopnost plnit sociální požadavky a role. Nebývají přítomny bludy ani halucinace.

Podle průběhu můžeme rozdělit schizofrenní poruchy na akutní a chronické.

Průběh a prognóza

Třetina pacientů vede běžný život, třetina má neustálé příznaky, ale je schopna žít v normální společnosti, třetina má postižení trvalé a je často hospitalizována. Asi 10 % pacientů je odkázáno na život v ústavu.

Schizofrenie probíhá u každého pacienta jinak. Průběh může být:

- epizodický, v mezidobích jsou „zbytkové“ příznaky
- epizodický, v mezidobích bez příznaků
- jediná epizoda s úplným uzdravením (remisí)
- jediná epizoda s částečným uzdravením
- kontinuální (chronický) průběh, kdy příznaky stále trvají

2.5 Vyšetřovací metody

- psychiatrické vyšetření
- psychologické a sociální vyšetření
- pomocná zobrazovací vyšetření (pro zpřesnění diagnostiky, k vyloučení organické příčiny potíží – CT, NMR, SPECT mozku, EEG)

2.6 Léčba

- farmakologická – antipsychotika, anxiolytika, antidepresiva, hypnotika – podávání léků je dlouhodobé, nepřerušované, někdy celoživotní. V akutní fázi je někdy vhodnější podávat lék injekčními formami, popř. solubilní (rozpustné) tablety (pacienti odmítají užívat léky – mohou např. považovat lék za jed, tabletu dovedou pacienti v ústech skrýt a poté ji vyhodit).
- elektrokonvulzivní terapie
- psychosociální léčba – psychoedukace, podpůrná psychoterapie, kognitivně behaviorální psychoterapie, edukace rodiny o nemoci a léčbě, individuální a skupinová terapie, nácvik komunikačních, sociálních dovedností (resocializace), pracovní rehabilitace, zaměstnání s podporou, chráněná bydlení.

2.7 Ošetrovatelský plán a jeho realizace

Klient v remisi (období bez akutních psychotických příznaků) je v domácí péči, dochází pravidelně k ambulantním kontrolám. Klienti s atakou onemocnění jsou hospitalizováni na psychiatrickém (obvykle uzavřeném) oddělení. Klienti s těžkým chronickým průběhem onemocnění jsou hospitalizováni v psychiatrických ústavech.

Ošetrovatelská péče u nemocných se schizofrenií podléhá zásadám obecné ošetrovatelské péče. Problémem ztěžujícím získávání informací od klienta jsou poruchy myšlení a emotivity, které onemocnění často doprovází. Při sběru informací bychom tedy měli taktním způsobem vždy ověřovat jejich pravdivost.

Při stanovování, realizaci i hodnocení ošetrovatelského plánu je nutno mít stále na paměti, že stěžejním kamenem úspěšné péče je spolupráce mezi ošetřujícím personálem a klientem.

Sleduj:

- projevy onemocnění, jejich vývoj
- výskyt bludů, poruchy myšlení
- halucinace
- chování klienta
- případné tendence k násilnému jednání (sebepoškozování)
- stav vědomí
- užití ordinovaných léků (kontrola dutiny ústní po podání léku)
- účinky léků (žádoucí i nežádoucí)
- komunikaci – její úroveň, zhoršování
- úroveň spolupráce klienta, změny náhledu onemocnění
- fyziologické funkce
- předměty, věci v okolí klienta (pravidelná kontrola po návštěvách, náhodné kontroly v průběhu dne)
- k nebezpečným předmětům mohou patřit veškeré ostré předměty, vč. např. skleničky od parfému, provazy – např. šňůrka od županu, tkaničky od bot, části oblečení, lůžkovin, elektrické spotřebiče, jehlice na pletení, spony do vlasů apod.

Další bio-psycho-sociální potřeby viz. učebnice Ošetrovatelství pro SZŠ III (autor Slezáková, L. a kol.)

