

PSYCHOEDUKAČNÍ PROGRAM PRELAPSE

MUDr. Vladimír Pidrman, Ph.D.¹, MUDr. Jiří Masopust²

¹Psychiatrická klinika LF UP, Olomouc,

²Psychiatrická klinika LF UK, Hradec Králové

V článku je pojednáno o psychoedukačním programu pro nemocné schizofrenií a jejich blízké. Psychoedukace je součástí komplexní terapie psychóz. Jejím cílem je předání srozumitelných informací o vzniku, příznacích a možnostech léčby onemocnění. Komplexně prováděná edukace vede k lepšímu porozumění nemoci a zkvalitnění spolupráce. Výsledkem je menší počet relapsů a rehospitalizací a zlepšení kvality života nemocných. Dochází též k normalizaci komunikace v rodině. Součástí programu PRELAPSE jsou doporučení pro lékaře týkající se dlouhodobé antipsychotické medikace v prevenci relapsu. Program poskytuje dobrý návod jak provádět soustavnou psychoedukaci, potřebuje však některé úpravy.

Klíčová slova: schizofrenie, edukace, Prelapse.

PSYCHOEDUCATIVE PROGRAM PRELAPSE

The article describes a psychoeducative program for patients and their relatives suffering from schizophrenia. Psychoeducation is part of a complex therapy of psychosis. Its aim is to convey understandable information on the cause and signs of the disease and some possibilities for its treatment. This complex education program leads to a better understanding of a disease and a better compliance of the patient. This results in fewer relapses and rehospitalizations and to an improvement in the quality of life of the patients. A normalization of communication in the family usually ensues. One part of the Prelapse program deals with recommendations for physicians regarding long-term antipsychotic medication for the prevention of disease recurrence. The program gives good instructions on how to provide systematic psychoeducation, however, several aspects of the program may require modification.

Key words: schizophrenia, education, Prelapse.

Úvod

Léčba schizofrenie je komplexní a probíhá na třech úrovních – biologické, psychologické a sociální (10).

V prevenci relapsu onemocnění zaujímá důležité místo psychoedukace. Jedná se o poskytnutí jasných a srozumitelných informací nemocným a jejich rodinným příslušníkům. Informace se týkají etiologie, příznaků, průběhu, terapie a zásad předcházení dalším atakám schizofrenie. Vedle získání potřebných informací dochází i k emoční úlevě a podpoře účastníků psychoedukačních skupin. Cílem postupu je lepší porozumění nemoci a zlepšení spolupráce nemocného a jeho rodiny při léčbě. Psychoedukace bývá odborníky podceňována a v běžném provozu na oddělení na ni mnohdy nezbývá čas. Nespolupráce ze strany pacientů a jejich rodin je jedním z nejdůležitějších faktorů při neúspěchu léčby schizofrenie (2). Edukace spolupráci zlepšuje a umožňuje aktivní účast nemocných v terapeutickém procesu. Nespolupráce je pojem komplexní a zahrnuje též postupy lékaře (absence udržovací a profylaktické medikace antipsychotiky, dávkování léků, rozpoznání nežádoucích účinků psychofarmak apod.).

Skupinově prováděná psychoedukace má několik předpokládaných mechanismů účinku. Přehledně jsou uvedeny v tabulce 1. Prvním je edukační mechanismus. Je nutné zjednodušeně popsat příznaky onemocnění, účinky podávaných psychofarmak, časné varovné příznaky počínajícího relapsu. Správně prováděná edukace snižuje míru

