



Výkon ochranného léčení žen v Psychiatrické nemocnici Horní Beřkovice: zavedení a praxe léčebného programu

PhDr. Viktória Ženková, PhD.¹, MUDr. Katarína Hánělová², Mgr. Petr Ptáček³

¹Psychiatrická nemocnice Horní Beřkovice

²Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

³Psychiatrická nemocnice Horní Beřkovice

V červnu 2015 bylo v Psychiatrické nemocnici Horní Beřkovice (PNHoB) utvořeno samostatné oddělení pro výkon soudem uloženého ochranného léčení žen. Svojí koncepcí zaujímá výjimečné postavení v rámci organizace psychiatrické péče v České republice jako jediné specializované pracoviště pro výkon ochranného léčení žen v ústavní formě. Hlavním posláním léčebného programu oddělení je psychiatrická rehabilitace a resocializace, snížení společenské nebezpečnosti pacientek, získání náhledu na onemocnění. Cílem tohoto příspěvku je krátce odbornou veřejnost seznámit s koncepcí léčebného programu výkonu soudně nařízené ústavní ochranné léčby žen v PNHoB a s průběhem jejího vzniku a revize. Představení přínosu a pojmenování výzev je diskusním příspěvkem odborné veřejnosti k organizaci psychiatrické péče.

Klíčová slova: komunitní systém léčení, léčebný program, ochranné léčení žen v ústavní formě, psychiatrická nemocnice, psychiatrická rehabilitace, psychiatrická resocializace.

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: PhDr. Viktória Ženková, PhD., viktor.zenka@gmail.com
Psychiatrická nemocnice Horní Beřkovice
Podřipská 1, 411 85 Horní Beřkovice

Cit.zkr: Psychiatr. praxi 2018; 19(2e): e21–e26
Článek přijat redakcí: 6. 3. 2018
Článek přijat k publikaci: 31. 5. 2018



Court-ordered compulsory treatment of women in the Psychiatric Hospital Horní Beřkovice: The creation and practice of the therapeutic programme

In 2015 a new specialized ward for the treatment of women under compulsory court-order was established at the Horní Beřkovice Psychiatric Hospital (PNHoB). Its concept of treatment and the uniqueness of this facility occupy an exceptional place in the organization of the psychiatric healthcare system in the Czech Republic. This article aims to provide a brief overview of the methodologies established by health professionals at PNHoB to set up a new system and therapeutic programme for the patients at the facility. It is our aim to address the challenges we had to face and to contribute to the professional discussion on the organization of the psychiatric healthcare.

Keywords: community psychotherapy, therapeutic programme, compulsory court-ordered treatment of women in institutional healthcare facility, psychiatric hospital, psychosocial rehabilitation, psychiatric resocialization.

Úvod

V červnu 2015 bylo v Psychiatrické nemocnici Horní Beřkovice (PNHoB) vytvořeno specializované oddělení pro výkon soudně uloženého ochranného léčení žen, jehož cílem je psychiatrická rehabilitace a resocializace, snížení společenské nebezpečnosti pacientek, získání náhledu na onemocnění. Svojí koncepcí zaujímá výjimečné postavení v rámci organizace psychiatrické péče v České Republice jako jediné specializované pracoviště pro výkon ochranného léčení žen v ústavní formě. Obdobně zde před více než 40 lety vzniklo první oddělení ochranných léčení sexuologických v tehdejší Československu.

Oddělení ochranných léčení žen má aktuálně 23 lůžek a k hospitalizaci přijímá ženy s uloženým ochranným léčením psychiatrickým, protialkoholním, protitoxikomanickým. Patientky jsou přijímány na oddělení předáním Policií ČR nebo se k výkonu léčení samy na základě rozhodnutí soudu dobrovolně dostaví. V případě, že je jejich stav při přijetí do PNHoB akutně dekompenzován, k výkonu léčení jsou překládány po stabilizaci na příjmo-

vém oddělení. Nejčastěji se setkáváme s psychiatrickými diagnózami ze skupiny schizofrenních poruch a poruch vyvolaných účinkem psychoaktivních látek. Doba léčení je velmi variabilní, obvykle netrvá kratší dobu než rok, ve výjimečných případech i několik let (nejpozději po dvou letech musí soud přezkoumat důvodnost dalšího trvání ochranného léčení).