Klient je propuštěn do domácího ošetřování, nevykazuje-li známky akutní ataky onemocnění a není-li ohrožena bezpečnost jeho nebo okolí. Musí být náležitě poučen o nutnosti trvalé dispenzarizace (sledování), pravidelném užívání léků.

Součástí přípravy klienta na propuštění je rovněž edukace příbuzných, které se věnuje převážně lékař psychiatr, psycholog a sociální pracovník (důležitou součástí následné léčby je také sociální rehabilitace). Doléčování psychicky nemocných probíhá často v denních stacionářích, kam klient po propuštění dochází.

2.8 Kontrolní otázky

1. Popiš příznaky paranoidní schizofrenie.
2. Zdůvodni, proč je důležité zajistit nezbytná bezpečnostní opatření u klienta v akutní fázi schizofrenie?
3. Vyjmenuj předměty běžného denního užívání, které mohou ohrozit klienta se schizofrenií či jeho okolí (brainstorming).
4. Které lékové skupiny jsou užívány k léčbě schizofrenie?
5. Popiš zvláštnosti podávání léků u klientů se schizofrenií.
6. Vysvětli význam potřeby trvalé dispenzarizace u nemocného, který nevykazuje známky akutní ataky onemocnění.

3. Ošetrovatelský proces u K/P s mentální anorexií

3.1 Anatomie

Vzhledem k nejasné etiologii daného onemocnění není zcela jasné, která anatomická oblast je postižena.

3.2 Charakteristika onemocnění

Onemocnění je charakterizováno úmyslným snižováním hmotnosti, které si pacient způsobuje a udržuje sám. Touto poruchou trpí nejčastěji dívky (asi v 95 %), a to ve věku 16–25 let. Výjimkou není ani anorexie zjištěná u dívky před 13. rokem, nebo dokonce až po 40. roce věku.

3.3 Příčiny

Základní příčina není zcela jasně vyjádřena. Na rozvoji onemocnění se podílí řada faktorů:

- biologické (dysfunkce hypotalamu, dědičnost)
- psychologické – manipulace s jídlem může být projevem snahy udržet stav nezralosti a vyhnout se sexuálním vztahům a těhotenství

- sociokulturní – mentální anorexie může být výsledkem dysfunkčních rodinných vztahů, svou roli hrají i vlivy společenské – móda, zaměření na vzhled, výkon a úspěch

Odmítáním potravy se klient vždy snaží „řešit“ nějaký problém. Jde převážně o úspěšné, inteligentní dívky, často z dobrých rodinných poměrů. Bývají v kolektivu oblíbené, nemívají žádné problémy. Zlom často nastává právě v období puberty. Někdy stačí nešetrná poznámka o vzhledu dívky, že se z ní stává žena, že začíná mít prsa apod. Dívka si náhle uvědomí, že se zakulacuje, že ztrácí svou dětskou postavu, a to ji může přimět k držení diety. Jiná situace je, když např. dívka vyniká ve sportu a utrpí úraz, kdy je na čas vyřazena z tréninku. Její výkon po návratu není takový, jaký by chtěla. Mohlo se stát, že v době klidu i pár kilo přibrala, což ji vyděsí a přiměje ke kontrole hmotnosti a dodržování diety. Výkon ale nestoupá a dívka se uchyluje ještě k tvrdším opatřením, což postupně může vyústit až v poruchu příjmu potravy. Někdy stačí jen výskyt obezity v rodině, kde se dívka snaží, aby nedopadla jako rodiče, a kontroluje svůj příjem potravy. V jiném případě může jít o dívku, na kterou rodiče neměli nikdy čas, spoléhali vždy na to, že se dobře učí, že nemá žádné problémy apod. Dívka se snaží odmítáním potravy na sebe upoutat pozornost.