vyjadřování emocí (expressed emotions) v rodinách schizofrenních pacientů. Ta je v těchto rodinách zvýšená. Jedná se o chování a postoje lidí starajících se o nemocné. Na jedné straně se setkáváme s hyperprotektivním přístupem ze strany rodičů pacientů, na straně druhé s nadměrně kritizujícím a pocit viny vyvolávajícím přístupem. Častý kontakt s příbuznými s vysokou emoční angažovaností zvyšuje riziko relapsu. Protektivně naopak působí absence takového kontaktu. Také zdravotnický personál může projevat podobné prvky chování jako rodinní příslušníci pacientů (1). Dalším působícím faktorem je snížení stigma onemocnění. Přibližuje se slovo „schizofrenie“, snižuje se strach z diagnózy. Stigma duševní nemoci je označení pro ty vlastnosti, které nápadně odlišují psychiatrické pacienty od ostatních lidí. Je založeno na stereotypu duševně nemocného a jeho zdrojem jsou obavy lidí z duševní nemoci. Stigma vede k diskriminaci a izolaci duševně nemocných (7). Nálepka negativně ovlivňuje nejen okolí, ale působí i na chování nemocného. Porozumění nemoci snižuje pocit méněcennosti pacienta a také pocit viny rodičů. Příznivý vliv má uvědomění si skutečnosti, že ostatní ve skupině mají v podstatě stejný problém. Existují i názory, že vysoká informovanost o původu onemocnění stigmatizaci naopak zvyšuje. V lidové dichotomické taxonomii duševních poruch je totiž představa spojení „mozková nemoc = nepříznivý průběh“ a „příčina v okolí = příznivý průběh“, která má vliv na pojmání nemocného okolím (4). Proto se někteří odborníci domnívají, že podávání informací o psychóze jako nemoci mozku není ideální a lepší je ponechat představu jakéhosi nervového zhroucení. Autoři článku tento názor nezastávají. Je třeba popsat nemoc pomocí modelu vulnerability a zátěže a zdůraznit, že schizofrenie je léčitelná. Dochází také ke zlepšení komunikace v rodině.

Tabulka 1. Mechanizmy účinku psychoedukačních skupin

Edukační mechanismus
Snížení míry vyjadřování emocí
Odstranění stigma
Zlepšení komunikace

Tabulka 2. Jednotná struktura setkání

1	Otázky na zahájení setkání	Jak se dnes cítíte? Přihodilo se Vám něco od minulého setkání?	Všichni účastníci krátce pohovoří, sdělí své aktuální pocity a zážitky. Vedoucí pouze koordinuje.
2	Opakování z minulého setkání		Zopakují se nejdůležitější body z předchozího setkání – vizualizace.
3	Témata a cíle setkání		Zaměření na hlavní téma setkání dle rozpisu. Pacienti se aktivně zapojují.
4	Otázky na závěr setkání	Jak se právě teď cítíte? Jaké myšlenky a pocity ve Vás zanechalo dnešní setkání?	Získání zpětné vazby od účastníků. Každý sdělí své nové pocity/zkušenosti. Vedoucí setkání zhodnotí a připomene téma a termín další skupiny.

Při práci ve skupinách se rodinní příslušníci naučí o chorobě otevřeně mluvit. Zlepšuje se komunikace v trojúhelníku pacient-rodina-lékař (nebo další zdravotníci pracovníci). Tím se podstatně zkvalitňuje spolupráce. V posledních letech jsou psychoedukační programy pro nemocné a jejich rodiny u nás velmi populární a jejich význam je hodnocen velmi kladně (3).

Vlastní program PRELAPSE

Nápor běžné denní práce na oddělení způsobuje, že odborníci nenacházejí na psychoedukaci čas. Navíc chyběl praxi vyzkoušený návod jak ji provádět soustavně (9). Proto vznikl psychoedukační program PRELAPSE. Jedná se o mezinárodní program doporučený Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a Světovou psychiatrickou asociací (WPA). Podporuje ho farmaceutická firma Lundbeck. Cílem je poskytnutí informací o nemoci pacientům a jejich blízkým, zlepšení spolupráce, snížení počtu relapsů a rehospitalizací a zlepšení kvality života. Program je určen pro nemocné s diagnózou schizofrenie a schizoafektivní poruchy a jejich rodiny. Účast v programu rozhodně nenahrazuje ambulantní léčbu. Je pouze důležitou součástí komplexní terapie psychóz.

PRELAPSE probíhá formou psychoedukačních skupin – odděleně pro nemocné a jejich rodinné příslušníky. Do jednoho cyklu programu patří celkem 8 setkání s nemocnými a 8 s rodinami. Počet účastníků ve skupině se pohybuje mezi 8–12. Při menším počtu účastníků na začátku programu lze předpokládat, že počet lidí na konci již bude příliš malý. Při větším počtu naopak zbývá málo prostoru k vyjádření vlastního názoru a zkušeností pro každého. Skupinu vedou v ideálním případě dva odborníci. Nejčastěji psychiatr nebo psycholog společně se zdravotní sestrou nebo sociální pracovníci. Osvědčil se model, kdy je vedoucím skupiny lékař a doplňují ho další spolupracovníci podle právě probíraného tématu. Například při vysvětlování zásad psychosociální rehabilitace může být nápomocna sociální pracovníce, zdravotní sestra se více uplatní v diskuzi o medikaci apod. Není vyloučeno přibrat i další odborníky, kteří mají zkušenost z různých oblastí komplexní péče o psychotické nemocné. Účast lékaře na setkáních týkajících se biologických otázek považujeme za nezbytnou. Pacient by měl být zařazen do programu co nejdříve po odeznění akutních příznaků psychózy. Motivace pacientů a příbuzných je pak mnohem větší, než když ataka odezněla před delší dobou (9). Nejvhodnější je psychoedukace pro pacienty po první atace, ale zařazují se

