

## KARTA PACIENTA

### Patient Card

Ivana Křížová<sup>a</sup>, Olga Klempířová<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha, CZ; Katedra psychologie, Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, Praha, CZ; e-mail: [ikrizova@seznam.cz](mailto:ikrizova@seznam.cz)

<sup>b</sup>Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha, CZ; Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Praha, CZ; e-mail: [Olga.Klempirova@vfn.cz](mailto:Olga.Klempirova@vfn.cz)

*Psychoterapie. 12 (3), 221–233; ISSN 1802-3983*

#### ABSTRAKT:

Karta pacienta je psychotherapeutická pomůcka, která je aktuálně pilotována na akutním oddělení v PN Bohnice. Cílem Karty pacienta je efektivnější psychotherapeutická práce během hospitalizace na akutním psychiatrickém oddělení. V příspěvku jsou popsány její jednotlivé části a cíle, ke kterým je směřována. Karta pacienta vznikla z praktických potřeb psychiatrického oddělení a byla volně inspirována teoretickými koncepty ACT, PACT, motivačními rozhovory a prvky podpory self-efficacy. Karta pacienta je aktuálně pilotována a její účinek a význam by měl být v budoucnosti prověřen výzkumnými studiemi.

*Klíčová slova:* karta pacienta, krátkodobá psychotherapie; formulář; psychotherapeutická pomůcka

#### ABSTRACT:

The article is focused on presentation of a new psychotherapeutic tool, which is in these days newly used and tested in acute department in Psychiatric Hospital Bohnice. This psychotherapeutic tool named Patient Card and its goal is to provide more effective psychotherapy during the short-term hospitalization. All parts of the Card

and also goals of this parts are described. The Patient Card was created from the practical needs of the psychiatric department and was freely inspired by the theoretical concepts of ACT, PACT, motivational interviewing and parts of self-efficacy support. The Patient Card is currently being piloted and its effectiveness and significance should be verified in the future by further research studies.

*Key words:* patient's card, short-term psychotherapy; form; psychotherapeutic tool

*Role autorů:* První autor se podílel na vzniku Karty pacienta a na psaní úvodu, popisu Karty pacienta, diskuse a závěru. Druhý autor se podílel na doplnění teoretických a metodologických poznámek a na odborné supervizi článku. Oba autoři přispěli ke vzniku článku a schválili jeho konečnou podobu bez konfliktu zájmů.

#### ÚVOD

Na akutním oddělení číslo 1 v Psychiatrické nemocnici Bohnice byla v uplynulém roce v psychotherapeutické práci s pacienty vytvořena Karta pacienta (KP). KP vznikla s cílem lépe strukturovat práci s pacienty v krátkodobých hospitalizacích, se kterými

se v poslední době setkáváme stále častěji. Na akutním oddělení pracujeme s pacienty, kteří mají široké spektrum psychiatrických poruch s různou mírou náhledu, schopností a motivace. KP přináší praktický formát, podle kterého je možné s pacienty cíleně pracovat společně napříč celým léčebným týmem a zároveň pomoci zlepšit pacientovu aktivní spolupráci v léčbě.

KP poskytuje jednoduchou strukturu psychologické podpory v léčbě, která je srozumitelná pro pacienty a zároveň usnadňuje mezioborovou provázanost péče na oddělení. KP dává pacientům jednoduchou osnovu, podle které mohou během hospitalizace psychoterapeuticky pracovat na svém psychickém stavu a řešit aktuální problémy. KP je terapeutickou pomůckou, která pacienty během hospitalizace motivuje k aktivní práci na sobě, a poskytuje uvědomění si pokroků v léčbě a budování pocitu samostatnosti a odpovědnosti. Pacienti mají možnost na KP navázat i po hospitalizaci v následné psychoterapii nebo v ambulantní psychiatrické léčbě. KP byla vytvořena jako pomůcka pro krátkodobou psychoterapii, především ve smyslu aktivace na léčbu zaměřeného chování psychiatrického pacienta. Jejím cílem je zlepšit zapojení pacienta do jeho vlastní léčby, zvyšovat motivaci zabývat se svými problémy a následně zlepšit jeho self-efficacy během hospitalizace i v následujícím období podle jeho potřeb.