V posledních letech přibývají výzkumné práce o možnostech současné existence poruch příjmu potravy a ADHD („Attention Deficit Hyperactivity Disorders“ - hyperaktivita s poruchou pozornosti)

3.4 Příznaky

- nápadná vyhublost (někdy se ale vyskytovat nemusí), znatelně vystupují kosti, klouby, hroty obratlů, žebra
- tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou hmotností nebo BMI (Body Mass Index – hmotnost v kg/výška v m²) je 17,5 a méně
- nemocný snižuje hmotnost různými dietami, navozovaným zvracením, užíváním projímadel, diuretik, anorektik či nadměrným cvičením
- má strach z tloušťky, který přetrvává i při výrazné kachexii (vyhublosti), nereálné vnímání vlastního těla (vnímá ho jako obézní, ochablé, nesymetrické apod.) a má vtíravé myšlenky na udržování nízké hmotnosti
- poruchy menstruačního cyklu a plodnosti (amenorea, která může být ovšem překryta užíváním antikoncepce)
- dochází k opoždění nebo zastavení puberty
- zpomaluje se psychomotorické tempo
- poruchy termoregulace – studené, promodralé končetiny, třes
- jemné ochlupení (lanugo) na povrchu celého těla – organizmus se tak snaží pomoci selhávající termoregulaci
- nehty se lámou a třepí, vypadávají vlasy
- kůže je vysušená, popraskaná, má šedavou, nažloutlou barvu
- změny v chování (odmítání, schovávání jídla, nejrůznější výmluvy, kterými odmítají příjem potravy), projevy impulzivity vedoucí k ukvapenému a neplánovanému rozhodování – včetně záchvatů přejídání

Komplikace

Následků dlouhodobého nedostatku živin i chování, souvisejícího s poruchami příjmu potravy, je široká škála. Při onemocnění dochází k rozvratu metabolismu, změny postihují prakticky všechny tělesné systémy a funkce.

- rozvrat vnitřního prostředí
- postižení srdce – srdeční arytmie (bradykardie), hypotenze – tyto komplikace bezprostředně ohrožují klienta na životě
- nedostatek krevních elementů (anémie) – nedostatek červených krvinek, snížení imunity – nedostatečný počet bílých krvinek a proteinů, zvýšené krvácení z nedostatku krevních destiček a bílkovin
- ledviny a vývodné cesty močové – močové kameny, selhávání ledvin (projevující se mimo jiné otoky končetin, obličeje, celého těla)
- osteoporóza – snížení kostní denzity – hustoty (z nedostatku vápníku v potravě). Jejímí důsledky jsou fraktury, často patologické.
- neurologické komplikace – svalová slabost, křeče, motorické poruchy, bolesti hlavy, mdloby, dvojité vidění, zmatenost
- poruchy gastrointestinálního traktu – snížená motilita (pohyblivost) žaludku a střev, nevolnosti, zácpa
- zvýšená kazivost zubů
- neplodnost (infertilita) – vyskytuje se po dlouhodobém vynechání menstruace u chronických stavů.

Psychické komplikace (důsledky hladovění)

- pokleslá, depresivní nálada, podrážděnost
- namísto posílení sebevědomí přibývá nejistoty a úzkostných prožitků, i malé problémy se zdají být neřešitelné
- poruchy koncentrace, nesoustředěnost
- v myšlenkách se klient neustále zabývá jídlem, rád vaří, sbírá recepty a dbá na stravování druhých, zatímco sám se jídla většinou ani nedotkne. Připadá si úspěšnější, když se dokáže omezovat.
- ztrácí zájem o okolí (uzavírá se do sebe, vzrůstá egocentrismus), o sexuální aktivity a vše, co se bezprostředně netýká jídla. Straní se společnosti a společenského dění, dostává se do konfliktů s rodiči, přáteli, narůstá vztahovačnost.