samozřejmě i nemocní, kteří prodělali více atak. Setkání probíhají nejčastěji v rámci následné péče po propuštění z nemocnice, v některých zařízeních se začíná ještě v průběhu hospitalizace. Délka jednoho setkání se pohybuje od 60 do 90 minut, vedoucí musí přihlídnout ke schopnosti účastníků udržet koncentraci. Intervaly mezi jednotlivými skupinami jsou většinou 1 až 3 týdny. Termíny všech setkání by měly být upřesněny na první schůzce. Setkání mají jednotnou strukturu (podrobně uvedeno v tabulce 2). Toto jednotné uspořádání umožňuje účastníkům snadnější orientaci a usnadňuje též vedení skupiny (9).

Vhodná forma pozvání do programu významně ovlivňuje chuť oslovených zúčastnit se strukturované psychoedukace (9). Osvědčené je pozvání ošetřujícím lékařem již při hospitalizaci nebo pacientovým ambulantním psychiatrem po dimisi. Kromě ústního pozvání se používá navíc oficiální dopis. Spolupráce s ambulantními psychiatry a psychiatrickými zařízeními v okolí napomáhá k zařazení pacientů, kteří edukaci potřebují. Důležitý je výběr odpovídající místnosti pro konání jednotlivých setkání programu. Nezbytný pro kvalitní vedení skupin je zpětný projektor, využít se může také tabule. Účastníci by měli mít poznámkové bloky, tužky, rozpis s termíny setkání a názvy probíraných témat. Vedoucí si před začátkem každého cyklu zajistí dostatek informačních brožur o schizofrenii a materiály od firmy Lundbeck („Časné varovné příznaky“, „Jak předcházet relapsu psychózy?“) pro účastníky.

V tabulce 3 jsou uvedena témata všech osmi setkání a stručně vypsány nejdůležitější body náplně těchto témat. V průběhu prvního setkání vedoucí seznámí účastníky s obsahem a cílem programu. Každý se představí a sdělí svá počáteční očekávání. Vedoucí citlivě vysvětlí, zda jsou tato očekávání splnitelná. Další témata se týkají projevů, diagnostiky, prognózy a příčin vzniku schizofrenního onemocnění. Lékař popíše srozumitelným způsobem poruchy vnímání, myšlení, emocí. Pacienti sami uvádějí příznaky, které se u nich vyskytly a snaží se je za pomoci vedoucích roztrdit do uvedených kategorií. Vznik onemocnění vysvětlujeme na modelu zvýšené zranitelnosti a působení stresu. Aspekty vzniku zjednodušeně rozdělíme na biologické a psychosociální. Samozřejmě je nutné zmínit dědičnou dispozici, význam nepříznivých okolností kolem porodu, vliv rodinného prostředí a možnosti předcházení stresu. Také pro snadnější pochopení účinku antipsychotik je dobré promítnout jednoduchý obrázek synapse. Tyto otázky jsou velmi citlivé na odhad vedoucího skupiny pro to, v jakém rozsahu jsou ještě laici schopni informace

