

Představujeme: Psychiatrické oddělení

Psychiatrie, její reforma a dostupnost v Jihočeském kraji

Předmětem a náplní oboru psychiatrie je prevence, diagnostika, terapie a rehabilitace osob s duševními poruchami v rozsahu diagnóz F0-F99, jak jsou vymezeny současnou verzí Mezinárodní klasifikace nemocí, která v České republice platí od roku 1994. Psychiatrie se rovněž zabývá výzkumem vzniku a terapie těchto duševních poruch.

Obor psychiatrie vymezuje hranice mezi psychiatrickými diagnózami a nechorobnými stavy nespokojenosti, sociálním selháním, přirozenými reakcemi na životní zátěže, extrémními názory a postoji politickými a filozofickými. Cílem péče o osoby s duševními poruchami je co nejvíce podpořit schopnosti pacienta a jeho přirozeného zázemí tak, aby byl schopen se v co nejvyšší míře vypořádat se svými obtížemi sám. K těmto cílům využívá psychiatrie léčebné postupy biologické (léky, stimulační metody, fototerapie apod.), psychoterapeutické, socioterapeutické a rehabilitační. Pro dlouhodobě duševně nemocné je nezbytné doplnit zdravotní péči o péči sociální a rehabilitační. Zdravotní a sociální péče se u těchto nemocných vzájemně prolínají a doplňují. Psychiatrické problémy (závislosti, sebevražednost, extrémní názory, stigmatizace, trestná činnost) často úzce souvisejí s celospolečenskými problémy dané doby a přesahují kompetence i možnosti psychiatrie a zdravotnictví vůbec. Za hledání řešení těchto jevů musí nést odpovědnost státní orgány a instituce, kterým může být psychiatrie nápomocná.



Slavnostní otevření pavilonu A v březnu roku 2019 / Foto: redakce

Vymezení činnosti oboru a nároků kladených na obor

Popis klientely, nejčastější diagnostické okruhy

Obor psychiatrie se zaměřuje na osoby trpící některou z duševních poruch F0-F99, jak jsou popsány v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí, u všech věkových kategorií. Psychiatrie spolupracuje s ostatními klinickými obory medicíny, jelikož psychické vlivy se mohou podílet na vzniku a udržování somatických (tělesných) chorob a naopak somatické choroby mohou

psychické poruchy vyvolávat. Duševní poruchy jsou často dlouhodobé a mívají periodický průběh. Mnohé z nich zkracují délku života (například schizofrenie, deprese, závislosti). Jelikož u většiny psychických poruch dosud neznáme ani příčiny a důvody vzniku, je jejich léčení někdy obtížné a dlouhodobé. Všechny ale výrazně zhoršují kvalitu života jedince, kvalitu vztahů rodinných, partnerských, pracovních i sociálních a omezují životní spokojenost. To vše má vliv na mnohé oblasti života postiženého i jeho okolí. Největší část psychiatrické péče je

v ambulantních zařízeních věnována pacientům s úzkostnými poruchami.

Úkoly psychiatrie

V současné době psychiatrie čelí především těmto výzvám:

- stárnutí populace zvyšuje výskyt duševních poruch ve stáří (především demence),
- zdraví populace je více ohroženo nadměrnou konzumací alkoholu a dalších návykových látek,
- oblast tradiční psychiatrie je oproti ostatním oborům medicíny zanedbaná nejen v akutní péči, ale i v péči o dlouhodobé a chronické pacienty,
- některé životní a zdravotní problémy pacientů se zbytečně přenášejí do působnosti psychiatrie, přitom jejich řešení je často v kompetenci praktických lékařů,
- spolupráce řady oblastí (jako je gerontologická péče, léčení závislostí nebo péče o pacienty s mentální retardací) není dostatečně koordinována se sociálními oblastmi.

Probíhající reforma psychiatrické péče v České republice vede k restrukturalizaci služeb a sítě zařízení poskytujících tuto péči. Centra duševního zdraví rozšiřují stávající péči a přibližují ji tak uživatelům. Strategie se opírá o čtyři základní pilíře:

- ambulantní péče,
- centra duševního zdraví,
- psychiatrická oddělení nemocnic,
- psychiatrické léčebny (nemocnice).

Psychiatrická ambulance pro dospělé

Psychiatrická ambulance pro dospělé představuje primární psychiatrickou péči. Její činnost je zaměřena na léčbu a prevenci celého spektra duševních poruch. Určitá část psychiatrické péče je zajišťována prostřednictvím tzv. psychiatrické péče ve veřejném zájmu. Jejím úkolem je zajištění péče o osoby, které nejsou pro léčbu dostatečně motivované, o osoby sociálně selhávající, o osoby v ochranné léčbě nařízené soudem (psychiatrické, sexuologické, protialkoholní a protitoxikomanické). Dalším jejím

úkolem je vyhledávání osob se závislostí a dispenzární péče (sledování průběhu nemoci) pro všechny uvedené skupiny. Veřejná psychiatrická péče je zřizována jednak pro dospělé a dále pro děti a dorost.

Ambulance pro děti a dorost

Ambulance provádí psychiatrickou diagnostiku a komplexní léčbu, rehabilitaci, reedukaci či resocializaci dětí a dorostu s psychickou poruchou. Zprostředkovává další psychiatrické, pedagogické nebo sociální služby ve spolupráci se zdravotnickými i nezdravotnickými zařízeními. Provádí jejich sledování (dispenzarizaci). Používá všechny formy terapie včetně psychoterapeutických přístupů individuálních a skupinových, rodičovské a rodinné terapie.

Ambulance pro léčbu závislostí

Zaměřuje se na vyhledávání, diagnostiku, léčbu, rehabilitaci, resocializaci a registraci osob se vznikající nebo vzniklou závislostí na alkoholu a jiných návykových látkách. Také se zabývá prevencí závislostí. Její součástí je rovněž substituční terapie při závislosti na opiátech.

Sexuologická ambulance

Její činnost spočívá v diagnostice a léčbě sexuálních poruch a v ochranné sexuologické léčbě spojené se znaleckou činností.

Centrum duševního zdraví

Je soubor vzájemně propojených služeb poskytovaných jednou nebo více organizacemi, které zajišťují v daném regionu služby osobám s psychickým onemocněním. Primární poslání center duševního zdraví je poskytování psychiatrických, zdravotních a přímo navazujících sociálních služeb. Cílem center je nabídnout maximální podporu při začleňování klientů do jejich vlastního sociálního prostředí.

Krizové centrum

Je zařízením prvního kontaktu, které je volně přístupné bez objednání lhůty. Úkolem krizového centra je



prim. MUDr. Jan Tuček, Ph.D. /
Foto: redakce

psychoterapeutická či psychiatrická pomoc osobám, které se ocitly v tíživé životní situaci. Mimo to pečuje o osoby s psychickou poruchou, u nichž lze předpokládat, že se díky pomoci krizového centra vyhnou hospitalizaci v lůžkovém psychiatrickém zařízení. Krizové centrum tak snižuje počet psychiatrických hospitalizací a šetří celý zdravotnický systém. Krizová centra fungují nepřetržitě – 24 hodin denně sedm dní v týdnu. Jejich součástí může být i malý počet lůžek, která slouží k několikadennímu pobytu, nemusí ale formálně jít o lůžka nemocniční. Mezi služby krizového centra patří trvalá možnost telefonického kontaktu a možnost osobního kontaktu. Další programy krizového centra, které ale neposkytují všechna centra, jsou krizová intervence formou výjezdu nebo návštěvy, krátkodobý pobyt na krizovém lůžku anebo krátkodobý pobyt v denním stacionáři.

Psychiatrické oddělení v nemocnici

Je určeno pro krátkodobou a většinou dobrovolnou hospitalizaci pacientů s akutní psychickou poruchou nebo s akutním zhoršením poruchy chronické. Provádí diagnostiku, terapii, rehabilitaci a posuzování psychických poruch. Poskytuje konziliární službu pro ostatní oddělení nemocnice. Po 24 hodin denně musí mít zajištěnou konziliární službu (dostupnost lékařů jiných odborností,

např. neurologie, interna apod.), laboratorní a další pomocná vyšetření. Má možnost zřídit jednotku intenzivní psychiatrické péče. Některá oddělení mají specializované pracoviště pro děti a mladistvé, psychogeriatrické oddělení (léčba duševních poruch ve stáří), oddělení pro poruchy paměti, případně další specializovaná pracoviště.

Psychiatrická nemocnice

Úkolem psychiatrických nemocnic je dlouhodobá léčba a rehabilitace psychicky nemocných pacientů všech věkových kategorií. Zároveň zatím plní i úlohu psychiatrických oddělení nemocnic v regionech, kde dosud psychiatrická oddělení nejsou zřízena nebo kde nemají odpovídající lůžkovou kapacitu. V psychiatrických nemocnicích se uskutečňuje ústavní ochranné léčení podle stanovené spádové oblasti. Psychiatrické nemocnice vytvářejí podmínky pro diferencovanou péči prostřednictvím specializovaných oddělení, jako jsou pracoviště doléčovací, rehabilitační, psychoterapeutická, psychogeriatrická, pro léčbu závislostí, dětská a adolescentní, pro ochranné léčení, sexuologická pracoviště, somatická a jiná. Psychiatrické nemocnice hospitalizují také osoby

k vyšetření duševního stavu pro soudní a posudkové účely na základě nařízení orgánů činných v trestním řízení a soudů. Kromě psychiatrických nemocnic se všeobecným zaměřením existují i psychiatrické nemocnice specializované na psychické poruchy u dětí a mladistvých, na osoby se závislostmi na alkoholu a jiných návykových látkách.

V Jihočeském kraji se na léčbě duševních poruch podílejí různá zdravotnická a sociální zařízení. Akutní lůžkovou péči poskytuje Psychiatrické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. a Psychiatrické oddělení Nemocnice Tábor, a.s. Dlouhodobou léčbu, tj. následnou lůžkovou péči poskytuje Psychiatrická léčebna Lnáře a Psychiatrická nemocnice Písek. Kromě zařízení pro dospělé pacienty existuje na území Jihočeského kraje i Dětská psychiatrická nemocnice Opařany a Psychiatrická léčebna Červený Dvůr, která poskytuje péči výhradně o klienty závislé na psychoaktivních látkách (alkohol a jiné drogy).