Průběh a prognóza

- začne-li se klient léčit včas, má větší šanci na vyléčení a nemusí si do budoucna nést žádné následky. Délka léčby je rovněž různá. Záleží na věku pacienta, na vážnosti stavu, na podpoře v rodině a na mnoha dalších faktorech. Léčba může trvat několik týdnů, měsíců, roků nebo nemusí dojít k vyléčení vůbec.
- neléčené onemocnění může končit smrtí. Nejčastější příčinou úmrtí bývají arytmie, banální infekce či sebevraždy. U více než 40 % léčených klientů prokázaly studie dobrou remisi (úzdavu), u třetiny klientů došlo k částečné úzdavě, přibližně u třetiny byl průběh nepříznivý (porucha dále přetrvávala).

3.5 Vyšetřovací metody

- psychiatrické vyšetření
- psychologické vyšetření
- laboratorní vyšetření (k posouzení výživy a případného rozvratu vnitřního prostředí – krevní obraz, bílkoviny, minerály, jaterní testy, amylázy, vyšetření acidobazické rovnováhy, endokrinologické vyšetření)
- pomocná zobrazovací vyšetření (pro zpřesnění diagnostiky, k vyloučení organické příčiny hubnutí)

- ultrasonografie štítné žlázy
- rtg lebky se zaměřením na turecké sedlo (hypofýza)
- elektrokardiogram
- gynekologické vyšetření (s vyjádřením se k případné hormonální substituci)
- denzitometrie

3.6 Léčba

Je-li klient mladší 18 let, mohou do terapie zasáhnout rodiče. Je-li však plnoletý, nemohou rodiče rozhodnutí klienta léčit se či neléčit se nijak ovlivnit.

Odborná péče je nutná, jen výjimečně se z onemocnění mentální anorexií může klient vyléčit svépomocí.

Cílem léčby je:

- dosáhnout optimální tělesné hmotnosti
- naučit se normálnímu chování ve vztahu k jídlu
- zlepšit vnímání vlastního těla (naučit se mít rád sám sebe).

Léčba je komplexní:

- psychoterapie – vytvoření terapeutického vztahu, psychoedukace – poučení o povaze nemoci a možnostech léčby, kognitivně-behaviorální terapie, rodinná terapie a poradenství
- skupinová terapie – nácvik žádoucích způsobů chování, vytváření svépomocných skupin (umožní výměnu zkušeností, kontaktů). Důraz je kladen na vzájemnou pomoc podobně postižených.
- farmakologická – antidepresiva, neuroleptika
- dietoterapie – v těžkých případech enterální, parenterální výživa.

3.7 Ošetřovatelský plán a jeho realizace

Terapie může probíhat u lehčích případů ambulantně, v těžších případech je nutná hospitalizace na psychiatrické klinice, popř. na metabolické jednotce (jednotce intenzivní péče). Velkou oporou a pomocí mohou být rodiče, partneři, přátelé. Důležité je, aby tyto blízcí byli s problematikou správně obeznámeni, neboť není jednoduché poznat, jestli poskytnutá pomoc je správná nebo není.

Sleduj

- projevy onemocnění, jejich vývoj
- měření tělesné hmotnosti (klient se snaží zvyšovat svou hmotnost vypitím velkého množství tekutin před převažováním, vkládáním závaží do oděvu či tělesných otvorů apod.)
- výsledky laboratorních odběrů (mineralogram bezpečně odhalí ztráty iontů zvracením)
- příjem jídla a tekutin
- chování klienta (zvláště po jídle – zvracení, nadměrné cvičení)
- užití ordinovaných léků
- fyziologické funkce
- předměty, věci v okolí klienta (neschovává-li si jídlo např. do nočního stolku)

Další bio-psycho-sociální potřeby viz. učebnice Ošetrovatelství pro SZŠ III (autor Slezáková, L. a kol.).

Klient je propuštěn do domácího ošetrování obvykle po dosažení určité předem stanovené hmotnosti. Je poučen o dalších kontrolách a postupu léčby v domácích podmínkách.