Záměr vytvořit samostatné oddělení pro výkon ochranného léčení s sebou nesl potřebu vytvořit specifický léčebný program a přizpůsobit jej novému rázu oddělení. Prostřednictvím tohoto článku chceme krátce seznámit odbornou veřejnost s koncepcí léčebného programu, s postupem při jeho tvorbě a zhodnocením po dvou letech jeho fungování.

Přípravy a průběh vytváření nového modelu léčebného programu

V úvodu tvorby léčebného programu bylo důležité pojmenovat zásadní body koncepce – cíl a terapeutické prostředky k jeho dosažení. Cílem ochranného léčení je návrat pacientky do běžného života pod podmínkou



snížení její společenské nebezpečnosti. Podstata léčení spočívá ve změně postojů pacientky, a pokud to povaha onemocnění umožňuje, způsobu jejího jednání, nebo osvojení si způsobů zacházení s onemocněním, které minimalizují riziko recidivy. Základním principem je komunitní systém, založený na otevřené komunikaci a přijetí spoluzodpovědnosti za proces léčení, i prostředí, v němž léčení probíhá.

Při jeho tvorbě se vycházelo ze stanovených cílů, z poznatků z léčebného programu pro léčbu závislostí žen v PNHoB, který prošel úspěšným procesem certifikace i recertifikace Certifikační agentury Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Do nové koncepce se zakomponovaly i vhodné prvky z léčebného programu výkonu ochranného léčení sexuologického. Vše proběhlo s ohledem na platnou legislativu a příslušné nemocniční předpisy prověřené akreditačním a reakreditačním procesem Spojené akreditační komise.

Koncipování léčebného programu probíhalo v rámci schůzí vedení primariátu. Praktické připomínky, poznatky z praxe ostatního personálu, se do koncepce zapracovávaly v průběhu provozních porad oddělení. Jednotlivé body byly v týmu připomínkovány a prodiskutovány a poté dopracovány do finální podoby. Tím se definovala koncepce léčby, popsala její organizace, prostředky a cíle.

Během tvorby nového modelu léčebného programu se již od počátku kladl důraz na jeho srozumitelnost pro pacientky. V předcházející podobě oddělení se cítily nejistě ve vztahu k požadavkům léčení, hlavně k podmínkám podání návrhu na přeměnu formy ochranné léčby příslušnému soudu (subjektivně dlouze vysněnému ukončení léčby). Pacientky běžně trávily čas pasivním přemýšlením o termínu ukončení léčení, nepřebíraly odpovědnost za svůj pobyt a dění na oddělení. Vznikaly konflikty

pramenící z frustrace, někdy se pacientky cítily nepochopeny, zabývaly se myšlenkou, že jim terapeutický tým chce ublížit, zdržuje jejich propuštění a tím se vytvářel bludný kruh nespolupráce. Nastavení bylo náročné i pro personál, který se tak častěji musel vyrovnávat s pocity beznaděje, deziluzemi a vznikal prostor k jeho rychlému vyhoření. Srozumitelností cílů a nároků léčebného programu pro pacientky i personál se dosáhlo jeho jasným vymezením, rozdělením do několika fází a definováním úkolů nutných k postupu do dalšího stupně a k podání návrhu na přeměnu v ambulantní ochranné léčení k příslušnému soudu.