Tabulka 3. Témata jednotlivých setkání

	TÉMA SETKÁNÍ	OBSAH
1	Organizace a cíle skupinové práce	Představení účastníků programu navzájem. Vedoucí podá obecné informace o psychoedukaci. Uvedení témat všech setkání. Plán časový i ideový. Pacienti vyjádří svá očekávání od programu. Založení prezenční listiny.
2	Co je to schizofrenie?	Diagnostika a diferenciální diagnostika schizofrenie. Příznaky schizofrenie – pojmenování, třídění, kvantifikace, hodnocení kvality. Základní kategorie: emoce – vnímání – myšlení. Pacienti popisují, jaké se u nich vyskytly příznaky v průběhu onemocnění. Následuje jejich rozbor za pomoci vedoucího.
3	Jaké jsou příčiny schizofrenie?	Zjednodušený model vulnerability a zátěže. Biologické a psychosociální faktory vzniku onemocnění. Pojednání o vlivu dědičnosti, nadměrného stresu. Jak předcházet stresu. Zdůraznění nezbytnosti dlouhodobé medikace antipsychotiky.
4	Jak se schizofrenní onemocnění léčí?	Vyzdvížení komplexní terapie psychóz. Medikace antipsychotiky (mechanismus účinku, nežádoucí účinky). Řízení auta, užívání návykových látek a otázky těhotenství a kojení při antipsychotické léčbě. Pacienti sami hovoří o svých zkušenostech s léky.
5	Psychosociální léčebné postupy	Zaměření na psychoterapii a sociální rehabilitaci. Význam edukace, rodinné terapie, svépomocných skupin. Nabídka zařízení poskytujících následnou péči v okolí pacientova bydliště.
6	Prevence relapsu	Porovnání rizika relapsu při antipsychotické léčbě a bez ní. Časné varovné příznaky. Vytvoření krizového plánu. Předání důležitých telefonních čísel. Zlepšující a zhoršující faktory průběhu onemocnění.
7	Úloha příbuzných	Vysvětlení vysoké míry vyjadřování emocí v rodinách pacientů. Zásady komunikace s nemocným. Význam svépomocných skupin rodičů. Možno nabídnout příbuzným účast v takové skupině po skončení programu. Krizový plán pro rodinné příslušníky.
8	Závěrečné opakování a hodnocení	Stručné zopakování nejdůležitějších bodů programu. Každý účastník zhodnotí průběh programu a vyjádří se, v čem mu edukace pomohla. Vedoucí na závěr doporučí další možnosti následné péče.

vstřebat. Při setkáních zaměřených na možnosti léčby se zdůrazňuje komplexní přístup k terapii psychóz. Podají se základní informace o mechanismu účinku antipsychotik, jejich rozdělení, lékových formách (princip depotních přípravků) a indikaci. Podrobně je třeba vysvětlit nežádoucí účinky a pohovořit o tom, jak jim předcházet a jaké jsou možnosti jejich mírnění, pokud se objeví. Zde je na místě vysvětlení rozdílu mezi generickým a obchodním názvem léků. Různé názvy léků bývají často zdrojem nedůvěry pacientů a jejich nedorozumění s ošetřujícím lékařem. Častou otázkou nemocných a jejich okolí je to, jak dlouho léčba antipsychotiky trvá. Neškodí i několikrát v průběhu programu zopakovat nutnost dlouhodobého profylaktického podávání léků. Jako minimální dobu podávání antipsychotika po jedné atace onemocnění udáváme 1–2 roky. Při dvou a více atakách schizofrenie je nutné užívat antipsychotika nejméně po dobu 5 let. Vedle farmakoterapie jako základního pilíře léčby pojednáme o významu psychoterapie a sociální rehabilitace. Účastníci programu vyžadují informace o možnostech následné péče v okolí jejich bydliště. Vedoucí by měl zmapovat existenci denních stacionářů, chráněných dílen, chráněného bydlení a nabídku rodinné terapie a psychoterapie zaměřující se na psychotická onemocnění. V poslední době je kladen důraz na rehabilitaci kognitivních funkcí. Klíčovým je setkání týkající se prevence relapsu schizofrenie. Zde je na místě znovu zdůraznit bezpodmínečnost užívání antipsychotické medikace. Pacienti sami udávají příznaky, které se u nich vyskytly před propuknutím ataky onemocnění. Ty se zapisují na tabuli. Vedoucí probere typické časné varovné příznaky při blížícím se relapsu. Potom se vytvoří „krizový plán“ – jak se zachovat při zhoršení příznaků a hrozící krizi. Význam má i předání informace o tom, jaké faktory průběh onemocnění zhoršují a které naopak zlepšují. V současné době nesmíme zapomenout na upozornění o nebezpečnos-

ti užívání návykových látek pro nemocné s psychotickou poruchou. Při závěrečném setkání se zopakují nejdůležitější témata a vedoucí zodpoví dotazy účastníků. Bývá zde prostor pro témata, na která v předchozím průběhu nebyl čas. Každý na závěr zhodnotí, co mu účast v programu přinesla. Odborníci mohou informovat o možnosti účasti ve svépomocné skupině nebo nabídnout svou pomoc při založení takové skupiny.

