

DOPORUČENÉ POSTUPY

pro

PRÁCI PSYCHOLOGA

v centrech pro léčení pacientů
s poškozením míchy

Vydal Svaz paraplegiků s podporou MZ ČR, 2005



Paraplegiologické fórum

**Skupina odborníků z oblasti
zdravotnictví se vztahem k léčení
a rehabilitaci lidí po poškození míchy**

DOPORUČENÉ POSTUPY

pro

PRÁCI PSYCHOLOGA

v centrech pro léčení pacientů
s poškozením míchy

Vypracovala: PhDr. Alena Kábrtová – Centrum Paraple

Na přípravě spolupracovali: Mgr. Monika Bečvářová – SJ KN Liberec,
Mgr. Kateřina Kokešová – SJ ÚN Brno,
Mgr. Helena Krejčířová – Centrum Paraple,
prim. MUDr. Jiří Kříž – SJ FN Motol – Praha,
Mgr. Renata Zavadilová – SJ FN Motol – Praha

Konzultant: PhDr. Dana Krejčířová – Subkatedra klinické psychologie IPVZ;
Psychologické odd. FTN Praha

Obsah

1. Úvod	9
2. Člověk po poškození míchy – reakce na situaci, vývoj psychického stavu	10
3. Nejčastější psychické poruchy - diagnózy dle MKN-10, které se objevují u pacientů s míšní lézí	11
4. Nejčastější psychické problémy u pacientů po míšní lézi, které komplikují léčbu a rehabilitaci	11
5. Psycholog v centru pro léčení a rehabilitaci pacientů s poškozením míchy	12
5.1. Úkoly psychologa	12
5.2. Formy účasti psychologa v činnosti centra	13
5.3. Psychologické intervence a jejich účinnost	13
5.4. Základní dokumentace	13
5.5. Kvalita péče	14
5.6. Standardní postupy práce s pacientem	14
5.6.1. Péče v akutní fázi	14
5.6.2. Péče v postakutní fázi	15
5.6.3. Ukončení pobytu ve zdravotnickém zařízení	15
6. Odborná kvalifikace psychologa centra pro léčení a rehabilitaci pacientů s poškozením míchy	15
7. Vývojový diagram	16
8. Literatura	17

1. Úvod

Poškození míchy s následným ochrnutím svými důsledky nepříznivě ovlivní prakticky všechny oblasti života člověka. Paraplegie nebo tetraplegie nepředstavuje pouze fyzický hendikep, ale současně významné psychické trauma. Pacient je konfrontován s realitou, na níž není a ani nemůže být připraven. Náhle vzniklé ochrnutí vyvolává mnoho otázek, způsobuje řadu problémů, budí úzkost i strach z toho, jak bude vypadat návrat do každodenního života.

I stabilní, zralý, v životě dobře zakotvený člověk se ocitá ve velmi náročné životní situaci, pro jejíž zvládnutí musí využít všech svých tělesných i duševních sil. Riziko, že dojde k nepříznivému vývoji psychického stavu či dokonce psychickému poškození, je značné. Člověk v takové situaci potřebuje odbornou psychologickou a psychoterapeutickou péči, která by měla být součástí komplexní péče na pracovištích, specializovaných na léčení a rehabilitaci pacientů s poškozením míchy.

Na základě údajů v zahraniční literatuře i zkušeností v ČR lze psychologické vyšetření a péči považovat za odůvodněné u všech pacientů s paraplegií a tetraplegií. Více než třetina pacientů žádá o pravidelnou nebo příležitostnou psychologickou intervenci. Neposkytování této péče často vede ke zvýšenému užívání somatické diagnostiky a terapie včetně zvýšených finančních nákladů na léky, k prodlužování a opakování hospitalizace, k sekundárním komplikacím a v některých případech i k poškození pacienta různými neověřenými terapiemi léčitelů.

Psycholog, podílející se na léčení pacienta s paraplegií či tetraplegií by měl vždy být řádným členem léčebného týmu. Jen tak má podmínky k dlouhodobější terapeutické práci s pacientem, k podpoře rodiny pacienta a k poskytování odborné pomoci členům zdravotnického týmu.