Léčebný program

Léčebný program je založený na komunitním principu aktivní spolupráce a přijetí (spolu)zodpovědnosti ze strany pacientek. Slouží jako nástroj terapie a svou podstatou vede k rozvoji schopnosti zvládat nároky reálného života. Tím vytváří prostor pro sociální učení přizpůsobivějších forem chování v kontextu jasně a srozumitelně vymezených pravidel. Lze ho rozdělit na režimovou, psychoterapeutickou a medicínskou část. V rámci režimové složky mají pacientky prokázat schopnost přijmout a dodržovat pravidla. Je založena na komunitním systému, využívá modelu okamžité zpětné vazby formou pozitivního či negativního hodnocení. Psychoterapeutická část se soustřeďuje na skupinovou práci. Na oddělení fungují aktuálně dvě skupiny. První, v níž mají pacientky možnost prokázat svou schopnost a ochotu v léčbě spolupracovat a přijmout principy skupinové práce. Druhá se soustředí na náhledovou terapii, kde pacientky probírají témata, která musí zpracovat v procesu léčby. Medicínská část vychází z běžných standardů léčby jednotlivých onemocnění. Jsou-li splněna indikační kritéria, využívají se v maximální míře dlouhodobě působící preparáty, případně



starší depotní antipsychotika. Úsilí terapeutického týmu se zaměřuje na vytváření a využívání všech příznivých okolností, které pomáhají formovat žádoucí mezilidské vztahy a zvyšují osobní zralost patientek.

V léčbě je zaveden systém průběžného individuálního kvalitativního hodnocení každé pacientky. Patientka se určitou částí spolupodílí na vývoji individuálního plánu léčby a přebírá za něj i přiměřenou zodpovědnost. K rozhodování jí napomáhají zpětné vazby terapeutického týmu a ostatních členek komunity, individuální pohovory a další terapeutické aktivity. Využívá se systém pochval a přestupků a spolupráce se spolusprávou patientek, kde si pacientka individuálně volí nápravu přestupku ve spolupráci se správkyní komunity (podléhá schválení terapeutického týmu). Při nápravě je vyzdvihován terapeutický smysl úkolu. Měl by odrážet aktuální potřeby pacientky, potíže nebo konflikty a měl by vycházet z její situace a osobnostního nastavení. Plněním úkolu by měla získat novou informaci o sobě, svém chování a získat další náměty pro následující terapeutickou práci na skupinách.

Součástí resocializace patientek s protitoxikomanickou a protialkoholní léčbou je účast na projektu Následná péče (cyklus odborných přednášek a praktických interaktivních seminářů, projekt PNHoB), jenž slouží jako příprava pro přechod do reálného života po léčbě. Dle vlastního zájmu a po splnění podmínek se pacientky mohou účastnit kulturních akcí pořádaných Multicentrem PNHoB (různá divadelní představení a koncerty), mají též možnost duchovní péče.

Pravidelné porady týmu, kterých se účastní zástupci jednotlivých profesí, umožňují komplexní pohled na problém a fungování pacientky. Vzájemné předávání informací slouží ke zvyšování kvality péče. Personál může k otázkám terapeutického přístupu a jednotlivým aktivitám nebo

postupům využít supervizi v osobě psychologa. Tu doplňuje externí certifikovaný supervizor.

Fáze léčby

Léčebný program je rozdělen do několika léčebných fází s jasně definovanou náplní, právy a povinnostmi spojenými s pobytem ve fázi a podmínkami dalšího postupu v rámci ochranného léčení. Doba trvání léčení závisí na míře spolupráce pacientky. Podání návrhu na přeměnu formy ochranného léčení na ambulantní podobu předpokládá splnění všech kritérií léčby. V případě, že pacientka není schopna ze zdravotních důvodů spolupracovat plnohodnotně v rámci standardního léčebného programu, je tato skutečnost zohledněna v jejím individuálním léčebném plánu.

Přípravná fáze je pro pacientku adaptačním obdobím, obvykle trvá 14 dní. Náplní je seznámit se s režimem a chodem oddělení a zhodnotit vlastní motivaci k léčbě. Patientka má speciální program dle individuálního stavu a účastní se základního chodu oddělení.