Kromě lůžkových zařízení působí na území Jihočeského kraje také síť psychiatrických ambulancí. Většina

z nich je soukromá, jen některé jsou součástí nemocnic (například ve Strakonících, v omezené míře i v Českých Budějovicích) nebo psychiatrických nemocnic (Písek, Blatná). V Jihočeském kraji jsou rovněž dostupná zařízení komunitní péče určená zejména pro osoby s psychotickou poruchou. Jedná se o centra duševního zdraví ve Strakonících a Táboře a sdružení FOKUS v Českých Budějovicích. Služby sdružení FOKUS jsou doplněny sociální službou Domino, kterou v Českých Budějovicích provozuje Městská charita České Budějovice. Další skupinou, jíž je určen poměrně rozvinutý systém komunitních a sociálních služeb, jsou osoby ohrožené závislostí či osoby závislé. V této oblasti působí zejména občanská sdružení Prevent a Arkády. Kromě zdravotnických zařízení pečují o duševně nemocné pacienty i zařízení sociální. Lůžka s psychiatrickou péčí (DZR – domovy se zvláštním režimem) mají domovy důchodců Máj a Dobrá Voda v Českých Budějovicích a dále Chýnov, Drhovle a Loucký Mlýn (soukromé zařízení). Specifickým zařízením je Domov Libnič, který se specializuje převážně na psychiatrickou klientelu.

■ **Prim. MUDr. Jan Tuček, Ph.D.**

Psychiatrické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.

Psychiatrické oddělení v Nemocnici České Budějovice, a.s. bylo založeno v roce 1954. Za tímto účelem byl přijat **MUDr. Arnošt Klen**, který do té doby vykonával funkci přednosta psychiatrie ve Vojenské nemocnici v Praze. Za druhé světové války pracoval jako lékař u anglické armády v Africe. Na psychiatrickém oddělení v Českých Budějovicích se stal prvním primářem. Funkci vykonával do svých sedmdesátí let, do roku 1979.

Jeho zástupcem byl **MUDr. Josef Fríd** a sekundární lékařkou **MUDr. Marie Toncarová** a **MUDr. Ludmila Skleničková**.

MUDr. Skleničková vyhrála konkurz na asistentku v Doškolovacím ústavu v Praze. V srpnu 1961 po promoci na umístěnku nastoupila MUDr. Alena Filipová a v říjnu po složení první atestace **MUDr. Slavoj Břichcín**. MUDr. Skleničková odešla do Prahy. Do roku 1967 bylo psychiatrické

oddělení umístěno v pavilonu interny (současný pavilon I). Prostory byly velmi stísněné, kapacita oddělení dosahovala čtyřiceti lůžek na čtyřlůžkových pokojích. V přízemí oddělení byla oddělená místnost s klecovým lůžkem, kam byli umístováni neklidní pacienti. K oddělení patřila již tehdy záchytná protialkoholní stanice umístěná v suterénu původní nemocniční budovy na druhém konci nemocnice. Středně zdravotnickou péči zajišťoval základní kolektiv zdravotních



em. prim. MUDr. Arnošt Klen /
Foto: archiv oddělení



em. prim. doc. MUDr. Eva Peterová, CSc. /
Foto: archiv oddělení



MUDr. Slavomír Spousta /
Foto: archiv oddělení

sester vedený vrchní sestrou **Vinšovou** a čtyři zřízenci.

Lékaři zajišťovali noční služby na Psychiatrickém oddělení, Neurologickém oddělení umístěném v původní nemocniční budově a na Kožním oddělení tehdy umístěném v budově, kde je nyní ředitelství nemocnice. Samostatně sloužil každý lékař hned měsíc po nástupu s tím, že mohl v případě potřeby telefonicky konzultovat primáře příslušných oddělení. Odměna za služby byla minimální, stejně jako na jiných odděleních nemocnice v té době.

Oddělení zajišťovalo základní akutní péči, léčbu depresivních poruch a prvních atak psychotických onemocnění. Několikrát týdně byla řada pacientů překládána do Psychiatrické léčebny v Dobřanech. Léčba byla tehdy prováděna medikamentózně tricyklickými antidepresivy, z neuroleptik byl tehdy dostupný Plegomazin. U těžkých depresivních stavů byly aplikovány elektrošoky, tehdy ještě bez narkózy, a byla prováděna léčba schizofrenií inzulinovými kómaty.

Klecové lůžko bylo odstraněno v roce 1962, poté se klecová lůžka již nikdy nepoužívala.

Postupně byla díky MUDr. Filipové zavedena **léčba elektrokonvulzivní terapií v celkové narkóze a myorelaxaci** ve spolupráci s anesteziologem. Byli jsme jedním z prvních pracovišť v republice, které

tento v současné době běžný způsob začalo provádět.

V roce 1961 byla plánována výstavba nové psychiatrické budovy. Plány nové budovy byly průběžně konzultovány s architektem i personálem oddělení.

Nová budova byla dokončena a otevřena roku 1967. V té době se jednalo o nejmodernější psychiatrické pracoviště v republice. Nyní jsou v této budově umístěny laboratoře. Šlo o třípatrovou budovu s využitím suterénu, která byla dimenzovaná pro 106 pacientů umístěných podle diagnóz.

V suterénu budovy byly dílny pro pracovní terapii a rehabilitaci. V přízemí byla místnost pro příjem pacientů, na kterou navazovala místnost, v níž byla prováděna hygiena pacientů, pokud možno ještě před vyšetřením. Největší část přízemí byla vyčleněna pro záchytnou protialkoholní stanici a protialkoholní lůžkové oddělení. Vedoucím tohoto úseku se stal MUDr. Josef Roušal. První patro budovy bylo vyčleněno pro pacienty neklidné, vyžadující dohled. Součástí byla místnost pro provádění léčby elektrokonvulzivní terapií,



Stará budova psychiatrie před stěhováním do dolního areálu / Foto: archiv oddělení

inzulinovými kómaty a atropinovými kómaty.

Druhé patro budovy mělo dvě stanice, pro ženy a pro muže. Hospitalizováni zde byli pacienti s různými duševními poruchami, kteří se léčili dobrovolně a při léčbě spolupracovali. Prováděny byly všechny v té době dostupné léčebné metody.

Byla zde zavedena skupinová podpůrná a rehabilitační psychoterapie kombinovaná s muzikoterapií a arteterapií. V muzikoterapii se výrazně osvědčila zdravotní sestra Alena Popperová a v arteterapii externista PhDr. Milan Kyzour. Za zpracování komplexní terapie personál oddělení získal 2. místo Vondráčkovy ceny. MUDr. Alena Filipová zorganizovala EEG laboratoř, jejíž provoz zajišťovala společně se zdravotní sestrou Růženu Tušlovou. V té době byla podobná laboratoř jen na psychiatrické klinice v Brně, kde již měli k dispozici počítač, který tehdy zabíral celou místnost. Při školení byla MUDr. Filipová seznámena s prací na moderním počítači od firmy Parker, který byl již jen velikosti psacího stroje. Bohužel jeho cena



Budova bývalé psychiatrie v dolním areálu nemocnice / Foto: redakce

byla jeden milion korun a to tehdy jak primářka, tak ředitelství nemocnice odmítly poskytnout. Tím se práce v EEG laboratoři musela omezit jen na povšechné hodnocení činnosti mozku bez léků a pod jejich vlivem

a na vyloučení neurologických poruch. Třetí patro budovy bylo vyčleněno pro léčbu neuróz. MUDr. Slavoj Brichcín zde zavedl a úspěšně prováděl skupinovou psychoterapii metodou „náhradní rodiny“. Na tomto oddělení pracovala MUDr. Irma Chodurová.

V rámci různých organizačních opatření byly prostory psychiatrického oddělení využívány různými dalšími obory. Do provozu bylo uvedeno Gerontopsychiatrické oddělení. Postupně došlo ke zrušení provozu Oddělení pro léčbu závislosti včetně protialkoholní záchytné stanice a stanice pro léčbu neuróz. Kapacita oddělení byla snižována až na 90 lůžek. V rámci reorganizace celé nemocnice a hlavně sloučením areálu bývalé Vojenské a následně Okresní nemocnice byl provoz v původní budově ukončen a oddělení bylo v roce 1998 přestěhováno do dolního areálu. S tím došlo k další redukci na 42 lůžek. V provozu byly dvě stanice rozdělené na mužské a ženské oddělení. Vzhledem k tomu, že se jednalo o adaptaci původních prostor, bylo v provozu oddělení zapotřebí udělat hodně kompromisů. Přesto i nadále byla poskytována péče odpovídající standardům psychiatrické péče. Součástí



Kolektiv Psychiatrického oddělení / Foto: Jan Luxík

oddělení byla také psychiatrická ambulance, ambulance dětské a dorostové psychiatrie, sexuologická ambulance a ambulance pro léčbu závislostí. Pro potřeby hospitalizovaných pacientů také sloužil Denní stacionář. Vedení nemocnice si uvědomovalo problémy spojené s provozem oddělení v nevyhovujících prostorách, a proto byl v rámci reorganizace nemocnice vypracován projekt na rekonstrukci pavilonu A, kde se v současné době Psychiatrické oddělení nachází. I když se jednalo o nejstarší budovu nemocnice, zdařilá rekonstrukce podpořená fondy EU umožnila začít poskytovat psychiatrickou péči na úrovni 21. století. Došlo k výraznému zlepšení v komfortu pacientů a jejich bezpečnosti. K dispozici mají jednolůžkové a dvoulůžkové pokoje s příslušenstvím, pacienti mají možnost vycházek na zahradu. Péče je poskytována na čtyřech stanicích, které jsou děleny podle závažnosti stavu, a tak umožňují vhodně diferencovat pacienty a jejich potřeby. Péče je poskytována v souladu s nejmodernějšími postupy jak v psychofarmakologii, tak i v psychoterapii. Jako jediné neakademické pracoviště v republice umožňujeme terapie rTMS, v provozu je také ECT pracoviště s možností ambulantní terapie, fototerapie. Od podzimu letošního roku byl zahájen provoz Denního psychoterapeutického stacionáře pro pacienty s úzkostně depresivní poruchou. Významnou roli v péči o duševně nemocné představuje také ambulantní část. V rámci oddělení pracuje ambulance akutního příjmu, kde je možné ošetřit pacienty bez objednání. Dále máme ambulanci dospělé psychiatrie, dětské a dorostové psychiatrie, ambulanci poskytující soudem nařízenou ochrannou psychiatrickou léčbu, ambulanci pro léčbu závislostí a ambulanci sexuologickou. Oddělení také úzce spolupracuje s komunitními službami jak v Českých Budějovicích, tak i v ostatních částech Jihočeského kraje.