Současné studie o účinnosti krátkodobých psychoterapeutických intervencí ukázaly vyšší účinnost při kombinaci motivačních rozhovorů a technik aktivace chování, než při aplikaci pouze jedné metody (Lindholm a kol., 2015). Motivace k léčbě je základním předpokladem, na kterém je potřeba už

od počátku v práci s psychiatrickými pacienty pracovat, jinak je další terapeutické snažení lékařů i dalších terapeutů málo efektivní. Svou strukturovaností a společnou prací s terapeutickým týmem se snaží i KP zvýšit motivaci pacientů k zapojení



Ivana Krížová

**PhDr., Ph.D. Pracuje jako psycholožka v Psychiatrické nemocnici Bohnice, kde se vzdělává v klinické psychologii. Absolvovala doktorské studium na Katedře psychologie Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy. Přednáší na Pedagogické fakultě a Vysoké škole obchodní. Má absolvovanou sebezkušennostní část v psychoanalytické psychoterapii a aktuálně se vzdělává ve výcviku v kognitivně-behaviorální terapii. Odborně se zabývá zejména návykovými nemocemi, psychopatiologií a teorií citové vazby.**

do jejich vlastní léčby. Práce na zvyšování motivace pacienta k léčbě se vyplatí u celého spektra psychiatrických poruch. Motivačních rozhovory u schizofrenních pacientů se v kombinovaném terapeutickém programu významně podílejí na zmírnění negativních symptomů, zlepšení spolupráce v léčbě i mezilidských vztahů (Cho a Leea, 2018). Je známá přímá souvislost mezi mírou motivace k psychoterapii pacientů s úzkostnými poruchami a zmírněním úzkostných příznaků (Nickel a kol., 2005). Úzkostné příznaky jsou přítomné u vět-

šiny psychiatrických obtíží, se kterými se na akutním oddělení setkáváme. Motivace k léčbě má vztah i s dalšími oblastmi v životě pacienta a těmi jsou především funkční potenciál a sociální opora. Motivace pacienta většinou velmi úzce souvisí s jeho možnostmi fungování a také s jeho vztahovým prostředím (Stentzel a kol., 2018). Pokud se podaří pacientovi udržet anebo vytvořit díky léčbě lepší životní perspektivu za pomoci udržení nebo zvýšení vlastních možností uplatnění, je to pro něj silná motivace v léčbě vytrvat. KP se snaží pacienta na tyto důležité životní oblasti upozornit a pomoci mu uvědomit si, že zlepšení a udržení kvality života je důležitou součástí jejich léčby. Mnohdy to může být počáteční společný cíl v léčbě a prvotní průlom k porozumění významu léčby pro pacienta, který si nemusí uvědomovat příznaky onemocnění a může mu unikat smysl psychiatrické léčby. Při absenci motivace je velmi pravděpodobné předčasné opuštění terapeutického procesu (Björn a Wennbern, 2014). U řady psychiatrických pacientů se kvůli nenalezení společného cíle léčby nepodaří pacienty v léčbě udržet, brzy odcházejí z léčby na negativní reverz, poté dochází k předčasným rehospitalizacím, prohloubení sociálního úpadku a nárůstu duálních diagnóz v důsledku „samoléčby“ škodlivým užíváním psychoaktivních látek.

Na setrvání v léčbě nebo psychotherapeutickém procesu má důležitý vliv také kvalita terapeutického prostředí (Soares a kol., 2012), která je dána kvalitou terapeutických struktur, mezi něž vedle terapeutického režimu patří i KP a podobné terapeutické pomůcky, terapeutický proces a kvalitní terapeutický vztah. Byla prokázána přímá

souvislost mezi motivací k léčbě a aktivním zapojením do léčby. Pacienti, kterým se podařilo dosáhnout vyšší úrovně participace na vlastní léčbě se vyznačovali vyšší léčebnou proaktivitou a spoléháním se na vlastní zdroje a následně více očekávali úspěchy v léčbě (Gavrilov-Jerković, 2007). O totéž usiluje také KP, která se společnou prací terapeutického týmu a pacienta snaží docílit příjemného interpersonálního prostředí, ve kterém by se zlepšovala pacientova motivace k terapeutické práci. Dostatečně pevná motivace k léčbě a aktivní zapojení do léčby vytváří předpoklady pro léčebnou adherenci (Dermikol a kol., 2015) a výzkumy ukázaly, že s vyšší adherence léčby u psychiatrických pacientů klesají náklady na péči i potřeba specializovaných služeb v období po hospitalizaci (Joe a Lee, 2016).

KP cílí i k postupnému zvyšování self-efficacy pacientů. Bandurův koncept self-efficacy odráží subjektivní pocit vnímání vlastní účinnosti v životních událostech a možností jak je ovlivňovat. Význam konceptu self-efficacy byl ve vztahu k psychiatrické populaci ověřen například na pozitivním vztahu mezi self-efficacy a kvalitou interpersonálního chování (Morimoto a kol., 2012). Negativní vztah byl naopak zjištěn mezi self-efficacy a suicidálním myšlením, plány i realizací suicidálních pokusů (Isaac a kol., 2018). Dosavadní zkušenosti ukazují, že pevně strukturované psychotherapeutické postupy jsou pro krátkou motiváční podpůrnou psychotherapii výhodnější než méně strukturované terapeutické postupy, jejichž efektivita je nejistá a málo srozumitelná pro pacienty i spolupracující lékaře a další odborníky v léčebném týmu. Terapeutické týmy na psychiatrických odděleních se skládají z odborníků mnoha

profesí a různých zkušeností, z nichž ne všichni mají psychotherapeutické vzdělání. Proto terapeutické týmy na akutních psychiatrických odděleních potřebují jasnou mezioborově srozumitelnou a použitelnou