Ještě v nedávném období byla pro mnoho lidí po poranění míchy psychologická a psychoterapeutická pomoc málo dostupná. Existovalo pouze jedno pracoviště, specializované na léčení míšních poranění v subakutním stavu – spinální jednotka Úrazové nemocnice v Brně. Většina pacientů byla léčena na chirurgických, ortopedických a neurologických pracovištích společně s pacienty s jinými diagnózami. Problémem často bylo nejen nedostatečné vybavení těchto pracovišť pomůckami a přístroji, ale i neznalost odborných postupů. V takové situaci byla psychologická a psychoterapeutická péče považována často za málo dostupný nadstandard. Svaz paraplegiků a stejně tak i lékaři a další zdravotníci usilovali o to, aby se zdravotní péče o pacienty po poranění míchy řídila závaznými pravidly. Prvním krokem v tomto směru bylo v červnu 2002 rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví o otevření tří nových spinálních jednotek v Ostravě, Liberci a v Praze a spinálních jednotek rehabilitačních v rehabilitačních ústavech v Kladrubech, Luži – Košumberku a v Hrabyni. Tím byly vytvořeny podmínky pro léčení paraplegiků a tetraplegiků na specializovaných pracovištích. Krátce poté bylo při Svazu paraplegiků založeno Paraplegiologické fórum a začalo pořádat odborná setkání zdravotníků, kteří se zabývají léčením a rehabilitací lidí s poškozením míchy. Společný zájem o vytvoření standardů péče o pacienty s paraplegií a tetraplegií byl logickým vyústěním. Za samozřejmou součást zdravotní péče v této oblasti je třeba považovat psychologickou péči. Jako základní informace pro psychology, lékaře a další zdravotnické pracovníky o tom proč, komu a jak má v centrech pro léčení paraplegiků a tetraplegiků poskytovat odbornou péči a pomoc psycholog, mají sloužit tyto doporučené postupy. Jako informační materiál mohou být k dispozici také rodinám pacientů případně pacientům samotným. Při jejich přípravě byly cenným zdrojem informací a inspirace „Směrnice pro služby klinických psychologů a psychoterapeutů v paraplegických centrech“, interní materiál Paraplegického centra Úrazové nemocnice v Hamburku, které nám poskytli kolegové z tohoto centra M. Neikes a H. Kock. Patří jim naše poděkování.

Alena Kábrtová

2. Člověk po poškození míchy – reakce na situaci, vývoj psychického stavu

Proces adaptace na změněný zdravotní stav a z něho vyplývající omezení, včetně pobytu v prostředí zdravotnických zařízení, probíhá po vzniku míšní léze dlouhodobě a velmi individuálně. Při každém pokusu o rozdělení období po úrazu do jednotlivých fází je třeba si uvědomit, že se jedná o zobecnění, které v konkrétním případě nemusí platit.

V prvních 2 – 3 měsících po vzniku léze se objevuje:

- chaos, šok, úzkost, zoufalství, pocity viny
- řešení existenciálních otázek - jak mohu dál takto žít?
- obranné mechanismy
- nerealistické vnímání hendikepu
- převládající naděje na uzdravu

Pro období, následující po prvních 2 – 3 měsících po vzniku léze, jsou charakteristické:

- pocity frustrace, agrese, smutek, beznaděj, úzkost, apatie, pasivita, přehnaná aktivita (někdy se objevují již v prvním období)
- hledání nové životní orientace
- realističtější představy a očekávání
- hledání odpovědí na otázky, jak bude vypadat můj další život
- vyrovnávání se s realitou je často doprovázeno depresemi
- v každém případě zůstává naděje.....

Silná frustrace a úzkost, kterou prožívá člověk po vzniku míšní léze, pramení zejména z následujících skutečností

- ztráta vlády nad svým tělem
- neschopnost zajistit základní životní potřeby
- nemožnost rozhodovat o „svých“ věcech
- cizí prostředí a lidé
- ztížení kontaktu s rodinou a přáteli
- absence dřívějších radostných prožitků
- neschopnost dočasně vykonávat zaměstnání nebo trvale vykonávat původní zaměstnání

Také si klade mnoho základních životních otázek

- proč se mi to stalo?
- jak mohu dál takto žít?
- bude mě můj partner (rodiče, děti) ještě milovat?
- jak se budu schopen/schopna postarat o rodinu?
- kdo mi pomůže postarat se o sebe?
- existuje sex po míšním poranění?
- jaké budou vztahy s přáteli?
- jak mě přijmou ostatní lidé?
- jak se budu přemisťovat na delší vzdálenosti?
- budu schopen řídit auto?
- budu moci pracovat, pokud ano, co budu dělat?
- jak to, že je život tak odlišný od mé původní představy?