Současná podoba Pavilonu A / Foto: archiv oddělení

Personál na oddělení (historický přehled):

MUDr. Jaroslav Vítů, který byl původně plicním lékařem a po složení první atestace z psychiatrie se zaměřil na dětskou psychiatrii (pedopsychiatrie, složil z ní atestaci a pracoval pak na ambulanci pro dětskou psychiatrii společně s MUDr. Václavem Tauškem,

který již jako odborný pedopsychiatr přišel z pracoviště v Opařanech a později zastával na oddělení funkci zástupce primáře. MUDr. Josef Roušal se specializoval na protialkoholní léčbu. Z Psychiatrické léčebny v Dobřanech přišli po atestaci manželé Chodurovi. MUDr. Irma Chodurová pracovala



Návštěva ministra zdravotnictví Mgr. et Mgr. Adama Vojtěcha v roce 2020, uprostřed prim. MUDr. Jan Tuček, Ph.D., vpravo MUDr. Jaroslav Novák, MBA, ředitel úseku vybraných zdravotnických oborů / Foto: archiv oddělení



Zahrada Psychiatrického oddělení / Foto: Jan Luxík

zpočátku v prvním patře a pak na oddělení neuróz. MUDr. Vladimír Chodura pracoval na I. patře oddělení a později se stal primářem oddělení. Po promoci nastoupila MUDr. Helena Kubínová, která později pracovala jako ambulantní psychiatrická v tehdejší OÚNZ (Okresní ústav národního zdraví). MUDr. Jitka Moravcová, později Vítů, která od promoce pracovala na oddělení, složila atestaci prvního a druhého stupně a v posledních letech zastávala funkci konziliáře v nemocnici. MUDr. Eva Kořínková, která později zastávala funkci zástupce primáře. MUDr. Zdenka Timrová, později Vyhánková, na oddělení pracovala v letech 1976 až 1981, kdy přešla do Prahy. V současné době pracuje v PN Bohnice a zastává funkci primářky, je zapojena do doškolení psychiatrů. MUDr. Alena Mátlová pracovala na oddělení přechodně, poté emigrace do USA. MUDr. Jana Jarkovská, MUDr. Lenka Suchanová, MUDr. Jitka Wolfová, MUDr. Marie Procházková,

MUDr. Petr Bauer, MUDr. Milan Přenosil, MUDr. Pavla Sýkorová, MUDr. Pavel Kalný a MUDr. Naďa Kramářová později přešli do ambulantní soukromé praxe. MUDr. Slavomír Spousta krátce zastával funkci primáře oddělení a pak přešel na psychosomatickou kliniku do Prahy,

nyní pracuje v Praze v soukromé psychiatrické ambulanci.

MUDr. Dagmar Křížková po složení atestace přešla do soukromé ambulantní praxe.

Na oddělení pracoval také MUDr. Jiří Hrdlička v sexuologické ambulanci, MUDr. Nora Kučerová, později Kočvarová, pracovala v dětské psychiatrické ambulanci.

Primáři oddělení byli MUDr. Arnošt Klen, Doc. MUDr. Eva Peterová, CSc., MUDr. Vladimír Chodura, CSc., MUDr. Slavomír Spousta a MUDr. Jan Tuček, Ph.D.

Současný stav:

V současné době na oddělení pracuje dvacet lékařů včetně primáře, šest psychologů, 43 zdravotních sester (vrchní sestra, čtyři staniční, sedm ambulantních, dvě na denním stacionáři, 29 v nepřetržitém provozu), tři ošetřovatelky, 27 sanitářek a sanitářů, jedna ergoterapeutka, jedna arteterapeutka, dvě zdravotně sociální pracovnice, jedna dokumentační pracovnice.

■ **Alena Filipová, prim.**
MUDr. Jan Tuček, Ph.D.



Zahrada Psychiatrického oddělení / Foto: Jan Luxík

Co platno člověku, kdyby celý svět získal, a na duši své škodu utrpěl

**Rozhovor s emeritním primářem
MUDr. Vladimírem Chodurou, CSc.,
vedený PhDr. Marií Šotolovou
v roce 2008 upravil
prim. MUDr. Jan Tuček, Ph.D.**

O psychiatrech se říká, že psychiatrem se stává ten, kdo si neví sám se sebou rady. Poznal jsem za svou praxi stovky psychiatrů a procento podivínů je v nich zcela stejné jako v jiných profesích. Druhý mýtus je, že psychiatr vidí v každém blázna. Opak je pravdou: psychiatři mají mnohem větší toleranci k tomu, co je norma. My nemáme příliš rádi slovo normální. Co to je normální? Zubní kaz je z fyziologického hlediska nenormální, z hlediska statistiky je normální. Takže je na místě spíše držet se hranice patologické versus fyziologické.

U mě to bylo tak, že jsem během studií lékařství v Plzni „fiškusoval“ (vypomáhal) na psychiatrii u pana profesora Vencovského a už jsem u ní zůstal. Když jsem v roce 1962 promoval, tak jsem nastoupil jako sekundář do Psychiatrické nemocnice Dobruška. V polovině šedesátých let jsem se dozvěděl, že primář MUDr. Arnošt Klen staví v Českých Budějovicích velký psychiatrický pavilon, kde mělo být místo původních pětadvaceti lůžek 145 míst. Tím samozřejmě nastala potřeba atestovaných psychiatrů a já si nenechal ujít příležitost u rozvoje oddělení být. V srpnu 1966 už jsem s kolegy stěhoval psychiatrické oddělení z interny do nového. Tehdy jsem ovšem netušil, že s tímto oddělením spojím svůj život na dalších 32 let, když nepočítám posledních deset let, kdy jsem si tady nechal už jen jeden klinický den. Nikdy jsem toho kroku nelitoval, protože jsem se v Budějovicích setkal s velice vzácně se vyskytující kolegiální, a to je ještě

slabé slovo, vstřícných a příjemných spolupracovníků. Snad to bylo dáno osobností primáře Arnošta Klena, starého, moudrého a tolerantního pána. Mimo jiné veterána od Tobruku. Když jsem sám byl v letech 1983–1998 primářem, oceňoval jsem, jak dokázal dát lékařům svou plnou důvěru a vést je k vědecké dráze.

Psychiatrie jako obor do roku 1989 čelila manipulativním tlakům ze strany státních orgánů. Tomu se nevyhnulo ani naše Psychiatrické oddělení. Na téměř pravidelnou žádost zdravotního odboru KNV, nikoli StB, abychom hospitalizovali osoby, jež by mohly třeba narušit první máj, na tuhle „ouřední“ povinnost jsme nereagovali a konali dle svého nejlepšího lékařského svědomí. Budiž řečeno, že v tomto nám kryl záda ředitel nemocnice MUDr. Libor Slanina, který se choval také jako doktor. Samostatnou kapitolou byl tehdejší náhled na psychiatrii jako vědecký obor. Ta byla, hlavně pak psychoanalýza a psychoterapie, považovaná za nějakou buržoazní židovskou pavědu. Vadilo, že nad psychikou není plná kontrola, a kdoví, co by se na psychoterapeutických skupinách mohlo probírat, co by se tam mohlo dít. My jsme ovšem měli velký hlad po literatuře. Té zahraniční bylo prachmálo, v češtině bylo k dispozici jen pár titulů. Všichni jihočeští psychiatři jsme se tehdy domluvili s docentem Balcarem, který na tom byl v Praze přece jenom lépe, že vždy přijede na týden a udělá s námi nácvik některé psychoterapeutické techniky. I když to vůbec nebylo oficiální, dělo se tak po deset let až do roku 1992. Denní konfrontace s lidským neštěstím, umíráním, zlobou samozřejmě není snadná. Obranou je stabilita na třech nohách. Jednou „nohou“ je zájem



*em. prim. MUDr. Vladimír Chodura, CSc. /
Foto: archiv oddělení*

o obor, musí vás to prostě těšit. Druhou je rodinné zázemí. A ta třetí noha se hledá podle mé zkušenosti až kolem pětatřiceti let věku. Když už člověku ubývá testosteronu a pocit úspěšnosti už není tak prvořadou potřebou jako u mladších mužů. Pro mě se tou třetí nohou stabilního postoje k životu stala amatérská botanika. I psychiatr se může zhroutit, stejně jako každý jiný člověk. Zbláznit se, to už není dostupné každému. Na někom můžete dříví štípat, jinému ke zhroucení stačí podnět a genetická dispozice. Když chcete dělat psychoterapii jiných lidí, musíte být schopni udělat ji také sám sobě.

Psychiatr se potřebuje ponořit u pacienta do jeho hodnot, zvyklostí, nenávisí i lásek. Psychiatrie je hodně závislá na osobní zkušenosti. Má blízko k umění, o psychopatologii se mnohdy dozvíte více z krásné literatury než z učebnice. Román je z hlediska psychiatrie živá příroda, mezi ním a učnou knihou je často stejný rozdíl jako mezi vycpaninami v muzeu a zpívajícími ptáky.

Dětská psychiatrie

Celá psychiatrie je opředená tajemstvím a vyvolává různé fantazie. Po někoho je to zajímavý obor, pro někoho může být psychiatrie místem, kam by nikdy nevskočil. Pro dětskou psychiatrii to platí dvojnásob. Vzbuzuje v lidech nejružnější představy. Někdo si představuje temné a smutné místo, kam musí za trest chodit zlobivé děti, dětské psychiatrické oddělení pak jako místo, kde zní pláč, křik, zoufalství, mučení... kde jsou mříže, svěrací kazajky, děti přivázané k posteli, místo sestřiček krutí dozorcí apod. Jiní zase fantazírují o geniálních Einsteinech a Mozartech, jejichž genialitu okolí nedokáže pochopit a ocenit, a tak zůstávají sami a opuštěni. Další fantazie se točí kolem toho, jak vlastně vypadá takové psychiatrické vyšetření, psychiatrické oddělení nebo psychiatrická léčba. Dostanou zázračnou pilulku, která vyřeší jejich utrpení?

Nebo máme ještě nějaké jiné kouzelné přístroje a metody, které dokážou člověka zbavit duševního trápení?

Celý ten obor je jaksi tajemný, podivný, šílený, někdy až na hranici jakéhosi šamanství či magie, a podněcuje v mnoha lidech vedle ošklivé stigmatizace i zvědavost. Co tam tedy my psychiatři vlastně děláme?