**Olga  
Klempřová**

**PhDr. , Ph.D. Pracuje jako klinická psycholožka v Psychiatrické nemocnici Bohnice a na Neurologické klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Je členkou lektorského týmu akreditovaného Neuropsychologického kurzu pořádaného v rámci 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. V rámci klinické praxe se zabývá především diferenciální diagnostikou a krátkodobou podpůrnou psychoterapií psychiatrických pacientů a diagnostikou kognitivního deficitu a neuropsychiatrických poruch a psychologickým poradenstvím u Huntingtonovy nemoci a u roztroušené sklerózy. Jejím specifickým odborným tématem je psychologická diagnostika a poradenství u osob v riziku Huntingtonovy nemoci v rámci multidisciplinárního týmu před genetickým vyšetřením.**

strukturu, která umožní široké spektrum psychiatrických pacientů ve stavech vyžadujících hospitalizaci, připravit na aktivní spoluúčast v léčbě a na navazující psychotherapeutické a rehabilitační procesy. Právě z této potřeby vznikla i tvorba KP, která byla šířeji inspirována strukturou psychotherapeutických konceptů Acceptance and Commitment Therapy ACT (Spidel a kol., 2017) a Post-admission Cognitive Therapy PACT (Ghahramanlou-Holloway a kol., 2012). ACT je založena na motivovaném a aktivním přístupu pacientů k jejich vlastní terapii a vede je k rozlišování situací, které změnit vlastními silami nemohou a těmi, které naopak změnit mohou. Cílem je, aby se pacienti naučili přijmout a akceptovat

situace, které aktuálně nemohou ovlivnit a zvyšovat v těchto chvílích svou psychickou stabilitu. A zároveň vede pacienty k tomu, aby aktivně začali pracovat na změně v oblastech, ve kterých je změna možná. Podobným způsobem se snaží pacienti do jejich vlastní terapie zapojit i KP. Prvním krokem v KP je uvědomění si problémových oblastí, druhým je poté příprava na práci na vlastní změně. Pokud je hospitalizace pacienta delší, je možné již během ní začít pracovat na změně některých situací v životě pacienta. V případě krátkodobé hospitalizace, která je v našich podmínkách častější, je smyslem KP ujasnění si těchto situací a práce na jejich změně v ambulantní psychoterapii. PACT pracuje na principu změny maladaptivních zvládacích strategií na adaptivní varianty zvládnání. Maladaptivní zvládací strategie formuluje na základě kognitivního přístupu a pacientovy konceptualizace potíží, řešení praktických potíží, zlepšování zvládacích strategií a formulaci krizového plánu. Zejména na formulaci krizového plánu navazuje i KP, která jej chápe jako důležitý bod předcházení relapsu duševních obtíží. KP tak připravuje pacienta formulací jeho problémových oblastí i na budoucí práci na jejich řešení a zlepšování zvládacích strategií. ACT a PACT přístup stál u zrodu inspirace vzniku KP. KP ovšem neaspiruje na vytvoření nového terapeutického konceptu jako ACT a PACT, jejím cílem je sloužit jako pomůcka v terapii při krátkodobých psychiatrických hospitalizacích. Existuje nespočet terapeutických pracovních listů, které jsou podobné KP. Při vzniku KP z nich však nebylo vycházeno, proto se na ně v tomto textu neodkazujeme.

## KARTA PACIENTA

KP má tři části, které kopírují tři etapy hospitalizace – úvodní, léčebnou a přípravu na propuštění. V průběhu léčby je pacient veden k tomu, aby se v tomto pořadí postupně začal zabývat jednotlivými tématy. Pokud je pacient hospitalizován delší dobu, dochází postupně také ke konkretizaci jednotlivých témat. Ta může pacient dopsat k již předchozím nebo je mu vydána nová KP, kde může pokračovat v terapeutické práci.

Vznik KP vycházel z praktických potřeb terapeutické práce na akutním oddělení všeobecné psychiatrie. Byla volně inspirována výše zmíněnými terapeutickými přístupy a pomůckami, jejím cílem nebylo vytvořit nový terapeutický přístup, ale přinést praktickou pomůcku, která by zefektivnila terapeutickou práci během krátkodobé hospitalizace. Zároveň bylo praktické KP vytvořit v takové podobě, která by umožňovala práci s pacienty s různou mírou náhledu, motivace a kognitivních schopností. Tvorba KP byla opakovaně připomínkována personálem i samotnými pacienty a byla hledána varianta, která bude dostatečně srozumitelná a jednoduchá pro většinu pacientů, ale zároveň bude možné zachovat její psychoterapeutický význam. Jednotlivé části KP byly vytvářeny tak, aby se zaměřovaly na konkrétní oblasti, na které má cílit pozornost pacienta i terapeutického týmu, ale zároveň budou dostatečně široké pro individuální práci s jednotlivými pacienty.