Při vedení psychoedukačních skupin je nutné dodržet některé zásady. Vedoucí musí mít potřebné odborné znalosti a také zkušenosti s vedením skupiny duševně nemocných. Musí nalézt rovnováhu mezi pevnými body programu a přáním účastníků. Důležitá je vizualizace informací. Je možné použít originální fólie programu PRELAPSE. Řada vedoucích zhotovuje vlastní materiály, které pak používá společně s původními. Asistent vedoucího zapisuje připomínky nebo názory účastníků na tabuli. Tyto údaje lze pak snadno třídit, zavzít je do výkladu tématu nebo se k nim na konci setkání vrátit. Oblíbeným zpestřením umožňujícím větší názornost je použití videa. Tyto postupy vedoucí k lepšímu pochopení tématu jsou používány i vzhledem k častému kognitivnímu deficitu schizofrenních pacientů. Pro lepší pochopení a zapamatování vyžadují nejdůležitější témata několikrát zopakování v průběhu programu. Další zásadou je nezahlcovat informacemi. Je lepší důležité informace několikrát zopakovat než nabízet co největší množství údajů, ve kterých se laik snadno přestane orientovat. Není vhodné používat složité medicínské termíny a teorie. Informace musí být jasné a srozumitelné. Vedoucí by se měl k vyjádřením účastníků vyjadřovat spíše povzbudivě. Při nepřiměřené kritice a přisnosti se nemocní obávají aktivně ve skupině vystupovat. Některá témata vyvolávají emočně podbarvené výpady či kritiku nemocných a jejich rodin. S těmito situacemi musí vedoucí skupiny počítat, řešit je s nadhledem a umět

věcně argumentovat. Často je nezbytné taktně časově omezit příspěvky účastníků, aby byl alespoň rámcově dodržen program. Vždy je prostor pro pochvalu a vyzdvížení vhodného chování. Tyto situace slouží jako modelový postup pro ostatní. Je povinností vedoucího, aby dbal na dodržení časového limitu setkání. Nemocným i jejich příbuzným je třeba hned na začátku připomenout některé důležité věci. Zejména slušnost nechat ostatní domluvit, možnost v průběhu setkání kdykoliv odejít (mohou se projevit nežádoucí účinky léků nebo vzniknout tenze z probíraného tématu). Vedoucí požádá ostatní o dodržování důvěrnosti. To znamená, že probírané osobní zážitky a údaje nebudou ventilovány mimo skupinu. Zásady vedení psychoedukačních skupin jsou shrnuty v tabulce 4.

Osmihodinový psychoedukační program zajistil významné zvýšení spolupráce při léčbě a snížení rehospitalizací téměř na polovinu (oproti kontrolní skupině pacientů léčených standardními metodami bez komplexní psychoedukace). Tento údaj vyplývá z výsledků studie PIP (Psychózy-Informace-Projekt), která byla prováděna na třech mnichovských klinikách počátkem devadesátých let (9). Byla nalezena signifikantní korelace mezi špatnou spoluprací při léčbě a rehospitalizací. Výsledky účasti v psychoedukačním programu jsou významné nejen pro pacienty samotné a jejich rodiny, ale i pro společnost. Opakované hospitalizace, náklady na léčbu, dlouhodobá pracovní neschopnost nebo invalidizace nemocných je spojena s obrovskými finančními náklady. Jak bylo uvedeno výše, nespolečná ze strany pacientů při léčbě je jedním z nejčastějších příčin relapsu schizofrenie. Bez udržovací léčby je riziko relapsu v prvním roce 75 %, ve druhém roce stoupá na 80–90 %. Při adekvátní antipsychotické medikaci je toto riziko v prvním roce pouze 15 %, ve druhém 40 % (viz tabulka 5). Malou skupinu pacientů, kteří léky neužívají a relaps neprodělají, nelze predikovat. Non-respondéři (prodělají relaps i při antipsychotické medikaci) mají s medikací lepší průběh nemoci než bez ní. Dle Kisslinga u schizofrenních nemocných stabilizovaných 5 let antipsychotickou léčbou nastal do 1 roku po vysazení této medikace relaps v 75 %. Důležitá je i délka udržovací léčby. Existuje shoda, že minimální doba podávání antipsychotika u pacientů s opakovanými atakami je 5 let. Toto doporučení je částečně ovlivněno faktem, že nemáme dostatek kontrolovaných studií prevence relapsů trvajících déle než 5 let (6). V zásadě platí, že po pěti letech podávání by měl lékař zhodnotit dosavadní průběh nemoci a rozhodnout se individuálně. Je důležité myslet na riziko vzniku tardivních dyskinezi a jiných nežádoucích účinků. U mnoha pacientů je ovšem zcela nutná celoživotní medikace. Je známo, že antipsychotika neužívá anebo užívá nepravidelně 10–15 % hospitalizovaných a 20–40 % ambulantních pacientů. Program PRELAPSE pomáhá nemocným a jejich rodinám lépe porozumět nemoci a tím zlepšuje jejich spolupráci. Pacienti, kteří absolvují vzdělávací program, jsou ochotnější preventivně užívat antipsychotika než nedukovaní. PRELAPSE také nabízí praktická doporučení pro lékaře týkající se udržovací antipsychotické léčby. Tato