Ve skutečnosti se ale jedná o svět, který je vlastně celkem obyčejný a dotýká se skoro každého z nás, protože většina z nás má také děti, a kdo nemá děti, má určitě nějaké rodiče. Každý člověk má nějaký svůj zajímavý životní příběh. Příběhy našich pacientů se obvykle výrazně neliší od příběhů ostatních lidí na naší planetě. Přicházejí k nám úplně obyčejné děti a úplně obyčejní rodiče z masa a kostí. Přicházejí, protože mají se svým dítětem nějaký problém a trápí

je to, něco jim přerostlo přes hlavu, něco nedokážou již sami ovlivnit, chtějí se o svoje trápení podělit. Dobrou zprávou je, že na to nemusejí být sami. Je zde někdo, kdo jejich příběh vyslechne a bude hledat řešení v tíživé situaci společně s nimi.

V Nemocnici České Budějovice funguje dětská psychiatrická ambulance (MUDr. Anna Hrušková Kušnieriková) a dětská psychologická ambulance (Mgr. Kateřina Sekyrová). Máme také milou sestřičku, Drahomíru Suchanovou. Ambulance dětského klinického psychologa poskytuje především klinická diagnostická vyšetření, poslední dobou je velký zájem především o diagnostiku poruch autistického spektra pomocí nejnovějších testových a dotazníkových metod, a také poradenskou činnost pro nejružnější poruchy dětského věku. Dětská psychiatrická ambulance je určena především pro děti s akutnějšími a závažnějšími potížemi, kde prostá poradenská činnost nestačí, tyto děti vyžadují intenzivnější terapeutický kontakt a často také psychofarmakologickou intervenci.

Základním stavebním kamenem (ale bohužel také často kamenem úrazu) je velmi náročná práce s rodiči dětských pacientů. Bez jejich spolupráce nejenže není možné dobře diagnostikovat, ale není prakticky možné dítě léčit. My dětské odborníci jsme tedy závislí na rodičích našich pacientů, podobně jako jsou naši dětské pacienti závislí na svých rodičích. Proto vyžadujeme, aby rodiče (ideálně otec i matka) dítě k vyšetření doprovázeli, mluvíme obvykle zvlášť s rodiči, zvlášť s dítětem. U starších dětí zůstává někdy adolescent rozhovoru s rodičem přítomen. Pokud je to možné, chráníme tajemství dětí, neprozrazujeme je rodičům. Výjimkou je, když se dozvíme informaci o něčem, co může dítě vážně ohrozit.



Dětská ambulance / Foto: Jan Luxík



Lékaři Psychiatrického oddělení / Foto: Jan Luxík

V dětské psychiatrické ambulanci léčíme děti s následujícími diagnózami:

- Hyperkinetické a jiné poruchy chování
- Úzkostné poruchy
- Obsedantně kompulzivní poruchy
- Psychotická onemocnění
- Tikové poruchy
- Problémy s udržení moče a stolice
- Poruchy příjmu potravy (mentální anorexie a bulimie)
- Poruchy autistického spektra
- Problémy související se školním vzděláváním
- Poruchy sexuálního vývoje včetně pohlavní dysforie
- Problematika rodinných vztahů

Léčba těchto dětí nespočívá jen v prostém předepisování psychofarmak, jak se možná mylně někteří zdravotníci z jiných oborů domnívají, ale zejména v terapeutických konzultacích, které jsou závislé na ochotě rodičů spolupracovat,

chtít o dítěti a o sobě přemýšlet, otevřít se novým možnostem a v neposlední řadě udělat si na dítě a často i na sebe a na vztah se svým partnerem čas. Při léčbě vycházíme v první řadě z potřeby dítěte, nikoli z potřeb jeho rodičů, rodiny, či dokonce školy. Cílem není „vyléčit“ duševní poruchu, ale aby z dítěte vyrostl v rámci možností funkční jedinec s co nejlepší kvalitou života. To znamená člověk, který je samostatný, žije v uspokojivých vztazích, je se sebou spokojený, je schopen chodit do školy či do práce, dokáže navázat vztah s druhým člověkem, má koníčky, které ho baví, uvědomuje si svoje silné stránky i svoje slabiny, dokáže si říct o pomoc a své problémy přiměřeným způsobem řešit.

V ambulanci praxi se držím nejnovějších poznatků neurovědy a psychofarmakologie, využívám

také prvky kognitivně-behaviorální psychoterapie i psychodynamických přístupů. Mám dokončený výcvik v kognitivně-behaviorální psychoterapii, funkční specializaci z psychoterapie a výcvik ve vztahové psychoterapii dětí a dospívajících. Dokončuji výcvik v psychoanalytické psychoterapii.

V rámci ambulance poskytují po domluvě dětem, dospívajícím a výjimečně i některým dospělým pravidelnou systematickou psychoterapii. Při práci využívám možnosti supervize, spolupracuji s doc. PhDr. Janou Kocourkovou, PhDr. Martinem Mahlerem, MUDr. Petrem Pöthem a PhDr. Martinem Ciprem.

- **MUDr. Anna Hrušková Kušnieriková**

Ambulance pro léčbu alkoholismu a jiných závislostí



Ambulantní sestry Psychiatrického oddělení / Foto: Jan Luxík

Ambulance pro léčbu alkoholismu a jiných závislostí je zaměřena na ambulantní léčbu pacientů s problematickou závislostí, včetně pacientů s duálními diagnózami (pacienti s diagnózou některé z forem schizofrenního onemocnění a závislostí). K ambulantní léčbě jsou přijímány ženy a muži od osmnácti let věku.

Ambulance zajišťuje diagnostickou, léčebnou a preventivní péči pro osoby závislé na alkoholu, problémové uživatele alkoholu a osoby experimentující s alkoholem, které mají motivaci ke změně stávajícího stavu.

Další poměrně velkou skupinou pacientů jsou pravidelní uživatelé psychotropních látek (například

stimulancií, kanabinoidů, opioidů) a dalších látek s návykovým potenciálem, především se jedná o benzodiazepinové preparáty (léky proti úzkosti jako např. Lexaurin, Neurol, Diazepam aj.) a hypnotika (léky na nespavost).

Poměrně pravidelně se do léčby hlásí také lidé, kteří se rizikově chovají v hazardních hrách a způsobili si nemalé potíže zejména v oblasti osobních vztahů a financí. Naše ambulance zajišťuje rovněž léčebnou péči pro lidi, kteří mají zájem přestat s kouřením.

V Ambulanci pro léčbu alkoholismu a jiných závislostí sledujeme i pacienty, kterým byla soudem nařízena ochranná protitoxikomanická nebo protialkoholní

léčba. Tito pacienti se mimo jiné pravidelně podrobují laboratorním odběrům a o jejich spolupráci a objektivně doložené abstinenci či neabstinenci jsou soudy pravidelně informováni.

V současné adiktologii (léčbě závislostí) se jako nejefektivnější jeví komplexní léčba, tedy kombinace biologické, psychoterapeutické a režimové terapie. Někdy si nelze vystačit jen s ambulantní péčí a pacienta je třeba nasměrovat do chráněného prostředí specializované psychiatrické léčebny, kde absolvuje několikátýdenní ústavní program.

■ **MUDr. Dana Dvořáková**

Neurostimulační metody v psychiatrii

Neurostimulační metody představují skupinu metod, které se svým působením snaží ovlivnit funkci či činnost nervového systému. Neurostimulace může probíhat na úrovni periferního nervového systému (jednotlivé nervy v těle) nebo na úrovni centrální (mozek a mícha). Stimulovat jednotlivé oblasti je možné invazivním nebo neinvazivním způsobem. Při využití neinvazivních metod dochází ke stimulaci přes povrch těla. U invazivních metod je stimulace přivedena operačně do přímé blízkosti vybraných nervových struktur. V psychiatrii mají neurostimulační metody vedle dalších postupů své pevné místo při léčbě psychických onemocnění. Ačkoli byly některé formy neurostimulace používány již v dávné historii, v posledních letech dochází k jejich dalšímu rozvoji a výzkumu. Nejčastěji jsou v psychiatrii využívány neinvazivní metody mozkové stimulace, které se dále dělí na metody konvulzivní (vyvolávající křečový stav) a nekonvulzivní. Současné výzkumy se zaměřují především na druhou skupinu metod.

Nekonvulzivní neurostimulační metody využívají magnetické pole či elektrický proud nízké intenzity, který je aplikován skrz povrch lebky (transkraniálně) a ovlivňuje jednotlivé mozkové oblasti. Při repetitivní (tj. opakující se) transkraniální magnetické stimulaci (rTMS) dochází pomocí elektromagnetické cívky k opakované aplikaci magnetických pulzů na povrch hlavy pacienta. Ty podle využitých stimulačních parametrů ovlivňují činnost přilehlých mozkových oblastí, a je tak možné pozitivně přispět k léčbě různých neuropsychiatrických onemocnění. Tato metoda je využívána především k léčbě depresivních stavů, některých

úzkostných poruch a dále například k léčbě chronických sluchových halucinací. Detailněji je metoda popsána v samostatném článku Pracoviště repetitivní transkraniální magnetické stimulaci (rTMS).

Elektrické neurostimulační metody můžeme rozlišit podle typu použitého proudu na tzv. transkraniální stimulaci stejnosměrným proudem (tDCS) a transkraniální stimulaci střídavým proudem (tACS). Mezi další elektrické stimulační metody patří také stimulace za využití šumu (tRNS) a stimulace za využití pulzního elektrického proudu (tPCS). U elektrické stimulace je aplikace prováděna pomocí elektrod přiložených na povrch hlavy pacienta a je využívána nízká intenzita proudu (většinou 1–2 mA). Probíhající elektrický proud přímo ovlivňuje procesy na povrchu nervových buněk a předpokládá se také, že dokáže dlouhodobě pozitivně ovlivnit funkci jednotlivých mozkových oblastí. V posledních letech probíhá výzkum především tDCS, tedy transkraniální stimulace stejnosměrným proudem, a to pro její nízkou pořizovací i provozní cenu a jednoduchou aplikaci, která by do budoucna mohla umožnit i využití v domácím prostředí. Další výhodou transkraniální stimulace stejnosměrným proudem je malý počet nežádoucích účinků a dobrá snášenlivost. Její využití je zkoumáno zejména u depresivních stavů, chronických sluchových halucinací, ale také například jako možná podpora tzv. kognitivních funkcí (jako je například paměť a pozornost). V současné době jsou tyto metody v České republice pouze ve fázi výzkumu a nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění.