**Úvodní část**

(Karta č. 1)

KP je označena „ošetřujícím číslem pacienta“, které nahrazuje jméno, aby byly chráněny pacientovy citlivé osobní informace. Při nalezení ztracené KP, může pouze

zdravotnický personál identifikovat jejího majitele.

Úvodní část obsahuje údaje, které slouží pacientovi po přijetí na oddělení k orientaci v léčbě. Do KP si zapíše jméno ošetřujícího

<b>KARTA PACIENTA</b>				
Průvodce léčbou na 1. oddělení				
Oš. číslo:		Dobrovolný vstup od:		
Ošetřující lékař:				
Režim:				
Pobyt na oddělení	Vycházky s personálem	Vycházky s druhou osobou	Vycházky na aktivitu	Volné vycházky
Proč jsem hospitalizován/a ?				
Jak to vidí okolí?				
Co si myslím já?				
Co mě trápí?				

Karta č. 1

lékaře, datum dobrovolného vstupu a režim léčby. Podepsání dobrovolného vstupu je u pacientů, kteří byli původně nedobrovolně hospitalizováni významným mezníkem, který většinou znamená zlepšení spolupráce pacienta v léčbě. Doporučujeme předat KP právě v tomto prvním zlepšení, ve kterém

pacient začíná být schopen nahlížet vlastní psychické problémy.

Následující oddíl KP se věnují okolnostem hospitalizace. Pacient si do KP запиše, co bylo podle jeho názoru důvodem hospitalizace ale také, co si myslí, že jeho okolí vnímalo jako důvod hospitalizace. Informace o názorech pacientových blízkých lidí může významně pomoci pacientovi budovat náhled na vlastní problémy, anebo vztahy s těmito blízkými lidmi.

V posledním oddílu úvodní části pacient konkretizuje psychické či sociální obtíže, na základě kterých se dále stanovují cíle,

na nichž je možné pracovat během jeho hospitalizace. Tato část je zvláště důležitá, protože teprve poté, kdy si pacient uvědomí, že ho něco trápí nebo mu něco chybí, je možné začít aktivní spolupráci na řešení psychických problémů. Pokud se podaří pacienta přimět k vlastní formulaci psychických potíží, je postaven základní kámen spolupráce v léčbě a může být zahájena psychoterapeutická podpora.

**Průběh léčby**

(Karta č. 2)

V první části je vyjmenovaná nabídka

Karta č. 2

PRŮBĚH LÉČBY:						
Využívám program:	? činnostní terapie	? kognitivní trénink	? muzikoterapii	? edukační skupiny	? pohovory s psycholožkou	? centrální terapie
	? psychogymnastiku	? společné vycházky	? duální skupiny	? motivační skupiny	? skupinové terapie	? volné vycházky
Potřebuji vyřídit:						Splněno:
Se sociálním pracovníkem/ pracovníci						?
						?
						?
S lékařem/ lékařkou						?
						?
						?
						?
S psychologem/ psycholožkou						?
						?
						?
						?
Příčiny mých obtíží:						
Důsledky mých obtíží:						

všech terapeutických programů, které jsou na oddělení pro pacienty k dispozici. Tato část slouží jako informace o nabídce terapeutických aktivit oddělení pro nově přichozí pacienty a informace pro personál o tom které z nich pacient využívá.

Druhá část je zaměřena na konkrétní témata, která pacient řeší s různými odborníky, se kterými může mít individuální konzultace na oddělení. Tato část slouží k tomu, aby si pacient uvědomil, jaká je jeho zakázka k jednotlivým odborníkům a s čím mu mohou pomoci. Jednotlivé zakázky se pak průběžně upřesňují v individuálních konzultacích.

Třetí část je zaměřena na prohlubování sebereflexe ve smyslu příčin a důsledků psychických problémů. Pacient tak má možnost uvědomit si, že se psychické problémy neobjevují izolovaně a bez příčiny, ale že jsou provázány s jeho jedinečným bio-psycho-sociálním světem, který může sám ovlivnit.

Část, která se věnuje léčbě by měla pacienta odkazovat k jeho vlastní práci na sobě a na svých obtížích během hospitalizace a pacient by na ní měl začít pracovat ve chvíli, kdy je na oddělení zorientovaný a ujasnil si své základní problémy. Pracovat na KP může pacient samostatně a jednotlivé části následně konzultovat na pohovorech s lékařem či psychologem, nebo je s pacientem na KP pracováno v rámci terapeutických pohovorů, pokud pacient samostatně práce není schopen nebo k ní není motivován. Struktura práce na KP není pro pacienty formalizována a je přizpůsobována individuálním potřebám a možnostem jednotlivých pacientů. Pokud má pacient obtíže formulovat příčiny či důsledky svých potíží, snaží se jej terapeutický tým navést k tomu, aby o nich přemýšlel

a byl schopen k nim postupem času dojít a formulovat je. Cílem není, aby je kdokoli z personálu vymýšlel za pacienta pouze pro formální vyplnění KP. I neúplně vyplněná KP má terapeutický význam, pokud odpovídá tomu, k jakým významům pacient sám došel. Samotná práce pacienta na KP a jeho motivace k jejímu vyplňování je pak informací o adherenci pacienta v léčbě a umožňuje přizpůsobit podobu hospitalizace a léčebného plánu této skutečnosti.