Tabulka 4. Některé zásady vedení psychoedukačních skupin

Kvalifikovaný a zkušený vedoucí
Vizualizace informací
Opakování
Vyvážené podání informací
Nezahrnovat informacemi
Ocenění a povzbuzení účastníků
Posilování vhodných názorů a chování
Dodržování časového rozvrhu
Držení se tématu
Prostor pro vyjádření názoru, zkušenosti, kritiky účastníků
Časové omezení diskuzních příspěvků
Dodržování stanovených zásad ze strany účastníků

Tabulka 5. Riziko relapsu (podle Kisslinga 1991)

	s medikací	bez medikace
1. rok	15 %	75 %
2. rok	40 %	80–90 %

doporučení vycházejí ze závěrů mezinárodní konference Consensus konané v Bruggách v roce 1989. Očekává se od nich sjednocení léčebných postupů, zlepšení kvality léčby, zavedení jednotných profylaktických programů, pružné a účelné předávání informací mezi vědeckými pracovníky, klinickými psychiatry a praktickými lékaři (5). Za prokázanou příčinu vysoké frekvence relapsů se považuje často podceňovaná skutečnost. Antipsychotika je skutečně léčena jen necelá polovina pacientů, u kterých je neuroleptická prevence relapsu indikována. Nemocní, kteří antipsychotika dostávají, bývají léčeni příliš krátkou dobu (5). Po první atace schizofrenie je preventivně léčeno pouze 25 % pacientů. Při opakovaných atakách je to 40 % se schizofrenií, u nichž je dlouhodobá medikace indikována. Důležité je nastavení optimální dávky. Za tu je považována minimální ještě účinná dávka léku, která zároveň nevyvolává výrazné nežádoucí účinky. Program obsahuje mimo jiné informace pro lékaře o prahové metodě dávkování antipsychotik jako prostředku ke stanovení optimální individuální dávky. Souhrnem lze konstatovat, že PRELAPSE dosahuje zlepšení spolupráce jednak psychoedukací pacientů a jejich blízkých, jednak stanovením pravidel léčby pro lékaře. Bylo již zmíněno, že komplexní psychoedukace snižuje počet relapsů a rehospitalizací. Zde je potřeba uvést, že nejčastější příčinou smrti schizofrenních nemocných je sebevražda. Mezi rizikové faktory suicidia u schizofrenie patří mimo jiné právě časté relapsy onemocnění a časté rehospitalizace. Dle literatury se 25–55 % pacientů s diagnózou schizofrenie alespoň jednou pokusí o sebevraždu, která je v 9–13 % úspěšná (8).

V Hradci Králové probíhá od února 2000 strukturovaný psychoedukační program v Centru pro duševní zdraví. Toto zařízení funguje jako denní stacionář určený pro rehabilitaci a resocializaci těžce duševně nemocných pacientů. Metodický dohled zajišťuje Psychiatrická klinika FN v Hradci Králové. Do června 2001 bylo do programu PRELAPSE zařazeno 23 pacientů s diagnózou schizofrenie nebo schizoafektivní poruchy. Účast alespoň na polovině edukačních

Tabulka 6.