Asi nejnámější konvulzivní stimulační metodou je elektrokonvulzivní terapie (ECT), která je známá již od třicátých let minulého století. Pacient je při této

metodě uveden do krátké celkové anestezie a myorelaxace (uvolnění svalů). Poté je pomocí dvou elektrod aplikován modulovaný elektrický proud krátkého trvání, který vyvolává přechodný křečovitý stav. Tato metoda má své nezastupitelné místo v léčbě některých závažných psychiatrických poruch, jako je například rezistentní depresivní epizoda, rezistentní psychóza, katatonie (abnormální pohyby vyskytující se u různých poruch) a další. Při některých stavech je elektrokonvulzivní terapie jedinou život zachraňující léčbou. V posledních letech je také zkoumána magnetická konvulzivní terapie, kdy je záchvat vyvolán magnetickými impulzy velmi vysoké frekvence.

Z invazivních neurostimulačních metod můžeme zmínit hloubkovou mozkovou stimulaci (DBS), při níž je v rámci operačního zákroku implantován elektrický stimulátor přímo do dané mozkové oblasti. Tato metoda je využívána například u Parkinsonovy choroby, vážných forem obsedantně kompulzivní poruchy a epilepsie. Její využití je zkoumáno také při léčbě těžkých forem depresivní poruchy. U této indikace bývá někdy využívána tzv. vagová stimulace (stimulace bloudivého nervu). Zkoumá se také využití tzv. epidurální kortikální stimulace (stimulátor umístěn na mozkové plěně).

Neurostimulační metody v psychiatrii představují vedle léčiv a psychoterapie další možnost, kterou může lékař svým pacientům nabídnout. V některých případech neurostimulační metody umožňují zjednodušení či snížení dávek podávaných léčiv a některým pacientům s vážnými obtížemi také usnadňují návrat do běžného života.

■ **MUDr. Zuzana Stuchlíková**

Pracoviště repetitivní transkraniální magnetické stimulace (rTMS)

Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS) je neinvazivní neurostimulační metoda, která je od 90. let využívána v terapii řady neuropsychiatrických onemocnění.

Pracoviště repetitivní transkraniální magnetické stimulace je na našem Psychiatrickém oddělení v provozu od roku 2020. Pod vedením primáře MUDr. Tučka, Ph.D., vznikl na oddělení tým lékařů, kteří se aplikaci rTMS věnují. První zkušenosti s touto metodou jsme čerpali na Psychiatrické klinice Masarykovy univerzity v Brně a zejména v Národním ústavu duševního zdraví v Praze. V rámci pracoviště pak probíhá další zaučování nových lékařů v aplikaci rTMS.

Metoda je k dispozici v ambulantním

i hospitalizačním režimu a od doby jejího zavedení již byla nabídnuta a aplikována řadě pacientů. Stimulace probíhají každý všední den v běžné pracovní době. Jedno sezení trvá v rozmezí od deseti do třiceti minut a celkový počet sezení je v úvodní fázi nejčastěji deset až patnáct. Délka i počet jednotlivých sezení jsou vždy upraveny dle individuální potřeby pacientů a jednotlivých indikací. Nabízena je dále také tzv. udržovací stimulace, která je podle potřeby a klinické odpovědi prováděna pravidelně s odstupem několika týdnů až měsíců od ukončení úvodního stimulačního protokolu. Metoda rTMS je hrazena ze zdravotního pojištění do celkového počtu třiceti sezení za rok, což pokrývá všechny námi využívané terapeutické stimulační protokoly.

Repetitivní transkraniální magnetickou stimulaci využíváme většinou jako přídatnou metodu zejména k farmakologickým, tj. medikamentózním terapeutickým přístupům, které mohou dosahovat u některých pacientů svých limitů. V oblasti psychiatrie je rTMS využívána především k terapii depresí (unipolárních i bipolárních), využití dále nachází u některých úzkostných poruch, pocitů bažení a u chronicky halucinujících pacientů. Dle mezinárodních doporučených postupů je pak metoda v různé míře účinná u dalších indikací, jako je například chronická bolest, fibromyalgie (dlouhodobé nevyléčitelné onemocnění projevující se bolestí svalů a kloubů) či tinnitus (ušní šelest), a využití nalézá také v oblasti rehabilitace po cévních mozkových příhodách.

Jedná se o neurostimulační metodu, která využívá aplikace opakovaných impulsů silného (2T) magnetického pole k ovlivnění mozkové aktivity. Aplikace je prováděna pomocí elektromagnetické cívky přiložené na povrch hlavy pacienta. Při využití nízkofrekvenční stimulace (1 Hz) dochází ke snížení mozkové dráždivosti (excitability), oproti tomu využití vysokofrekvenční stimulace (nejčastěji 10–20 Hz) ji zvyšuje. Tohoto poznatku v praxi využíváme podle toho, zda se snažíme činnosti jednotlivých mozkových oblastí podpořit, jako je tomu kupříkladu u depresivních stavů, či tyto aktivity zmírnit, což je žádoucí v léčbě již zmíněného tinnitu či chronických sluchových halucinací.

Stimulace je pacienty většinou dobře tolerována, mezi nejčastější nežádoucí účinky patří mírná bolestivost v místě aplikace, která se vyskytuje asi u 30 % pacientů, a bolesti hlavy po aplikaci u zhruba 20 % pacientů. Velikou



rTMS (repetitivní transkraniální magnetická stimulace) / Foto: Jan Luxík

výhodou metody je skutečnost, že k aplikaci stimulace není třeba uvedení do celkové anestezie, jako je tomu u elektrokonvulzivní terapie, ani aplikace tlumivých léků či analgetik. Pro pacienty proto není rTMS časově ani fyzicky zatěžující, bez dalších omezení mohou na její aplikaci docházet z domácího prostředí přímo do ambulance a po stimulaci bez nutnosti následného pozorování odejít.

Co čeká pacienta, který přichází k aplikaci rTMS?

Při první návštěvě probíhá rozhovor s lékařem zaškoleným k aplikaci a indikaci rTMS. Metoda je pacientovi vysvětlena s představením přístroje, který je ke stimulaci využíván. S pacientem je probrána anamnéza, je zhodnocena vhodnost volby rTMS pro jeho obtíže a je vyplněn bezpečnostní

dotazník. Před samotným zahájením aplikace je pak také doplněno EEG vyšetření, abychom minimalizovali riziko výskytu vzácného, ale závažného nežádoucího účinku stimulace, kterým je vyvolání epileptického záchvatu. Pacienti, kteří v minulosti epileptický záchvat prodělali nebo mají dle EEG záznamu (diagnostická metoda používána k záznamu elektrické aktivity mozku) zvýšené riziko jeho prodělání, rTMS podstoupit nemohou. Dalším omezením, které nám nedovolí rTMS provádět, je implantovaný kov v oblasti hlavy či přítomnost kardiostimulátoru. Relativně kontraindikovaná je rTMS také u těhotných žen. Pokud pacient splňuje indikaci a nejsou přítomny žádné z kontraindikací, je možné přistoupit k terapii. Při prvním sezení je provedeno zaměření. Pacient obdrží elastickou čepici, na kterou je vyměřeno a zakresleno místo plánované stimulace.

Pomocí aplikace jednotlivých pulzů nad motorickou kůrou pravé ruky je zjištěna nejnižší intenzita impulsu, která vyvolá viditelnou svalovou odpověď. Tato hodnota je pak využita ke stanovení individuální intenzity budoucí stimulace. Pacient je poté pohodlně usazen do stimulačního křesla, pomocí speciálního polštářku je zafixována poloha hlavy, aby se zabránilo nechtěným pohybům hlavy, a tedy i posunu cívk. Následně je spuštěn standardizovaný stimulační protokol, který je vybrán dle klinických obtíží pacienta. Po ukončení stimulace může pacient ihned opustit vyšetřovnu a vykonávat běžnou denní činnost. K další aplikaci se pak dostavuje následující pracovní den či dle dohody s ošetřujícím lékařem.

■ **MUDr. Zuzana Stuchlíková**

Klinická psychologie na Psychiatrickém oddělení v historické perspektivě

První psychologové začali pracovat na Psychiatrickém oddělení začátkem 70. let 20. století, kdy nastoupily PhDr. Vlasta Roušalová a PhDr. Iva Nesnídalová. Celkem mělo oddělení čtyři psychology, dalšími byli PhDr. Karel Koubek a PhDr. Božena Kadubcová.

Psychologové prováděli psychodiagnostiku a psychoterapii. Byli přiděleni na jednotlivé stanice a vzájemně se zastupovali. PhDr. Kadubcová se stala psychologem dětské a dorostové psychiatrie.

V 70. letech byla na oddělení zřízena první jihočeská linka důvěry. Součástí léčebného programu Psychiatrického oddělení se stala psychoterapie

individuální i skupinová, arteterapie, kterou zavedl zkušený arteterapeut PhDr. Milan Kyzour, dále pracovní terapie, přednášky pro pacienty nebo aktivity pro rodinné příslušníky.

V době, kdy byla na oddělení zřízena stanice pro starší pacienty, byla pravidelně dvakrát týdně prováděna skupinová psychoterapie seniorů, která byla spojena také s trénováním paměti.

V roce 1986 se PhDr. Vlasta Roušalová s PhDr. Karlem Koubkem zasloužili o uvedení Grassiho testu organicity, psychodiagnostické metody určené ke zjišťování poškození mozku, mezi testy používané v Československu. PhDr. Karel Koubek po revoluci opustil

zdravotnictví a jako docent přednášel na Jihočeské univerzitě.

Na oddělení působil jako klinický psycholog také PhDr. Jiří Pospíšil, který se později stal senátorem a do oboru se již nevrátil. V nedávné minulosti zde pracovala Mgr. Eva Spoustová, která z hlediska své odbornosti napomohla úspěšné proměně Psychiatrického oddělení po jeho přesunutí do areálu bývalé Vojenské nemocnice, dnes dolní areál Nemocnice České Budějovice. Kromě jiného se rovněž spolupodílela na skupinové psychoterapii v rámci Denního stacionáře.