### ***Příprava na propuštění***

*(Karta č. 3)*

Poslední částí KP je příprava na propuštění, která by postupně měla pacienta provést koncem léčby. Pacient si do této části запиše kontakt na svého ambulantního psychiatra a psychoterapeuta, případně datum první návštěvy v ambulanci po hospitalizaci. Pacientům s výběrem následné péče může pomoci lékař nebo psycholog.

Následuje část věnovaná rekapitulaci hospitalizace a zhodnocení jejího přínosu pro pacienta, ale také jejích negativ. Pacient by měl začít přemýšlet nad tím, jak ovlivnila hospitalizace jeho život, a jestli a jak, pomohla řešit jeho obtíže. Důležité je, co si díky hospitalizaci uvědomil nebo jaká témata k další práci na sobě se mu otevřela. Velmi přínosné je naučit pacienty rekapitulovat jednotlivé události a jednotlivá období ve svém životě a tím se připravovat na další život po propuštění z nemocnice. Pacient je v této části KP veden k tomu, aby si uvědomil, že během hospitalizace se jeho psychický stav většinou plně nevyléčí a všechny jeho obtíže nezmizí, ale že cílem psychiatrické hospitalizace je stabilizace stavu a návrat k základnímu fungování v každodenním životě.

Karta č. 3

PŘÍPRAVA NA PROPUŠTĚNÍ:		
<b>Ambulantní psychiatr</b> (jméno + adresa)  Ambulantní psychoterapie		<b>Datum kontroly:</b>
<b>V čem se můj stav během hospitalizace změnil?</b>		
Pozitiva:		
Negativa:		
<b>Na čem ještě potřebuji pracovat?</b>		

Na další optimalizaci stavu je třeba pracovat dlouhodobě v následné ambulantní léčbě a pomocí různých rehabilitačních aktivit.

*(Karta č. 4)*

Poslední částí přípravy na propuštění je krizový plán, který byl inspirován krizovým (havarijním) plánem pro závislé pacienty (Nešpor, 2006). Tvorbu krizového plánu

vnímáme jako nejdůležitější pacientův úkol v závěru léčby na akutním psychiatrickém oddělení. Cílem krizového plánu je připomenout, že je nutné dopředu přemýšlet o tom, jakým způsobem se může pacient zachovat při zhoršení jeho psychického stavu. Vysvětlujeme pacientům, že ve chvílích, kdy dojde k relapsu jejich psychických obtíží, již většinou nové možnosti nevymyslí, ale je větší pravděpodobnost, že se zachovají podle svých starých, často maladaptivních schémat. Proto je třeba nové možnosti řešení promyslet v předstihu. Smyslem je podpořit pacienty k tomu, aby s podporou terapeutického týmu našli vlastní nové účinné způsoby chování v rámci prevence relapsu a tímto hledáním nových možností zvyšovali i své self-efficacy. Optimální doba pro vypracování krizových řešení je období ke konci hospitalizace, kdy je pacient dostatečně stabilizovaný, má k dispozici odbornou pomoc multidisciplinárního týmu a dostatek času k přemýšlení.

Samotný krizový plán se skládá ze tří oddílů. Nejprve by si měli pacienti vytvořit představu toho, co mohou dělat, aby preventivně předešli zhoršení jejich psychických obtíží. Tedy, aby si uvědomili, co je udržuje v dobré psychické pohodě a které faktory naopak jejich psychický stav mohou zhoršovat. Ve druhém oddílu by se měli pacienti zamyslet nad tím, jaké mají možnosti v případě, kdy se jejich psychický stav již zhorší a jejich obtíže se opět objeví – aby tento stav zvládli a nemuseli být hospitalizováni. Poslední oddíl slouží tomu, aby si pacient vytvářel sociální opěrnou síť, tedy konkrétní osoby, na které se může v případě nouze obrátit a které mu mohou pomoci s řešením jeho problémů nebo mu mohou poskytnout psychickou podporu.