a) Pacienti zařazení do programu PRELAPSE v Hradci Králové (2/2000 – 6/2001)	
Počet zařazených	23
Dokončilo	19 (82,6 %)
Počet pacientů s 1 atakou	5 (21,7 %)
Průměrný věk	29 let
Průměrný počet hospitalizací	4 (1–12)
Ženy / muži	6 / 17
b) Rodinní příslušníci zařazení do programu PRELAPSE v Hradci Králové (2/2000 – 6/2001)	
Počet zařazených	24
Dokončilo	22 (91,7 %)
Ženy / muži	17 / 7

skupin byla hodnocena jako úspěšné absolvování programu. Toto kritérium splnilo 82 % nemocných (19 lidí). Ve skupinách nemocných měli větší zastoupení muži. Průměrný věk účastníků byl 29 let. Rodinných příslušníků navštívilo program v uvedeném období celkem 24. Dokončili téměř všichni – 92 % (22 lidí). Na rozdíl od skupin nemocných zde byla převaha žen. Statistika účasti je podrobněji v tabulce 6. Jednotlivá setkání vedl lékař – psychiatr společně se sociální pracovníci nebo zdravotní sestrou z uzavřeného oddělení psychiatrické kliniky.

Po několika cyklech psychoedukačního programu jsme získali některé poznatky a zkušenosti. U pacientů a rodičů, kteří absolvovali cyklus těchto skupin, jsme pozorovali postupně se zvyšující schopnost o nemoci, jejich příznacích a přidružených problémech otevřeně hovořit. Účastníci na konci neměli takový strach z diagnózy schizofrenie, nebylo to pro ně něco tajemného a ne zcela jasného. Porozuměli tomu, jak nemoc vzniká, jak probíhá, jak se léčí. Tyto znalosti jim pomohly nemoc přijmout a lépe se vyznat v tom, co se s nimi děje. Zlepšila se také schopnost popsat příznaky schizofrenie nebo nežádoucí účinky léků. Zaznamenali jsme několik případů, kdy pacient na základě zkušenosti z psychoedukace dobře rozpoznal příznaky incipientního relapsu schizofrenie a včas navštívil svého psychiatra. V takovém případě často stačí ke kompenzaci pouze úprava medikace a hospitalizace není nezbytná. Většina nemocných zařazených do programu ochotněji užívá medikaci a dochází na ambulantní kontroly. Též u rodin nemocných jsme zaznamenali lepší spolupráci s lékařem. Někde se zlepšila i komunikace v rodině. Zvýšil se zájem okolí o nemocné. Informovaní lidé mohou pacientovy prožitky a chování lépe pochopit, není pro ně tak nesrozumitelné. Rodiče mohou pacienta třeba považovat za líného či neschopného nebo mají obavy, že už nikdy nebude v pořádku. Během programu PRELAPSE se pak dozvědí, že existují negativní příznaky anebo že je nutná určitá doba ke zotavení po akutní atace psychózy. Blízcí nemocných mnohdy dříve poznají varovné příznaky relapsu a mohou přispět k časné intervenci. Celkově můžeme říci, že u edukovaných došlo ke zlepšení spolupráce trojlístku pacient – rodina – lékař. Nejčastější otázky ve skupinách pacientů se týkaly vedlejších účinků léků, potřebné délky

užívání medikace a toho jak zabránit znovupropuknutí nemoci. Rodinní příslušníci měli při nástupu do programu často pocity viny za to, že jejich dítě onemocnělo. U těchto rodičů docházelo k emoční úlevě ve skupině lidí se stejným problémem. Někdy zůstávali rodiče i po skončení skupiny a sdělovali si zkušenosti. Při posledním setkání vždy vystala otázka, jaké jsou další možnosti léčby pro schizofrenní nemocné kromě ambulantních kontrol. Nabízeli jsme možnost docházky do denního stacionáře se zaměřením na rehabilitaci a resocializaci. Rodičům pak účast ve svépomocné skupině. Docházka na setkání byla dobrá. Pokud někdo přerušil svou účast v programu, bylo tak většinou do třetího až čtvrtého setkání. Kdo překlenul první polovinu, vytrval většinou až do posledního setkání.