3.8 Kontrolní otázky

1. Charakterizuj onemocnění mentální anorexie.
2. Které faktory se podílí na rozvoji onemocnění? Uveď příklady.
3. Vyjmenuj komplikace dlouhodobého nedostatku živin (v oblasti tělesné, psychické i sociální).
4. Jaká je prognóza onemocnění?
5. Popiš význam skupinové terapie v léčbě tohoto onemocnění.
6. Vypočti BMI vybrané osobě a urči stav výživy.

tabulka: Kategorizace BMI

BMI	Kategorie	Zdravotní riziko
méne než 18,5	podváha	vysoké
18,5 - 24,9	norma	minimální
25,0 - 29,9	nadváha	nízke až lehce vyšší
30,0 - 34,9	obezita 1. stupně	Zvýšené
35,0 - 39,9	obezita 2. stupně (závažná)	Vysoké
40,0 a více	obezita 3. stupně (těžká)	velmi vysoké

Pozn.: Kategorie BMI jsou pouze zjednodušeným modelem. Body Mass Index udává méně přesné údaje zejména u dětí, starších lidí a aktivních sportovců. Přesnější posouzení tělesné konstituce provádí lékař, který zahrne i další parametry: např. pohlaví, věk, objem svalů, typ postavy, měření kožních řas.

4. Ošetrovatelský proces u K/P s depresí

4.1 Anatomie

Vzhledem k nejasné etiologii daného onemocnění není zcela jasné, která anatomická oblast je postižena.



4.2 Charakteristika onemocnění

Deprese patří k jednomu z nejčastějších onemocnění vůbec. Během života onemocní přibližně každá pátá žena a každý desátý muž. Nemocní strádají nejen psychicky a citově, ale také tělesně a sociálně (choroba vážně narušuje vztahy rodinné i pracovní). Závažným důsledkem deprese může být sebevražda.

K depresivním poruchám patří depresivní epizoda a periodická depresivní porucha.

4.3 Příčiny

Příčiny nejsou dosud přesně známy. K rizikovým faktorům patří:

- biologická zátěž (porod, léčba steroidy, hypotyreóza – snížená funkce štítné žlázy)
- genetické vloh
- psychosociální zátěž (ztráta blízké osoby, ztráta zaměstnání, chronická frustrace)
- vývoj osobnosti (ztráta rodiče v dětství, naučená bezmocnost)
- změna hladin tzv. neuropřenašečů v CNS (katecholaminy, serotonin)
- porušení cirkadiánní rytmicity

4.4 Příznaky

- pokleslá nálada, neschopnost radovat se z věcí, které dříve radost působily
- sebevýčitky, beznaděj
- poruchy spánku
- poruchy chuti k jídlu (doprovázené hmotnostním poklesem nebo přírůstkem)
- snížení sexuální aktivity
- pocit ztráty energie a elánu, celková vyčerpanost
- nesoustředěnost, únava
- pokles zájmu o dění kolem

- sebevražedné myšlenky (dvě třetiny nemocných)
- uskutečnění sebevraždy, sebevražedného pokusu (až 15 % nemocných!)

Formy

Deprese můžeme rozdělit podle stupně závažnosti a rozsahu příznaků na lehkou, středně těžkou a těžkou.

Podle případné přítomnosti psychotických příznaků na těžkou s psychotickými příznaky (bludy, halucinace) a bez psychotických příznaků.

Zvláštním typem je tzv. larvovaná deprese (maskovaná, skrytá) – projeví se tělesnými příznaky (zažívací obtíže, bolesti hlavy, zad), do kterých se „přenesou“ psychické potíže. Lidé v naší kultuře jsou zvyklí obracet se na lékaře spíše se somatickými než tělesnými obtížemi, stejně tak zdravotníci jsou zvyklí pátrat po obtížích somatických spíše než po psychických.