Psychický stav a reakce pacienta na náhle vzniklé těžké zdravotní postižení či onemocnění bývají různými autory obvykle popisovány fázovými modely vyrovnávání se s šokující novou situací. Příkladem může být následující rozdělení do 4 fází, vycházející z práce Jeri Morris, i zde však platí, že časový průběh a prolínání se jednotlivých fází jsou u každého pacienta individuálně odlišné.

1. fáze – psychický šok, úzkost, odmítání sdělované či pozorované reality. V této fázi nejsou pacienti schopni se s realitou vyrovnat, často „zapomínají“ informace zdravotníků o svém stavu, jsou-li jim sděleny
2. fáze – naděje a odmítání reality, která začíná pronikat do pacientova vědomí. Pacient často rozumově vnímá sdělované informace, není však schopen je zatím emocionálně zpracovat a odmítá je
3. fáze – nová realita stále více proniká do vědomí pacienta, ten se jí brání. Objevují se obranné mechanismy jako je agrese, únik, ustrnutí či regrese, vytěsnění, potlačení, popření, racionalizace, intelektualizace a další. Tato fáze bývá označována za zvláště náročnou na profesionální přístup zdravotnického personálu k pacientovi
4. fáze – probíhá vyrovnávání se pacienta s realitou, často se objevují deprese

Poměrně dlouhou dobu se formují představy a očekávání pacienta vzhledem k budoucnosti. Váhá mezi vírou v uzdravení a mezi očekáváním, že míšní poškození je trvalé. Jeri Morris nazývá tuto situaci dočasnou existencí „dvou já“ pacienta. Po počáteční převaze „starého“ já, které očekává úplné uzdravení, se pozvolna prosazuje „já“ nové, které počítá s trvalostí stavu.

3. Nejčastější psychické poruchy - diagnózy dle MKN-10, které se objevují u pacientů s míšní lézí

- F3 – Afektivní poruchy
- F4 – Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy
- F5 – Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
- F1 – Duševní poruchy vyvolané účinky psychoaktivních látek

4. Nejčastější psychické problémy u pacientů po míšní lézi, které komplikují léčbu a rehabilitaci:

- „běžné“ reakce na stres včetně smutku a truchlení
- poruchy přizpůsobení
- deprese
- posttraumatická stresová porucha
- schizofrenie
- SCI jako následek suicidálního pokusu
- abusů alkoholu, drog, léků

Objevují se také psychosomatické symptomy, které nejsou příznačné pouze pro osoby po míšní lézi. Při jejich vzniku spolupůsobí osobnostní faktory, potlačené psychické vlivy, nevědomé konflikty projevující se tělesnou symptomatikou, úzkost, stres atd. Patří mezi ně např. chronická bolest, spasticita, poruchy vnímání, parestesie.

5. Psycholog v centru pro léčení a rehabilitaci pacientů s poškozením míchy

Léčení, rehabilitace a přizpůsobování se stavu po poškození míchy znamená velkou psychickou zátěž pro pacienta, jeho rodinu i pro členy zdravotnického týmu. Psycholog by proto měl poskytovat odbornou pomoc a podporu:

- pacientovi - pozitivní ovlivňování psychického stavu, pomoc při vyrovnávání se s traumatem a jeho důsledky
- rodině pacienta – pomoc při vyrovnávání se se situací a při hledání vhodných forem podpory pacienta
- členům léčebného týmu – pomáhá porozumět chování pacienta a vhodně reagovat, vyrovnat se s obrannými mechanismy pacienta. Působení psychologa v léčebném týmu přináší členům týmu
- zvýšení kompetence
- zmenšení psychické zátěže

Psycholog pomáhá pacientovi uvědomit si skutečnost hendikepu a přijmout své tělo s jeho omezenými možnostmi. Usnadňuje mu rezignaci na nedosažitelné cíle a podněcuje ho k rozšiřování představ o světě a životě tak, aby pacient našel smysl svého dalšího života po míšní lézi. Cílem rehabilitace, na které má psycholog významný podíl je, aby se disabilita nestala trvalým středem pozornosti pacienta.