Program PRELAPSE je kvalitním návodem jak provádět komplexní psychoedukaci. Nelze se ho však držet úplně striktně. Počet osmi setkání je příliš vysoký. Nemocní udávají, že program je takto zdoluhavý a v posledních setkáních již jejich zájem a pozornost klesá (ne však docházka!). Pro rodinné příslušníky se osvědčilo méně delších setkání, při kterých se probere více témat najednou. Pro některé důležité oblasti je třeba najít více prostoru. Jedná se například o problematiku užívání medikace v těhotenství a při kojení nebo otázek nedobrovolné hospitalizace. Pacienti opakovaně vyžadovali také ohlédnutí do historie léčby duševních poruch. Rodiče pacientů (více matky) mají potřebu sdělit na začátku ostatním svůj příběh, tomu je nutné vymezit dostatečný čas. Na některých pracovištích zařadili setkání týkající se komunikace mezi členy rodiny s prvky rodinné terapie. Vzhledem k nutnosti vizualizace podávaných informací si může vedoucí vyrobit své fólie nebo použít vhodné videokazety. Osvědčilo se nám při výkladu o lécích používat prázdné krabičky od nejčastěji používaných psychofarmak, které pak účastníci třídí do skupin nebo vybírají ty, které užívali. Úpravy a doplnění programu závisí na zkušenostech a invenci vedoucího skupiny. Modifikace jsou nutné, ale pouze v kontextu dodržení základního smyslu a náplně programu. Elementární informace o nemoci by měl od odborníků dostat každý duševně nemocný a jeho rodina. Při hospitalizaci stačí několik sezení se sdělením nejdůležitějších údajů. Indikovaní pacienti potom obdrží pozvání k účasti v komplexním edukačním programu po propuštění z nemocnice.

Po skončení psychoedukačního programu vždy vyvstává otázka co dál. Příbuzným nabízíme možnost aktivního zapojení do činnosti svépomocné skupiny rodičů schizofrenních pacientů. Cílem těchto skupin je pomoc s problémy spojenými se soužitím a péčí o duševně nemocné. Základními prvky těchto sdružení je práce s informacemi (edukační činnost) a výměna osobních zkušeností (11). Ve svépomocné skupině vystupují aktivně především rodiče pacientů. Odborníci mohou pomoci tuto skupinu založit a v počátečních fázích koordinovat její činnost. Později už působí spíše z dálky a na požádání členů. V Hradci Králové se skupina rodičů schází již 2 roky. Větší je účast žen. Průměrný počet účastníků je asi 7 lidí, nejvíce se sešlo 20 rodičů na jedné skupině.

Závěr

Kvalitně prováděný psychoedukační program zlepšuje spolupráci pacientů se schizofrenií a jejich rodin. To přispívá ke snížení počtu relapsů a rehospitalizací a zlepšení kvality života nemocných. Normalizuje se komunikace v rodině. Zanedbatelné nejsou ani úspory finančních prostředků pro společnost. Návod pro provádění soustav-

né psychoedukace podává program PRELAPSE. Jeho součástí jsou i doporučení pro lékaře týkající se dlouhodobé léčby antipsychotiky v rámci prevence relapsu. Účast v psychoedukačním programu je součástí komplexní terapie psychóz. Koresponduje se současným trendem přesunu péče od převážně stacionární k rozvoji extramurálních aktivit a komunitní péče.

Literatura

1. Bebbington P, Kupiers L. The clinical utility of expressed emotion in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89 (suppl. 382): 46–53.
2. Gaebel W. K zlepšení spolupráce: význam psychoedukácie a nových neuroleptik. *AP Revue* 1997; 2: 3–12.
3. Horáček J. Psychoterapie schizofrenie. *Psychiatrie pro praxi* 2000; 1: 21–24.
4. Chromý K. Duševní nemoc. Sociologický a sociálněpsychologický pohled. Praha: Avicenum 1990; 84 s.
5. Kissling W. Neuroleptika v prevenci relapsu schizofrenie. *Prelapse* 1996; (zvláštní číslo české verze časopisu vydané u příležitosti 1. sjezdu České psychiatrické společnosti): 3–6.
6. Kissling W, Kane JM, Barnes TRE. Jak zabránit relapsům schizofrenního onemocnění užitím neuroleptik – pokus o konsensus. *Prelapse* 1996; 1, 2: 11–15.
7. Libiger J. Stigma duševního onemocnění. *Psychiatrie* 2001; 5: 38–41.
8. Maršálek M. Suicidalita u schizofrenie. *Psychiatrie* 2001; 5 (Suppl 1): 24.
9. Příručka pro vedení psychoedukačních skupin v rámci programu Prelapse. Praha: Lundbeck 1997; 28 s.
10. Tůma I. Farmakoterapie schizofrenie. *Remedia* 2000; 10: 404–412.
11. Wenigová B. Svěpomocná hnutí příbuzných duševně nemocných. *Esprit* 2000; 4, 8–9: 2–3.