Průběh a prognóza

Depresivní epizoda, která se neléčí, trvá půl až tři čtvrtě roku (nedojde-li ovšem k sebevraždě). Více než polovině nemocných se deprese alespoň jednou v budoucnu vrátí (rekurentní – návratná deprese). Včasná a dlouhodobá antidepressivní léčba může návratu choroby v budoucnu zabránit. Naprostá většina nemocných se obvykle uzdraví, jen u malého procenta nemocných dochází ke chronicitě a dlouhodobé invalidizaci.



4.5 Vyšetřovací metody

- psychiatrické vyšetření
- psychologické vyšetření
- pomocná zobrazovací vyšetření (pro zpřesnění diagnostiky, k vyloučení organické příčiny potíží – CT, NMR, PET – pozitronová emisní tomografie, EEG – elektroencefalografie).

4.6 Léčba

Farmakologická – podávání antidepressiv:

- tricyklická antidepressiva (tymoleptika)
- antidepressiva II., III., IV. generace
- inhibitory monoaminoxidázy (I-MAO)
- tymoprofylaktika

Elektrokonvulzivní terapie – u nemocných nereagujících na farmakoterapii, jsou-li bezprostředně ohroženi na životě (nepřijímají tekutiny, nekomunikují, mají nezvladatelné sebevražedné tendence)

Fototerapie – léčba denním světlem (u mírných sezónních depresí)

Psychoterapie (kognitivně behaviorální terapie – v případě lehké a středně těžké deprese).

Přístup k depresivnímu nemocnému

Lidé v okolí depresivního jedince mají obvykle snahu pochopit příčinu poklesu nálady, objevit psychogenní vlivy (proč je depresivní), bagatelizovat jejich závažnost. To může být do jisté míry ospravedlnitelné u depresí tzv. reaktivních (vznikajících jako reakce na nějaký problém), u ostatních forem může mít tento přístup účinek opačný. Nemocného se nesnažíme rozveselovat, ale také ho ani nelitujeme, spíše mu pomůžeme alespoň minimální činnost pod vedením personálu. Důležitým předpokladem spolupráce je empatie (dát nemocnému najevo, že jsme s ním, že mu rozumíme, že se má o koho opřít). Důležité je posouzení hloubky deprese a případných sklonů k sebevražednému jednání (otevřený vztah důvěry vede nemocného k ventilaci svých záměrů, nemocní totiž většinou o nich spontánně nehovoří). Riziko sebevražedného jednání je u depresivních poruch vždy přítomné (i když nemocný to zcela popírá), je proto nutno učinit opatření k minimalizaci rizika (uzavřené oddělení, odstranění ostrých předmětů apod.).

Neklademe na nemocného vyšší nároky, než je momentálně schopen zvládnout. Nicméně ho vedeme k tomu, aby byl schopen (třeba i s pomocí) zajistit své základní potřeby (umýt se, obléknout apod.). Velký význam má dostatek trpělivosti.

Rizikové faktory sebevražedného jednání:

- sebevražedné pokusy v anamnéze
- hluboká beznaděj (nemá žádné cíle)
- mužské pohlaví
- nezaměstnanost
- abúzus návykových látek
- plán sebevraždy
- sluchové halucinace („hlasy nabádající skoncovat se životem“)
- nezvyklé uspořádávání záležitostí (závěť).

4.7 Ošetřovatelský plán a jeho realizace

Onemocnění je většinou léčitelné ambulantně. Hospitalizováni jsou klienti se sebevražednými tendencemi a klienti s těžkými formami deprese. Vzhledem k riziku sebepoškození probíhá hospitalizace většinou na uzavřeném psychiatrickém oddělení, ve fázi rekonvalescence pak na oddělení otevřeném (z důvodů resocializace – usnadnění návratu do normálního prostředí).