Je velmi důležité, aby psycholog v paraplegickém centru znal problematiku míšních lézí, souvislosti a hlavní komplikace. Je třeba, aby znal možnosti a problémy života lidí po poranění míchy.

5.1. Úkoly psychologa

- shromáždění klinických nálezů, provedení psychologického vyšetření, případně doporučení dalšího vyšetření
- léčení (např. psychoterapie, podpora) případně doporučení pro sledování postupu léčby
- zvyšování motivace pacienta k plánované léčbě, případně její ovlivňování
- podpora, případně edukace rodinných příslušníků a blízkých pacienta
- poradenství členům léčebného týmu, informování o jednotlivých pacientech, účast při průběžném vzdělávání členů léčebného týmu (burn-out syndrom, komunikační dovednosti, prožívání pacienta, psychické poruchy a jejich projevy, riziko suicidálního chování), supervize jednotlivých případů, zprostředkování externího supervizora pro tým

Výsledkem práce psychologa je:

- zlepšování kvality života pacienta
- zlepšování kvality poskytované péče
- zlepšování kvality života blízkých a rodinných příslušníků pacienta
- snižování psychické zátěže léčebného týmu, zlepšení emoční atmosféry pracoviště
- zlepšování komunikace mezi různými poskytovateli služeb (i prostřednictvím kvalitní dokumentace)

5.2. Formy účasti psychologa v činnosti centra

- samostatná práce psychologa s pacientem ve spolupráci s lékaři
- skupinové aktivity s pacienty, podpora při nábízení dovedností
- setkávání s rodinami a dalšími významnými osobami z vlastního prostředí pacienta
- účast psychologa na schůzkách léčebného týmu, při předávání služeb mezi pracovníky oddělení apod.
- odborné semináře pro členy zdravotnického týmu
- neformální rozhovory s členy zdravotnického týmu o psychologických aspektech jejich práce

5.3. Psychologické intervence a jejich účinnost

Za zvláště účinné postupy v období léčení po úrazu s poškozením míchy jsou považovány:

- podpůrné techniky
- poskytování informací a psychoedukace vzhledem k paraplegii a psychickému zvládnutí situace
- trénink uvolňování stresu a řešení problémů
- trénink oslabených sociálních dovedností – nebo nábízení nově potřebných sociálních dovedností
- trénink zvládnutí bolesti
- trénink zvládnutí strachu
- relaxační techniky a hypnóza
- další metody, zaměřené na zvládnutí úzkosti a zlepšení emočního ladění

Přínosem zejména při skupinové práci s pacienty po míšním poranění je účast vhodně vybraných bývalých pacientů.

5.4. Základní dokumentace

- je nepostradatelná pro zajištění kvalitní péče
- musí být časově efektivní, spolehlivá, dostatečně podrobná
- musí obsahovat anamnestické údaje, zjištění sociálně-psychologické situace, diagnózy, výsledky jednotlivých vyšetření (včetně psychologických), způsoby a pacientem preferované strategie vyrovnávání se s traumatem

5.5. Kvalita péče

Kvalitní psychologická a psychoterapeutická péče vyžaduje:

- vytvoření standardů pro psychologickou a psychoterapeutickou péči v písemné podobě
- pravidelnou supervizi a kontinuální vzdělávání klinického psychologa
- kontakt a spolupráci psychologů, kteří pracují s lidmi po poranění míchy
- přístup k informacím
- integraci psychologické a psychoterapeutické péče do komplexního modelu péče o klienta
- rozvíjení nových způsobů práce s klienty a programů péče
- týmovou spolupráci

5.6. Standardní postupy práce s pacientem

Typ použité psychologické intervence, délka a počet setkání závisí na konkrétních psychických problémech pacienta.