■ **Mgr. Václav Šnorek** s přispěním **PhDr. Vlasty Roušalové**

Klinická psychologie na Psychiatrickém oddělení v současnosti

Klinická psychologie představuje označení souboru určitých odborných činností realizovaných v interakci s pacienty a také název zdravotnické profese. V českobudějovické nemocnici působili kliničtí psychologové dlouho především na Psychiatrickém oddělení, v souvislosti s potřebami jednotlivých medicínských oborů byly postupně vytvořeny psychologické pozice na dalších odděleních.

Klinický psycholog je oprávněn provádět bez indikace lékaře diagnostiku psychického stavu, stanovit a realizovat léčebný postup. K jeho kompetencím patří rovněž preventivní, léčebně rehabilitační nebo dispenzární péče. Naše práce přináší informace umožňující pracovníkům jiných odborností stanovit přesněji diagnózu, a zvolit tak odpovídající léčbu. Pouze klinický psycholog může aplikovat speciální psychologické testy. Psychoterapie může sice přispět k lepší pohodě u většiny lidí, ale její klíčové využití je spíše u pacientů se závažnějšími psychickými problémy, kde rodina nebo přátelé pomoci nemohou. Úkolem klinického psychologa by nemělo být doprovázení v běžných životních situacích. To poskytují poradenští psychologové mimo zdravotnictví.

V současnosti pracuje v našem zdravotnickém zařízení devět psychologů, přičemž jejich působení je koordinováno v součinnosti s vedením Nemocnice České Budějovice, a.s. a příslušnými primáři řízeno vedoucím klinickým psychologem. Na Psychiatrickém oddělení pracuje šest psychologů (Mgr. Václav Šnorek, Mgr. Miluše Pixová, Mgr. Kateřina Sekyrová, Mgr. Hana Matlasová, Mgr. Jakub Škoda, PhDr. Iva Dedeciová),



Psychologové kmenově zařazení na Psychiatrickém oddělení / Foto: Jan Luxík

dvě kolegyně jsou na rodičovské dovolené. U hospitalizovaných pacientů jsou prováděna psychologická vyšetření, intervence a individuální psychoterapie. Pacienti Psychiatrického oddělení zahajují svůj den komunitním setkáním vedeným psychologem. Ambulantní péči poskytují příslušné ambulance (ambulance klinické psychologie pro dospělé, ambulance klinické psychologie pro děti a mládež). Psychologové Psychiatrického oddělení se spolupodílejí na činnosti Denního stacionáře, mimo jiné zde realizují skupinovou psychoterapii. Zajišťujeme také konziliární péči pro jiná oddělení. Jsme k dispozici pro zaměstnance Nemocnice České Budějovice, a.s. ve smyslu psychologického poradenství.

Po přestěhování Psychiatrického oddělení do horního areálu získal úsek klinické psychologie velmi dobré zázemí, v nové budově vznikla základna pro celý obor. Náš obor se neustále vyvíjí. Požadavky na rozsah poskytované péče narůstají, současně je ale také nutné naplňovat přísnější a propracovanější standardy, stejně tak se vyrovnat s narůstající administrativou. Jako akreditované pracoviště navíc zabezpečujeme specializační vzdělávání pro všechny jihočeské nemocnice.

■ **Mgr. Václav Šnorek**
vedoucí klinický psycholog

Denní stacionář

Psychiatrické oddělení poskytuje komplexní služby pro pacienty s psychickými poruchami širokého spektra. Nedílnou součástí léčby je psychosociální rehabilitace a psychoterapie, která probíhá v rámci denního stacionáře.

Pro hospitalizované pacienty nabízíme skupinové terapie v rámci dopoledního a odpoledního programu. Jedná se o pohybové aktivity (jóga, relaxační cvičení, cvičení na labilních pomůckách jako jsou například míče, na cvičení, balanční podložky aj.), nácvik instrumentálních denních aktivit (jízda veřejnou dopravou, manipulace s penězi, nakupování, vaření, úklid), trénink sociálních dovedností (navazování mezilidských vztahů, komunikace, empatie, sebeprosazení, plánování a řešení problémů). Cílem terapie v Denním stacionáři je aktivizovat pacienty, udržovat rovnováhu jejich denního režimu ve smyslu aktivně stráveného času a udržet jejich schopnosti vykonávat běžné aktivity. Jedná se o činnosti pomáhající pacientům s duševním onemocněním vypořádat se s náročnými požadavky každodenního života a rozvíjející zájmy a seberealizaci formou kreativních činností.

Mimo jiné se zde pacienti setkávají na pravidelném loutkovém představení a canisterapii, kde mohou odložit každodenní starosti, zažít chvíle odpočinku a zábavy a prostřednictvím speciálně vedeného a cvičeného psa navazovat komunikaci, spolupracovat, prožívat pozitivní emoce z přirozené radosti a lásky poskytované zvířetem.

Nově od září 2021 funguje pro ambulantní pacienty 6týdenní komplexní terapeutický program, který je zaměřen na léčbu neurotických a afektivních poruch. Stacionář

funguje ve všední dny od 9-15 hodin. Cílem je stabilizace psychického stavu, prohloubení porozumění sobě i svým obtížím a také faktorům, které mohou psychický stav ovlivnit jak směrem pozitivním, tak i negativním. Ambulantní Denní stacionář napomáhá předcházet hospitalizaci nebo může být součástí doléčování po hospitalizaci. Je to intenzivní forma péče, složená z několika na sebe navazujících bloků, jako jsou komunity, skupinová psychoterapie, arteterapie, nácvik sociálních dovedností a relaxace. Součástí jsou pravidelné individuální konzultace s lékařem, který sleduje vývoj psychického stavu a v souvislosti s tím upravuje medikaci.

vzájemně si poskytují zpětnou vazbu, prohlubují náhled na vlastní prožívání a fungování v sociálních vztazích. Mnohé psychické poruchy jsou udržovány maladaptivními stereotypy v myšlení a chování. Je to takový „bludný kruh“. Příkladem může být žena, která si z dětství nese poselství „buď hodná holka, snaž se ostatním vyhovět, to, co chceš ty, není důležité“. Tato paní se pak v zaměstnání i v blízkých vztazích přizpůsobuje, aby byla ta „hodná holka“. Své potřeby nedá najevo (mnohdy ani neví, že nějaké má), ale necítí se dobře. Pocit nepohody roste a paní vlastně neví proč, začne se obviňovat, že není dost hodná a čím dál tím víc se zaplétá do bludného kruhu. Cílem terapie je,



Denní stacionář - arteterapie / Foto: Jan Luxik

Program probíhá v uzavřené skupině (maximálně deset pacientů). Pacienti se spolu postupně seznamují, vytvářejí atmosféru důvěry a vzájemné podpory. Sdílí své těžkosti, osobní témata,

aby si tento nefunkční způsob chování uvědomila, aby si všimla vlastních potřeb a pocitů, pojmenovala si je. V konečné fázi, aby začala více komunikovat se svým okolím o tom, co potřebuje.



Výrobky pacientů z keramické dílny denního stacionáře / Foto: redakce

Stacionář poskytuje bezpečný prostor pro uvědomění si těchto mechanismů a podporuje vytváření nových, adaptivnějších forem fungování vůči sobě i okolí. Častými tématy vůči sobě jsou: přijetí sebe sama, vnímání vlastní hodnoty, reflexe pocitů, vnímání somatických komponent emocí. Směrem k okolí jsou často řešeny konflikty v mezilidských vztazích, schopnost přijímat zpětnou vazbu od ostatních, umět vyjádřit své potřeby, pocity a postoje.

Základními principy práce ve stacionáři je důvěrnost a respekt k jedinečnosti každého pacienta. Konkrétní náplň jednotlivých bloků je upravována dle potřeb dané skupiny. Pro ucelenou péči je nezbytný týmový přístup, schopnost efektivně předávat informace o dění ve skupině a pružně reagovat v souladu s vývojem jednotlivých pacientů i skupiny. Důležitý je proces léčby, ale především její přesah – tedy to, co si pacienti odnesou do svého života.

Proč stacionář na Psychiatrickém oddělení?

Mohlo by se zdát, že si s hospitalizovanými pacienty v rámci stacionáře „jen tak hrajeme a povídáme“, přesto opakovaně zažíváme, že pobyt na stacionáři pozitivně přispívá k léčbě pacienta, jako by ten pacient „rozkvetl“. V týmu jsme si tento princip nazvali „draní peří“. Při této aktivitě se lidé scházeli, povídali si, sdíleli svoje zážitky, zkušenosti a příběhy. Podobné je to při činnostech na stacionáři, které otvírají možnost nenásilně, „mimoděk“ sdílet svůj příběh a vyslechnout ostatní, inspirovat se tím, jak život zvládají oni, jak se na každodenní situace dívají. Vše je sdělováno v přátelské atmosféře bez hodnocení, vzniká tak pocit, že na těžkosti člověk není sám. Když se to děje při činnosti, jako je vaření nebo tvoření, je výsledek hmotný – uvařené jídlo, výrobek, který má příběh – a o to víc si ho mohou pacienti užít (a my také, když jdeme chodbou a z kuchyňky se line vůně pečeného cukroví).

Jsme rádi, že se podařilo otevřít ambulantní Denní stacionář, který na svůj start kvůli covidu delší dobu čekal. V regionu dlouhodobě chyběla možnost procházet intenzivní a ucelenou terapií bez hospitalizace. Hospitalizovaní pacienti často sdělují, že se cítí v prostředí oddělení bezpečně, a vyjadřují obavy, jak zvládnou každodenní fungování a návrat do běžného života (rodina, práce). Mnohdy si uvědomí, že by chtěli udělat ve svém životě určité změny a buď neví, jak na to, nebo (častěji) mají obavy, že vlivem okolností „zajedou do starých kolejí“. V tom může ambulantní stacionář pomoci, aby si pacienti upevnili pozitivní vzorce chování a postoje a přitom se dokázali postupně vracet do běžného života. Uspořádání, kdy pacient dochází ambulantně do stacionáře, klade větší nároky; na rozdíl od hospitalizace se pacient vrací do svého prostředí, ke svým domácím radostem i starostem. Ve stacionáři může komunikovat o tom, s čím se setkal v domácím prostředí, co mu dělá těžkosti a jak s tím pracovat,

například jak mluvit s rodinou o svých potřebách, o svých psychických potížích, jak pracovat se svou energií tak, aby nevznikal „energetický dluh“. Mnohdy jsou pacienti delší dobu bez práce, a i to je téma, o kterém často mluvíme – výběr práce, její náplň, míra pracovní zátěže, kterou aktuálně zvládnou. Samotné docházení do stacionáře je nácvikem pravidelného režimu, podobného tomu pracovnímu.