Sleduj

- projevy onemocnění, jejich vývoj
- výskyt sebevražedných tendencí
- výskyt případných psychotických příznaků (bludy, halucinace)
- náladu, chování klienta – stav vědomí
- užití ordinovaných léků (kontrola dutiny ústní po podání léku)
- účinky léků (žádoucí i nežádoucí – nadměrná ospalost, zácpa apod.)
- komunikaci – její úroveň, zhoršování

- fyziologické funkce
- předměty, věci v okolí klienta (pravidelná kontrola po návštěvách, náhodné kontroly v průběhu dne), nebezpečné předměty ihned odstranit z blízkosti klienta

Další bio-psycho-sociální potřeby viz. učebnice Ošetrovatelství pro SZŠ III (autor Slezáková, L. a kol.)

Klient je propuštěn do domácího ošetrování, nevykazuje-li známky akutní ataky onemocnění (sebevražedné tendence). Musí být náležitě poučen o nutnosti další dispenzarizace (sledování) a pravidelném užívání léků.

4.8 Kontrolní otázky

1. Co může být nejzávažnějším důsledkem deprese?
2. Popiš termín „larvovaná deprese“.
3. Vysvětli rozdíl mezi depresivní epizodou a periodickou depresivní poruchou.
4. Jaká jsou bezpečnostní opatření u klienta se sebevražednými tendencemi?
5. Vyjmenuj lékové skupiny k léčbě deprese, popiš některé nežádoucí účinky.
6. Popiš přístup k depresivnímu nemocnému v akutní fázi onemocnění.
7. Je vhodné doporučit klientovi s depresí tělesný klid? (své tvrzení zdůvodni)

5. Práva duševně nemocných

Diagnóza duševní choroby má být v souladu s přijatými lékařskými, vědeckými a etickými normami. Obtíže při adaptaci na morální, sociální a politické a jiné hodnoty nemají být samy o sobě považovány za duševní nemoc.

Základní práva osob, které jsou označeny jako duševně nemocné, odborně diagnostikovány jako duševně nemocné, léčeny jako duševně nemocné a považované za duševně nemocné nebo trpící emočními problémy, jsou stejná jako práva všech ostatních občanů.

Proto je také 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

Základní práva a potřeby duševně nemocných, která musí být zvláště chráněna, protože jsou nejčastěji porušována (případy 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 vlastního teritoria v lůžkových zařízeních)

Právo na práci a spravedlivou odměnu (předčasná invalidizace, nemožnost sehnat práci při invalidním důchodu, nemožnost připravovat se na práci při dlouhodobé pracovní neschopnosti, odmítání ze strany potenciálních zaměstnavatelů, zadržování autorských honorářů, pracovní vykořisťování ap., 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 (nedostupnost adekvátní lékařské péče, nedostupná sociální pomoc, vykazování do neuspokojivého bydlení)

Právo na spolurozhodování o léčebných výkonech a postupech (direktivní terapeutický přístup, zvl. při nedobrovolné hospitalizaci)

Právo na informovanost o podstatných skutečnostech nemoci (neposkytování či odmítání informací)

Právo na lidský kontakt, na osobní svobodu (zakazování nebo omezování návštěv nebo kontaktů)

Právo na kultivaci a osobní růst (nedostatek podnětů)

Deklarace vychází z Luxorské deklarace, schválena byla Radou ředitelů Světové federace pro duševní zdraví 20. srpna 1989 na Světovém kongresu o duševním zdraví v Aucklandu na Novém Zélandu.

Shrnutí

Ošetrovatelství v psychiatrii je zařazeno do IV. ročníku oboru ZA. Obecný úvod zahrnuje historii oboru psychiatrie, příčiny a příznaky duševních chorob. V části speciální psychiatrie je uveden stručný přehled nejčastějších poruch a jejich terapie. V části organizace psychiatrické péče jsou uvedeny principy léčby a specifika práce v psychiatrických zařízeních. V další části textu je podrobně zpracováno konkrétní psychiatrické onemocnění a každá konkrétní kapitola je členěna na část anamnestickou, příčiny, příznaky, vyšetřovací metody a léčbu. V ošetrovatelském plánu je zmíněna pouze část týkající se sledování klienta a pro zbývající bio-psycho-sociální potřeby je uveden odkaz na příslušnou literaturu viz. učebnice Ošetrovatelství pro SZŠ III (autor Slezáková, L. a kol.) Na konci tématické části jsou uvedena práva duševně nemocných.