Karta č. 4

KRIZOVÝ PLÁN		
<i>Je to postup v případě zhoršení stavu. =&gt; Co dělat, když se můj stav zhorší? Jak to poznat? Jak tomu předejít? Jak se dostat zpět do nemocnice...</i>		
<b>Rizikové faktory mého onemocnění</b>	*	*
	*	*
	*	*
<b>Co můžu dělat pro to, aby se můj stav opět nezhoršil? Co dělat abych se nevrátil/a na hospitalizaci?</b>		
*		
*		
*		
*		
*		
*		
<b>Co dělat, když se mi zhorší stav? Když se objeví psychické obtíže?</b>		
*		
*		
*		
*		
*		
*		
<b>Na koho se mohu obrátit?</b>		
*		*
*		*

Smyslem krizového plánu v rámci KP je, aby se pacienti začali připravovat na propuštění a aby začali přemýšlet o tom, co bude po hospitalizaci a jakým způsobem by si sami mohli poradit s případnými obtížemi, které se po propuštění nebo i později během jejich života mohou objevit.

### ***Ilustrace využití KP***

*(Karta č. 5 a 6)*

Příkládáme ukázkou využití KP při práci

s konkrétní pacientkou. Cílem uvedené ukázky je přiblížit čtenářům praktickou práci s KP a ilustrovat, jakým způsobem s ní pacientka pracovala. Vzhledem k tomu, že je KP aktuálně v PN Bohnice pilotována, nemůžeme prozatím přispět obsáhlejší kazuistickou studií, na které by bylo možné poukázat na možné obtíže při práci s KP.

42letá žena s opakovanými psychotickými atakami v náročných životních obdobích. Důvodem aktuální hospitalizace

Karta č. 5

KRIZOVÝ PLÁN		
<i>Je to postup v případě zhoršení stavu. =&gt; Co dělat, když se můj stav zhorší? Jak to poznat? Jak tomu předjet? Jak se dostat zpět do nemocnice...</i>		
Rizikové faktory mého onemocnění	* sebefetěžování	* nedostatečné oddělování povinností a zábavy
	* nedostatek odpočinku	* nedostatek času na sebe
	* stres	*
Co můžu dělat pro to, aby se můj stav opět nezhorší? Co dělat abych se nevrátil/a na hospitalizaci?		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Více odpočívat. Udělat si více času na sebe. Více si věřit.</li> <li>Více si organizovat svoji práci, abych si našla čas na odpočinek</li> </ul>		
* * * *		
Co dělat, když se mi zhorší stav? Když se objeví psychické obtíže?		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Vyhledat svého ambulantního lékaře.</li> <li>Probrat danou situaci se svým partnerem a poradit se s mámou o tom, jak postupovat dále.</li> <li>Pokud sama, budu sledovat svůj stav a poradím se s lékařem.</li> </ul>		
* * * *		
Na koho se mohu obrátit?		
* * *		

Karta č. 6

PRŮBĚH LÉČBY:						
Využívám program:	? činnosti terapie	? kognitivní trénink	? muzikoterapii	? edukační skupiny	? pohovory s psycholožkou	? centrální terapie
	? psychogymnastiku	? společné vycházky	? duální skupiny	? motivační skupiny	? skupinové terapie	? volné vycházky
Potřebuji vyřídít:					Splněno:	
Se sociálním pracovníkem/ pracovníci	Zda mám jako OSVČ nárok na dávky na nemocenské. Nemám, neplatím si navíc pojištění v případě nemoci.				?	
S lékařem/ lékařkou	Zjistit, jaké léky mám užívat, abych to mohla říct ambulantnímu psychiatrovi, ke kterému se musím dostavit do 3 dnů po propuštění.				?	
S psychologem/ psycholožkou	Absolvovat druhou část vyšetření. První část byla absolvována 19. 7. 2018. Další bude v pondělí 23. 7. 2018.				?	
Příčiny mých obtíží:	Někdo mi v minulosti něco špatného řekl nebo na mě křičel a já jsem si to vzala na sebe, že já jsem ta špatná. Přepřarování. Dědala jsem hodně věcí najednou a málo jsem odpočívala, v noci jsem nemohla usnout. Stále nad něčím v minulosti jsem přemýšlela.				?	
Důsledky mých obtíží:	Skončila jsem Psychiatrické léčebně v Bohnicích.				?	

KARTA PACIENTA				
Průvodce léčbou na 1. oddělení				
Oš. číslo:	3810/18	Dobrovolný vstup od:		
Ošetřující lékař:	MUDr. xxxxx			
Režim:				
Pobyt na oddělení	Vycházky s personálem	Vycházky s druhou osobou	Vycházky na aktivitu	Volné vycházky
Proč jsem hospitalizován/a ?				
Jak to vidí okolí?	Nepřirozené chování.			
	Šíření neklidu.			
	Buzení partnera v noci.			
Co si myslím já?	Velká únava a nedostatek spánku.			
	Mozek stále pracuje a mě zneklidňuje hlavně v noci.			
	Pocit, že já jsem ten nejhorší a nejstrašnější člověk, co má za to pykat.			
Co mě trápí?				
Mám běžné starosti týkající se rodiny (jejich zdraví a spokojenosti), zda o mě budu dobře pečovat.				
Starosti, zda obstojím v zaměstnání, do kterého jsem nastoupil nedávno.				
* * * *				

byl rychlý rozvoj paranoidně perzekučního bludu po půl roce od nástupu do zaměstnání po rodičovské dovolené. Psychologické vyšetření neprokázalo kognitivní deficit ani poruchy svědčící pro schizofrenní onemocnění. Pacientka byla velmi spolupracující, kromě psychologického vyšetření a individuálních psychologických pohovorů pravidelně docházela na skupinovou psychoterapii a edukaci.