Ve všech oblastech medicíny je spolupráce lékař–pacient důležitá.

V psychiatrii to platí mnohonásobně, protože psychické poruchy ovlivňují mnoho oblastí života pacienta. Ten musí být ochoten mnohé věci ve svém životě přehodnotit, například upravit svůj režim, naučit se zvládat projevy psychické poruchy, komunikovat o tom s blízkými i s lékařem, přijmout obvykle dlouhodobou medikaci apod. Aby se léčba dařila, je (kromě naprosto nezbytné motivace pacienta) důležitá multidisciplinární spolupráce, jejímž prostřednictvím se stává zdravotní péče komplexní a efektivnější.

Každému pacientovi přejeme, aby se jeho subjektivně prožívaná kvalita života zvýšila.

■ **PhDr. Iva Dedeciová**
psycholožka

Bc. Darina Iroušková
ergoterapeutka

Radka Hartmannová
zdravotní sestra



*Keramická dílna v denním stacionáři /
Foto: redakce*

Denní stacionář - komunitní místnost / Foto: Jan Luxík

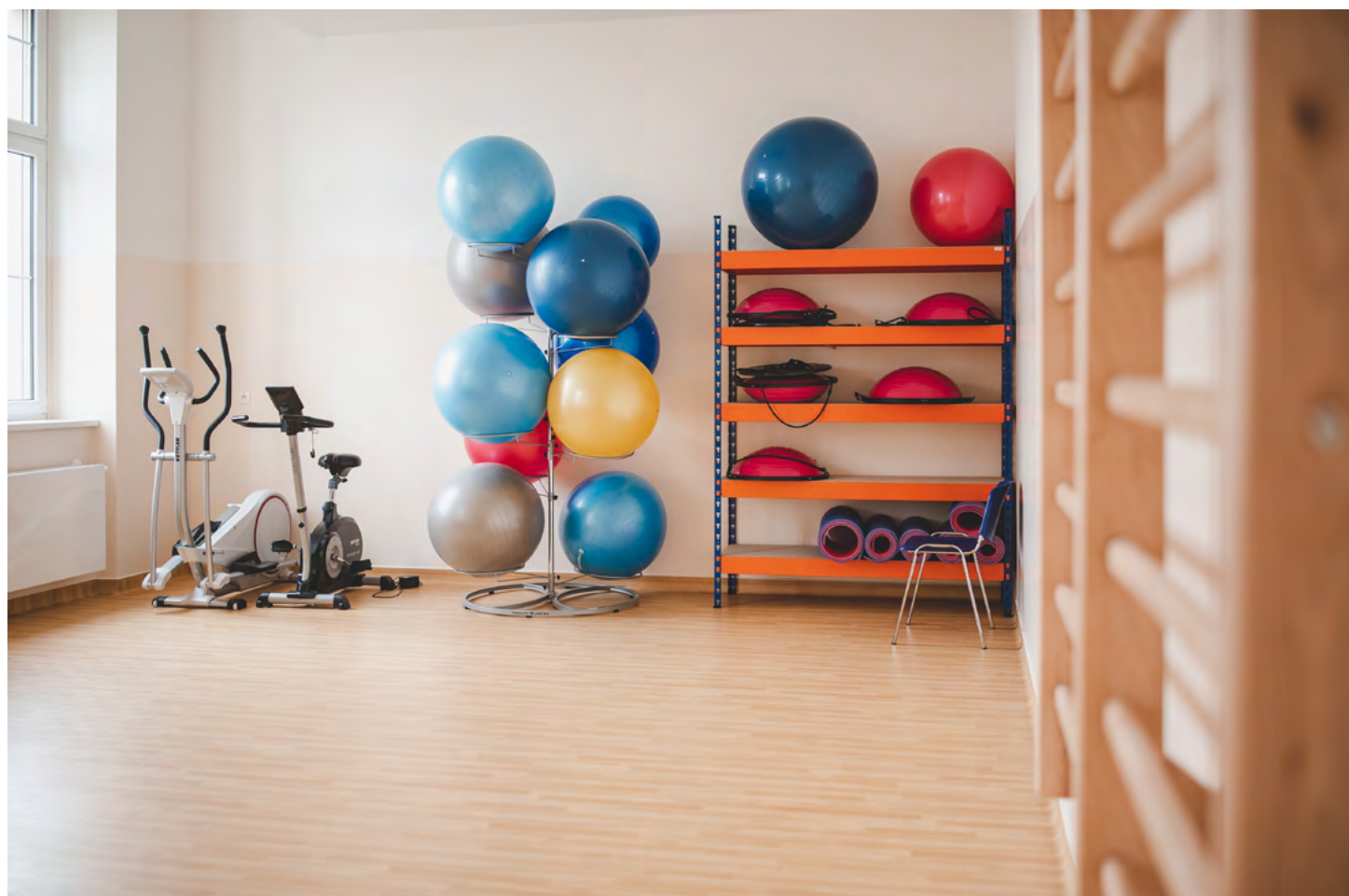


Zahrada Psychiatrického oddělení / Foto: redakce



Výrobky pacientů v rámci arteterapie / Foto: Jan Luxík

*Výrobky pacientů z keramické dílny
Denního stacionáře / Foto: redakce*



Denní stacionář - tělocvična / Foto: Jan Luxík

Specifika práce sestry na Psychiatrickém oddělení

V oboru psychiatrie pracuji již více než 22 let, z toho poslední tři roky jako staniční sestra na příjmové stanici A. Za ta léta prošel tento obor spoustou změn a jeho obzor se rozšířil. Přibyly nové diagnózy, nové léčebné a diagnostické prostředky, a tím pádem se pozměnilo a rozšířilo i složení pacientů. Pro někoho práce skoro čtvrt století na stejném místě může znít jako stereotyp a nuda, ale upřímně vám mohu říci, že se zde nenudím ani trochu. Stejného názoru nabyla i má kolegyně, Alžběta Hofmannová, která v oboru pracuje teprve necelé tři roky. Děláme toho mnoho, možná by to vydalo na tenčí knížku. Společně se vám zde pokusíme alespoň přiblížit specifika naší práce a vypíchnout to nejdůležitější.

Na úvod bychom asi začaly tím, jak se stát sestrou na psychiatrii. K tomu, aby u nás mohla sestra pracovat, je nutné vystudovat střední zdravotnickou školu, avšak i tento obor nabízí řadu možností, jak získat bližší a konkrétnější informace o oboru – buď formou specializačního vzdělání, různých přednášek a seminářů, nebo v poslední době nově otevřeným navazujícím magisterským studiem v oboru psychiatrie na specializovaných vysokých školách. Výběr pracovních míst je opravdu rozmanitý, každý si může vybrat to, co mu vyhovuje nejvíce. Jednou z možností je lůžková péče, a to buď akutní, kam lidé přicházejí v akutně probíhajícím stavu nemoci, nebo Psychiatrické léčebny, kde jsou pacienti na dlouhodobém stabilizačním pobytu. Pokud člověku více vyhovuje ambulantní sféra, může si vybrat hned z několika možností – jsou zde ambulantní psychiatrii nebo specializované ambulance, jako je například sexuologie, adiktologie (léčba závislosti na návykových látkách) nebo dětská psychiatrie.

A jednou z posledních možností, která je asi v dnešní době nejvíce prosazovaná, je péče komunitní (tj. v přirozeném prostředí pacienta) a terénní buď přímo v centrech duševního zdraví, nebo v jiných organizacích (například Fokus). Práce v tomto oboru určitě není pro každého, ale pokud to člověk nezkusí, tak neví.

Hned u příjmu pacienta na naše oddělení je velmi důležitá pečlivá kontrola jeho osobních věcí. Věci se musí probrat a vytřídit. Potencionálně „nebezpečné“ předměty, kterými by si mohl kdokoliv z pacientů ublížit, se zapíše a uloží na sesterně, kde si je mohou kdykoliv vypůjčit. Někdy nám tato činnost zabere jen pár minut, jindy



Inspekční pokoj sester s kamerovým systémem / Foto: Jan Luxík

A jak vypadá práce v akutní lůžkové péči? Od začátku mé praxe se složení diagnóz změnilo. Zpočátku byl spíše větší počet depresivních pacientů, nyní převládají alkoholové a drogové závislosti. Nezměnilo se ale to, že jsou pořád ve velkém zastoupení pacienti se schizofrenií, pacienti s bipolární poruchou a také pacienti s demencí. Neřešíme zde však pouze psychiku, spousta pacientů si s sebou přináší řadu interních onemocnění, máme zde i pacienty po úrazech či operacích. Paleta pacientů je tedy opravdu pestrá.

však i skoro půl hodiny. „Nebezpečné“ předměty jsou například nabíječky, různé tkaničky, ostré předměty, léky, ústní voda s obsahem alkoholu, klíče, zapalovače či krémy v kovových krabičkách apod. Personál musí být opravdu obezřetný a vynalézavý, protože pacienti si dokážou ublížit i obyčejnou věrnou kartičkou drogerie.

Po tomto procesu se pacient dle stavu uloží na vhodný pokoj. Na stanici A máme klasické třílůžkové pokoje,

tří pokoje s postelemi ukotvenými k zemi, které slouží pro opravdu neklidné a agresivní pacienty, a dále ještě dvě polstrované izolační místnosti, kde pacient není omezen v pohybu, ale je minimalizováno jakékoliv sebepoškození. Zbývající stanice disponují klasickými dvou nebo třílůžkovými pokoji. U některých příjmů masivně neklidného a agresivního pacienta nám vlastní síly nestačí, a tak se nebojíme požádat o pomoc nemocniční bezpečnostní službu, se kterou úzce spolupracujeme. Při službě musíme mít oči a uši opravdu všude, mít neustálý přehled o tom, kde se pacienti nacházejí a co dělají. K tomu nám dopomáhají všudypřítomné kamery, které záznam přenášejí přímo na inspekční pokoj sester. V případě, že se kdokoliv ze zaměstnanců ocitne v nebezpečí, máme k dispozici „SOS“ náramky. Ty slouží k přivolání zbylého personálu z budovy, čímž se získá fyzická převaha nad nebezpečným, tj. neklidným pacientem. Minimalizuje se tím riziko úrazu na všech stranách.