6. Seznam zkratek

ADHD – hyperaktivita s poruchou pozornosti
AIDS – syndrom získaného imunodeficitu
BMI –Body Mass Index (index tělesné hmotnosti)
CNS – centrální nervová soustava
CT – počítačová tomografie
D - dech
DBS – hluboká mozková stimulace
EEG - elektroencefalografie
FA – farmakologická anamnéza
FF – fyziologické funkce
HIV – lidský virus imunitní nedostatečnosti
IQ – inteligenční kvocient
LSD – diethylamid kyseliny lisergové
MDMA – extáze (droga)
NMR – magnetická rezonance
NO – nynější onemocnění
OA – osobní anamnéza
Ose – ošetřovatelský
P - puls
PA – pracovní anamnéza
PET – pozitronová emisní tomografie
RA – rodinná anamnéza
SPECT – tomografická scintigrafie
rTMS – repetitivní transkraniální magnetická stimulace
VNS – stimulace nervus vagus
WHO – Světová zdravotnická organizace

7. Literatura

1. BROWN, T. M. a kol., *Emergentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1992. 160 s.
2. DUŠEK, K., MALÁ, E., *Psychiatrie*. Praha, Avicenum, 1990. 7. vyd. 100 s. ISBN 80-201-0021-0.
3. DYLEVSKÝ, I., TROJAN, S., *Somatologie 1, 2*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0026-1 (1. díl). ISBN 80-201-0063-6 (2. díl).
4. HÖSCHL, C. a kol., *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2002. 895 s. ISBN 80-900130-1-5.
5. JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J., PETROVÁ, V., *Ošetrovatelství – učební text pro IV. ročník SZŠ 2. část – ortopedie, kožní, infekční, stomatologie, neurologie, psychiatrie*. 1. vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám, 2001. 173 s.
6. KÁBRT, J., *Lexikon medicum*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1988. 733 s.
7. MARKOVÁ, E. et al., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
8. MIKŠOVÁ, Z., JANOŠÍKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M., *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. 1. vyd. Valašské Meziříčí: Nalios, 1998. 121 s.
9. NEUWIRTH, J., *Ošetrovatelství II*. 3. vyd. Praha: INFORMATORIUM, s.r.o., 1996. 205 s. ISBN 80-85427-88-5.
10. on line: <http://www.stripky.cz/nemoci/chronicita/dusevne.html>.
11. PRAŠKO, J., *Co je deprese a jak se léčí*. 2. vyd. Praha: TRITON, 2007. ISBN 978-80-7387-2
12. PRAŠKO, J., LÁTALOVÁ, K., TICHÁČKOVÁ, A. STÁRKOVÁ, L. *Klinická psychiatrie*. 1. vyd. Praha: TIGIS, 2011, 515 s. ISBN 978-80-87323-00-7
13. PRAŠKO, J. a kol., *Léčíme se s psychózou. Příručka pro nemocné a jejich rodiny*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, 2005. 96 s. ISBN 80-239-5482-2
14. PRAŠKO, J. a kol., *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2003. 192 s. ISBN 80-7333-02-4.
15. PRAŠKO, J. a kol., *Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 430 s. ISBN 978-80-244-2365-4
33. RADIMSKÝ, M. a kol., *Psychiatrie*. 3. vyd. Brno: IDVPZ, 1997. 176 s. ISBN 80-7013-218-3.
34. TICHÁ, M., *Základy psychiatrie*. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci, 1994. 38 s.
35. VOKURKA, M., *Praktický slovník medicíny*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 1994. 360 s. ISBN 80-85800-22-5.
36. Použité obrázky – zdroj- www.google.com