5.6.1. Akutní fáze

- první kontakt, představení se a naplánování prvního společného setkání
- první setkání by mělo být dobře naplánováno, zpravidla je zaměřeno na diagnostiku a zpracování klinického nálezu, zjišťuje se zejména:
 - subjektivní vnímání ochrnutí, počáteční způsoby vyrovnávání se
 - průběh traumatu a reakce na něj
 - sociální situace, stresující faktory
 - minulá psychická „zranění“
 - aktuální klinické nálezy, MKN-10 diagnózy
 - plán další psychologické péče
- pokud po prvním setkání dojde psycholog s pacientem společně k závěru, že je vhodné v setkávání pokračovat, následuje:
 - užití stabilizačních a podpůrných technik
 - kontaktování blízkých pacienta – přirozené podpůrné sociální sítě
 - poradenství
 - další diagnostika, je – li zapotřebí
 - sledování vývoje pacientovy situace

5.6.2. Postakutní péče

Skupinová setkání pacientů, terapie zaměřená na vyrovnávání se s postižením.

Krizová intervence, případně pravidelné psychologické/psychoterapeutické intervence zejména v situacích:

- první mobilizace
- pacient si začíná uvědomovat, že stav se možná nezmění
- zdravotní komplikace
- změny v sociálním prostředí (rozchod partnerů)
- propouštění z nemocnice

Informace o pacientovi psycholog získává od ošetrovatelského týmu, ostatních zaměstnanců zařízení a z osobních rozhovorů s pacientem i s jeho rodinou.

5.6.3. Propuštění ze zařízení

(pro pacienty, kteří byli v intenzivní psychologické/psychoterapeutické péči)

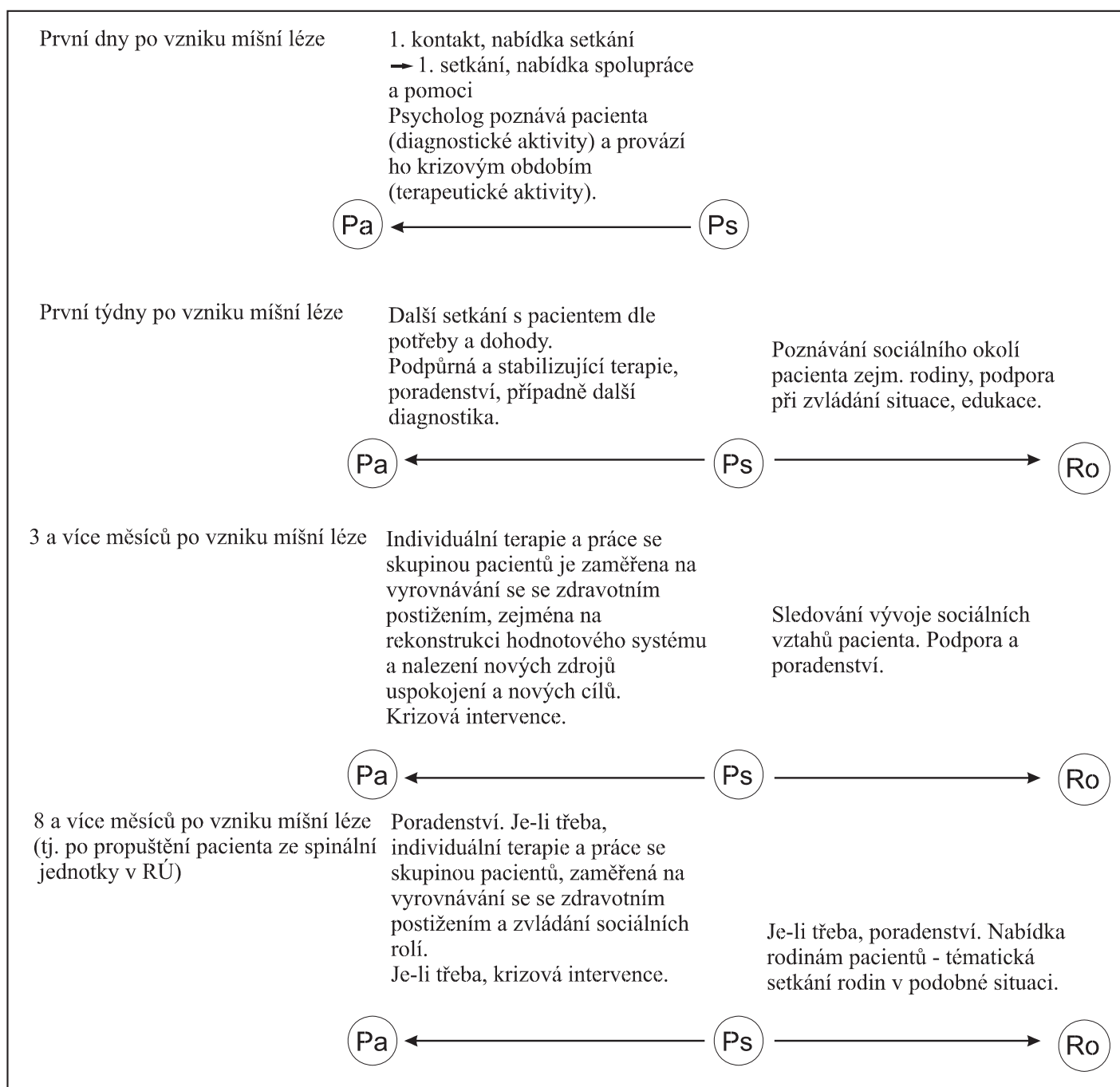
- poslední ukončující setkání
- psaná závěrečná psychologická zpráva, která by měla obsahovat:
 - prvotní klinické nálezy
 - aktuální klinické nálezy (MKN 10 – diagnózy)
 - informace o použitých psychologických postupech
 - průběh a současný stav zvládnutí postižení
 - současná sociální situace, zdroje, stresové faktory
 - doporučení pro další péči
- seznámení pacienta s vhodnými formami návazné ambulantní péče