Velká, našimi pacienty velmi vítaná a vlastně i nepostradatelná odlišnost od jiných oddělení je přítomnost kuřárny na všech stanicích, kam mají pacienti nepřetržitý přístup. Jak se stav pacientů zlepšuje, dostává se jim dalších výhod – třeba návštěva venkovní zahrady, kde mohou trávit čas během dne, vycházky mimo oddělení v doprovodu rodinných příslušníků, víkendové zkušební propustky nebo třeba pracovní terapie v rámci našeho stacionáře.

Tady se dostáváme k důležité spolupráci s jinými než zdravotnickými pracovníky. Pacientům se ve stacionáři věnují zkušený arteterapeuti, ergoterapeuti, psychoterapeuti i psychologové. Mají k dispozici rozsáhlou tělocvičnu, keramickou dílnu, rukodílnu či relaxační místnost s knihovnou. Pacientům, kteří nemají fungující rodinu či přátele, jsme schopni ve spolupráci se sociální sestrou zajistit i oblečení z naší charity, které je jim ponecháno i po propuštění.

Jak z výše zmíněného vyplývá, práce na psychiatrii je opravdu týmová v širokém rozsahu.

a za každých okolností si zachovat status profesionála, což je někdy opravdu náročné.



Pracovnice denního stacionáře / Foto: Jan Luxík

Když přemýšlíme nad tím, jak nám ve škole říkali, že sestra má mnoho rolí, tak „u nás“ to platí stoprocentně. Kromě základních rolí se klidně můžete stát nákupčí (hlavně tedy cigaret a kávy), bez kterých to prostě nejde, baristou, když zaléváte nakoupenou kávu, vrátným při odemykání kuřárny, kadeřnicí, manikérkou, opravářem elektroniky, švadlenkou při přišívání knoflíku, kurýrem mezi dovozem jídla a pacientem nebo třeba písáčkou při sepisování motivačního dopisu. Takto bychom mohly pokračovat ještě dlouho, ale myslíme si, že by to pro představu stačilo.

Nejdůležitější je však podle nás komunikace. Personál musí zachovat vždy klid a nadhled, nenechat se vyprovokovat, vydírat či se sebou manipulovat. Musí být neustále ve střehu, být tím tichým pozorovatelem

Během mého působení na psychiatrii se změnilo téměř všechno. Budova, prostředí, přístup okolí k oboru, administrativa, zákony, léky i pacienti (i když některé bych si dovolila po dvacáté hospitalizaci nazvat „starými známými“). Co však zůstává stejné, je nemocný člověk, který nás potřebuje v jakékoliv roli, a my sestry, které se snažíme všechny naše role zvládnout a navzájem si v tom pomáhat, protože kolektiv má velkou moc. Měla jsem, a vlastně stále mám, štěstí na dobré kolegy, od kterých jsem se mnohému naučila. Teď se snažím předávat své zkušenosti dál, udržovat stabilní a pevný kolektiv, aby si i další kolegové za pár let mohli říci: „Nenudili jsme se, věřte nám.“

■ **Bc. Lucie Vaverová**
Alžběta Hofmannová

Zdravotně-sociální pracovník v nemocnici a na Psychiatrickém oddělení

Nemocnice České Budějovice, a.s. (NCB) má v současné době k dispozici celkem šest zdravotně-sociálních pracovníků. V minulosti bylo toto číslo různé, ale současná doba je hektická a potřeba pacientů a jejich blízkých konzultovat možnosti sociálního zajištění po propuštění stoupá. Související legislativa se často mění. Běžný občan nemá čas a často ani důvod se zajímat o problematiku sociální oblasti do doby, než se ho začne přímo dotýkat. Úděl pacienta nebo osoby, která by mu měla po propuštění ze zdravotnického zařízení poskytovat následnou péči, je něco, čemu se člověk ve svých úvahách raději vyhýbá. Pokud tato situace nastane, nemocnice bezplatně poskytuje konzultace se zdravotně-sociálním pracovníkem, který je schopen po shromáždění potřebných informací nabídnout vhodné řešení.

Obecně jsou úkoly zdravotně-sociálního pracovníka v NCB následující:

- obecné sociální poradenství
- pomoc při řešení různých životních situací (vyřizování sociálních dávek, podání žádostí do domů pro seniory aj.)
- kontakty na organizace působící v oblasti sociálních služeb
- informace o návazné péči po propuštění (domácí ošetrovatelské a pečovatelské služby, osobní asistence aj., eventuálně jejich zprostředkování v indikovaných případech)
- spolupráce s orgány státní správy a samosprávy, neziskovými organizacemi, praktickými lékaři atd.
- zajištění hmotné pomoci po propuštění – ošacení, hygienické prostředky u indikovaných případů

- zvýšená péče o ohrožené skupiny klientů – děti a matky s dětmi, samoživitelé, osaměle žijící osoby a osoby s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem nebo zdravotním postižením, nesoběstačné, sociálně potřebné, bez příštřeší, osoby s psychiatrickým onemocněním či sociálně vyloučené atd.

Spektrum činnosti je skutečně pestré, ale hlavní těžiště naší práce je v obecném sociálním poradenství. Jsme tedy ti, kteří vás nasměrují ke zdrojům pomoci. Svou činnost zahajujeme na podnět lékaře, pacienta, osob jemu blízkých, na základě informace od poskytovatelů sociální pomoci z terénu nebo si pacienta sami vytipujeme na vizitách a po poradě s lékařem zahájíme činnost. Bližší informace o nás může zájemce o službu získat ze stránek NCB v sekci <https://www.nemcb.cz/pro-pacienty/propusteni-z-nemocnice-a-nasledna-pece/>. Kromě kompletního seznamu zdravotně-sociálních pracovníků s kontakty a rozpisem příslušných oddělení jsou zde i odkazy na případné další zdroje pomoci a poradenství.

Těžiště naší práce je na lůžkových odděleních naší nemocnice. Poradenství poskytujeme také ambulancím a samozřejmě neodmítneme zaměstnance nemocnice, pokud se na nás obrátí. Stává se, že nám volají pro radu i lidé, kteří si na nás našli kontakt na stránkách NCB nebo byli v minulosti hospitalizováni a nevědí si rady. Tyto klienty se snažíme nasměrovat na vhodné terénní služby. Nemůžeme naplnit některá očekávání klientů, kteří se domnívají, že to budeme my, kdo je bude navštěvovat doma a poskytovat péči. Nejsme oprávněni

provádět sociální šetření v terénu. V tomto případě spolupracujeme v mezích určených zákonem například s Oddělením sociálně-právní ochrany dětí nebo se sociálními pracovníky obcí a sociálními kurátory pro dospělé.

Sociální práce s pacientem s psychiatrickou diagnózou má svá specifika. Hlavní odlišnost vidím v důrazu na komunikaci. Pracovat s pacientem, který je v akutní fázi onemocnění, těsně po příjmu na naše oddělení, je často nemožné. Postup mé intervence koordinuji s lékařem a ošetrovatelským personálem tak, abych co nejméně narušovala léčbu a celkový stav pacienta. Pod vlivem onemocnění má pacient často nereálná očekávání a představy, jak by se měla situace řešit, a může být velmi těžké najít vhodný kompromis.

V poslední době pozoruji nárůst pacientů, kteří řeší existenční problémy, které vznikly často z důvodu nadměrného užívání návykových látek. Mladí lidé se závislostí často příliš neřeší, zda jsou zdravotně a sociálně pojištěni, stále spoléhají na rodinu, zavírají oči před problémy a povinnostmi. Snaha je tyto osoby motivovat k řešení celkové situace, zprostředkovat léčbu a kontakt na terénní sociální služby, doporučit, jak začít situaci řešit, například si domluvit splátkový kalendář ke splacení dluhů u zdravotní pojišťovny, evidovat se na Úřadu práce ČR, žádat o sociální dávky, hledat ubytování aj. Podmínka je zájem a vůle pacienta. Stává se, že při opakovaných hospitalizacích řešíme stále stejné problémy, protože po odchodu z oddělení pacient nepokračuje v doporučených opatřeních.

Dluhová problematika v posledních letech výrazně stoupá. A mnoho lidí, kteří se dostali do dluhové pasti, mají z pochopitelných důvodů psychické problémy. Pacienta nebo jeho blízké odkážeme na specializované poradny při neziskových organizacích.

Velmi často řeším případy, kdy o pacienta s demencí či jinou závažnou psychiatrickou diagnózou není schopna rodina pečovat. Důvody jsou různé, někdo se bojí ztráty zaměstnání a výdělku, někdo již pečuje o jiného člena rodiny a je vyčerpaný, může tomu bránit vysoký věk či zdravotní stav rodinných příslušníků. Mohou být vážně narušeny rodinné vztahy, někdo není schopen akceptovat určité omezení svého životního stylu. Mým úkolem je najít řešení. Jsem na straně pacienta, ale spolupráce a motivace blízkých je nezbytná. Často si pro svůj zdravotní

stav pacient není schopen plně zajistit potřebnou péči a tady je úloha rodiny nezastupitelná.

Pokud pacient nesouhlasí, aby se možnost sociálního řešení hledala ve spolupráci s rodinou, musím jeho přání respektovat. S psychiatrickou diagnózou se pojí mimo jiné i určitá sociální izolace a navázání pacienta na terénní zdroje pomoci je často jediná možnost, jak zlepšit kvalitu života.

Pokud by se mě někdo zeptal, co bych změnila, byla by to situace mimo nemocnici. Stále se s kolegyněmi potýkáme s tím, že jsou omezené kapacity poskytovatelů sociální péče nebo je tato služba nedostupná. Jako příklad bych uvedla potíže s řešením pacientů bez přístřeší, kteří pro svůj zdravotní stav nemohou být propuštěni do svého přirozeného prostředí, protože není k dispozici bezbariérový,

azylový dům apod. Je to bolest všech zdravotně-sociálních pracovníků, troufám si říci, napříč celou republikou.

Práce na Psychiatrickém oddělení mě těší. Mám štěstí na pracovní kolektiv. Chci poděkovat všem, se kterými jsem se během svého působení od roku 2003 setkala, za jejich rady a postřehy, které mi pomohly nejen v pracovním životě. Ráda bych věnovala ještě vzpomínku na působení mé předchůdkyně paní Květoslavy Bartoňové. Její klid a noblesa jsou pro mě stále vzorem, jehož zatím nedosahuji, ale nepřestávám se o to snažit.

■ **Mgr. Martina Eštoková**
zdravotně-sociální pracovnice