KP pacientku podpořila v uvědomění a formulaci psychických problémů, ve způsobu vyrovnávání se a v prevenci relapsu onemocnění. Motivace k léčbě a aktivní účast pacientky na léčbě se díky práci s KP významně zlepšila. Opakované edukace pacientky i členů rodiny navíc významně přispěly k lepšímu porozumění příznakům onemocnění i významu léčby. Pacientka následně pokračovala v léčbě ve stacionáři pro psychotické pacienty. Byla schopná se vrátit k běžnému fungování v rodině i v zaměstnání. Hlavním tématem KP této pacientky byla prevence sebezpetěžování.

#### DISKUSE

Cílem KP je poskytnout podporu pro krátkodobou terapii pacientům hospitalizovaným na psychiatrii. Tím navazujeme na podobnou snahu nabídnout krátkodobou, maximálně efektivní a na zlepšení psychických symptomů zaměřenou terapii například Lindholma a kol. (2015), Spidela a kol. (2017) a Ghahramanlou-Holloway a kol. (2012). Zmíněné terapeutické přístupy směřují k efektivnímu využití časově omezené terapie u psychiatrické populace, což je cílem i KP jako terapeutické pomůcky.

KP má za cíl pacienty více zapojit do jejich vlastní terapie. Základním předpokladem je zvýšení jejich motivace. Vliv mo-

tivace na zmírnění symptomů duševních onemocnění byl prokázán v řadě výzkumů v souborech psychiatrických pacientů Cho a Leea (2018), Stentzely a kol. (2018), Nickela a kol. (2005), Björna a Wennbera (2014), Soaresy a kol. (2012) či Gavrilov-Jerkoviće (2007). KP se snaží o zvýšení motivace pacientů jednak tím, že poskytuje grafickou variantu témat, nad kterými by se pacienti měli zamyslet, ale také tím, že zahrnuje prvky z motivačních rozhovorů v úvodní části KP, ve kterých je pacient veden k uvědomění si vlastních obtíží a zaznamenání si důvodů aktuální hospitalizace. Motivačním faktorem je také záznam i drobných zlepšení psychického stavu a vyřešení některých obtíží, se kterými pacient do hospitalizace vstupoval. Významnou roli může však sehrát i uvědomění si negativních faktorů hospitalizace, které mohou motivovat pacienta k vyvinutí úsilí a ke změnám v chování, aby se další hospitalizaci vyhnul tím, že například zvolí zdravější životní styl. Důležitým motivačním faktorem je i komunitní terapeutické prostředí, kde významnou roli sehrává sociální učení. Pokud pacient vnímá, že druzí pacienti se díky KP posouvají v léčbě směrem k uzdravení a tím ke konci hospitalizace, zvýší to jejich zájem s KP pracovat. Konečně nejdůležitější součástí motivační práce je terapeutický vztah ošetřujícího lékaře anebo psychologa, kteří mají za úkol iniciovat a později udržovat a regulovat pacientovu práci s KP. To vyžaduje dovednost srozumitelné edukace na začátku práce s KP, později empatické facilitace pacientovy sebereflexe a v závěru vedení ke smysluplné redukci na nejdůležitější snadno zapamatovatelné body krizového plánu.

Práce s KP zahrnuje zejména práci na postupném zvyšování pacientova self-efficacy, psychologický koncept, který prokazatelně souvisí s mírou psychických potíží napříč celou řadou psychiatrických onemocnění (Morimoto a kol., 2012, Isaac a kol., 2018). Samostatná a obsáhlá část je věnována přípravě krizového plánu (Nešpor, 2007), který vede pacienty k tomu, aby si ujasnili jak si sami či za pomoci druhých lidí mohou pomoci v případě krize, a jak mohou krizovým stavům předcházet a podporovat své duševní zdraví. Cílem KP je podporovat self-efficacy zejména tím, že je pacient veden k tomu, jak strukturovaně uvažovat o svých aktuálních psychických potížích aby následně hledal vlastní konkrétní možnosti, jak tyto potíže zvládnout. Tedy, aby hledal vlastní způsoby zvládnání krize, namísto „pouhé“ edukace o možnostech chování v podobné situaci. V průběhu tvorby krizového plánu dochází podobně jako u PACT (Ghahramanlou-Holloway a kol., 2012) k revizi a k novému výběru strategií zvládnání. Cílem KP tedy je, aby se pacient učil hledat funkční modely zvládnání, které vycházejí z jeho vlastních zdrojů a tím i zvyšoval vlastní kompetenci kontroly psychického zdraví. Dlouhodobý terapeutický účinek této praktické pomůcky by však měl být výzkumně ověřen v budoucnosti, aby bylo možné formulovat její přínosy, limity a zhodnotit její efektivitu.