6. Odborná kvalifikace psychologa centra pro léčení a rehabilitaci pacientů s poškozením míchy

Platí kvalifikační požadavky pro samostatnou psychologickou práci:

1. Ukončené VŠ vzdělání v oboru psychologie + základní specializace v oboru klinické psychologie
2. Psychoterapeutická kvalifikace (nebo alespoň zahájený výcvik v psychoterapii)
3. Psycholog nesplňující tyto požadavky může po dobu specializační přípravy pracovat pod supervizí plně kvalifikovaného klinického psychologa

7. Vývojový diagram



8. Literatura

1. Brockway J. A., Fordyce W. E.: Psychological Assessment and Management. In: Kottke F. J., Lehmann J. F. (Eds.): *Krusen's Handbook of Physical Medicine and Rehabilitation*, 153-169, 1990.
2. Consortium for Spinal Cord Medicine: *Depression Following Spinal Cord Injury: A Clinical Practice Guideline for Primary Care Physicians*. Washington, DC: Paralyzed Veterans of America, 1998.
3. Kábrtová A., Kříž J.: Psychologická podpora při léčení a rehabilitaci poškození míchy. Přednáška na I. celostátním sympoziu spinálních jednotek, Hradec nad Moravicí, 2004.
4. Kábrtová A., Kříž J.: Psychologická podpora po poškození míchy. Přednáška na XV. konferenci Společnosti rehabilitační a fyzikální medicíny, Jáchymov, 2004.
5. Kábrtová A., Šámalová K.: Informace o psychologické péči o pacienty v Paraplegickém centru Úrazové nemocnice v Hamburku. Přednáška na II. celostátním sympoziu spinálních jednotek, Liberec, 2005.
6. Morris J.: Spinal Injury and Psychotherapy: A Treatment Philosophy. In: Yarkony G. M. (Ed.): *Spinal Cord Injury*. Maryland, An Aspen Publication, 223-229, 1994.
7. Pannier S.: Aspects psycho-sociaux: psychologie, activités à l'hôpital, préparation de la sortie et de l'avenir. In: Maury M. (Ed.): *La paraplégie chez l'adulte et chez l'enfant*. Flammarion Médecine – Science, 588-600, 1981.
8. Guidelines for the Liaison Service of the Clinical Psychologists and Psychotherapists in Paraplegic Centres. Interní materiál Paraplegického centra Úrazové nemocnice v Hamburku