## ZÁVĚR

KP umožňuje efektivněji pracovat s pacienty v krátkodobých terapiích a maximálně využít období hospitalizace. KP nabízí posun od málo strukturované psychologické podpory pacientů k podpoře, která je strukturovaná, specifická a která může během

krátké hospitalizace lépe zmapovat problémy pacienta a umožnit jejich efektivnější řešení. Důležité je, aby si pacient uvědomil provázanost psychických obtíží s dalšími oblastmi v životě a nutnosti pokračování v následné ambulantní léčbě, psychoterapii anebo v rehabilitačních aktivitách. KP může sloužit jako šablona pro přemýšlení o psychických problémech a hledání řešení i u ambulantních pacientů a snižovat riziko jejich dekompenzace. Doufáme, že KP by mohla být důležitým autobiografickým dokumentem krizové situace nebo relapsu onemocnění, který může pomoci lépe se vyrovnávat s chronickým psychiatrickým onemocněním i s přechodnými životními krizemi v důsledku osobnostních dispozic či náročných životních událostí.

## SEZNAM LITERATURY:

- Björn, P., Wennber, P. (2014) The Importance of Therapy Motivation for Patients With Substance Use Disorders. *Psychotherapy*. 51(4), 555–562.
- Demirkol, M., Taman, L., Evlice, Y. (2016) Adherence to the Treatment in Psychiatric Patients. *Cukurova Medical Journal*. 4(3), 555–568.
- Gavrilov-Jerković, V. (2007). Relation between Stages of Change and Motivation in the Treatment of Psychiatric Patients. *Psihologija*. 40(2), 245–262.
- Ghahramanlou-Holloway, M., Cox, D., Greene, F. (2012) Post-Admission Cognitive Therapy: A Brief Intervention for Psychiatric Inpatients Admitted After a Suicide Attempt. *Cognitive and Behavioral Practice*. 19, 233–244.
- Cho, J., Lee, K. (2018). Effects of motivation interviewing using a group art therapy program on negative symptoms of schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 32, 878–884.
- Isaac, V., Wu, Ch., Mclachlan, C. (2018). Associations between health-related self-

- efficacy and suicidality. *BMC Psychiatry*. 18(126), 1–9.
- Joe, S., Lee, J. (2016). Association between non-compliance with psychiatric treatment and non-psychiatric service utilization and costs in patients with schizophrenia and related disorders. *BMC Psychiatry*. 16(444), 1–9.
- Křížová, I., Širůčková, B., Šindlář, M. (2017). *Karta pacienta: Průvodce léčbou 1. oddělení PNB*. Praha.
- Lacroix, J., Perer, K., Ghahramanlou-Holloway, M. (2018). Pilot Trial of Post-Admission Cognitive Therapy. *Psychological Services*. 15(3), 279–288.
- Lindholm, L., Koivukangas, A., Lasiila, A. (2018). Early assessment of implementing evidence-based brief therapy interventions among secondary service psychiatric therapists. *Evaluation and Program Planning*. 2018, 52, 182–188.
- Morimoto, T., Matsuyama K., Ichihara-Takeda, S. (2012). Influence of self-efficacy on the interpersonal behavior of schizophrenia patients undergoing rehabilitation in psychiatric day-care services. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 66, 203–209.
- Nešpor, K. (2006). *Léčba návykových nemocí – interaktivní semináře*. 1. Praha: Sportpropag.
- Nickel, C., Tritt, K., Kettler, Ch. (2005). Motivation for therapy and the results of inpatient treatment of patients with a generalized anxiety disorder: A prospective study. *Wien Klin Wochenschr*. 117(9–10), 359–363.
- Soares, L., Oliveira, F., Lemos, M. (2012). Motivation for Therapy: an important Ingredient to Change?. *Revista de Psicologia da IMED*. 4(1), 640–648.
- Spidel, A., Lecomte, T., Kealy, D. (2018). Acceptance and commitment therapy for psychosis and trauma: Improvement in psychiatric symptoms, emotion regulation, and treatment compliance following a brief group intervention. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 91, 248–261.
- Stenzel, U., Van den Berg, N., Schulze, L. (2018). Predictors of medication adherence among patients with severe psychiatric disorders: findings from the baseline assessment of a randomized controlled trial (Tecla). *BMC Psychiatry*. 18(155), 1–8.

*Došlo do redakce 13. 10. 2018, přijato k recenznímu řízení v upravené verzi 1. 12. 2018. Revidované znění došlo 1. 1. 2019, k publikaci přijato 8. 1. 2019.*