Poté postupuje do první léčebné fáze. Její náplní je prohloubení znalostí režimu a chodu oddělení a upevňovat svou motivaci k léčbě. V průběhu trvání fáze pacientka vypracuje dva elaboráty. První představuje vlastní životopis, druhý je jejím pohledem na důvod nařízení ochranného léčení. Uvádí v něm, jak sama rozumí důvodům nařízení ochranného léčení, co tomu předcházelo. V rámci tématu též uvede rozsudek a závěr znaleckého posudku. Elaboráty se vypracovávají písemně, pacientka je přednese na komunitě, kde dostane zpětnou vazbu ostatních patientek a terapeutického týmu. Hodnocení se vztahuje k tématům elaborátů, neslouží k posuzování života jednotlivce.



Po splnění podmínek a prokázání alespoň elementárního porozumění obtíží, které vedly k nařízení ochranného léčení, pacientka přechází do druhé léčebné fáze s individuální dobou trvání. Lze ji považovat za prostor pro náhledovou terapii. Náplní je zorientovat se v počátcích a příčinách vzniku a rozvoje závislosti a/nebo se vznikem a rozvojem nemoci. Pacientka získává náhled k problematice ochranného léčení, osvojuje si společensky žádoucí formy chování. V průběhu pobytu v této fázi vypracuje minimálně šest elaborátů na témata zvolená terapeutickým týmem podle individuálního plánu léčby pacientky (např. Delikty a společenská odezva na ně; Rizikové situace a plán jejich zvládnutí; Zvládnutí impulzů). Témata pacientky probírají na skupinách a následně přednesou v rámci komunity.

Třetí, resocializační, léčebná fáze je poslední. Trvá opět individuálně (minimálně 3 měsíce). Náplní je intenzivní nácvik fungování v extramurálním prostředí, prohloubení náhledu v souvislosti s nemocí a uložením ochranného léčení, osvojení si společensky přijatelných forem chování. Pacientka se spolupodílí na chodu oddělení, aktivně přistupuje k léčbě. Přebírá zodpovědnost za sebe, léčbu a plánování nejbližší budoucnosti. Vypracuje témata týkající se převážně budoucnosti po léčbě (např. Krizový a havarijní plán; Plán „zdravého života“).

Závěr: Zhodnocení léčebného programu po dvou letech fungování v praxi a další výzvy

Ohlédnutí se za dobou fungování léčebného programu v praxi otevřelo prostor k pojmenování silných stránek, ale i určitých rezerv a výzev. Po přechodném období zvýšených nároků na ošetřující personál i pacientky vzhledem k adaptaci na náročnou změnu postupně došlo ke zlepšení

atmosféry na obou stranách. Pozitivně se to odrazilo na vzájemné komunikaci a spolupráci. Již po krátké době se ukázala účelnost vytvoření ucelené koncepce specifické pro výkon ochranného léčení žen. Pacientky mají od začátku do konce procesu léčení přístup k jasně definovaným pravidlům a informacím. Jsou zařazeny do programu, ve kterém mají možnost postupně se otevírat a hovořit i o tématech, která bývají často předmětem studu a která by v prostředí běžného psychiatrického oddělení pravděpodobně otvíraly a podrobně probíraly jen velmi obtížně. Zásadní roli hraje komunitní systém, v němž pacientky přebírají spoluzodpovědnost za fungování systému léčení a průběh vlastní léčby. Přijetí vlastní zodpovědnosti, uvědomění si a osvojení určitých kompetencí v rámci zacházení se svou nemocí považujeme za předpoklad dalšího bezproblémového fungování.

Komplikovaným v některých případech zůstává hledání průniku mezi individuálními potřebami pacientky, nároky léčebného programu a léčebným fungováním komunity. Například není možnost dalšího překladu pacientky na jiné, (duální) diagnóze vhodnější, oddělení a současně setrvávání pacientky na oddělení negativně ovlivňuje práci léčebné komunity, nebo na ni přinejmenším klade zbytečné nároky. S tím souvisí i otázka dalšího postupu kompetentních úřadů v případě opakovaného závažného porušování léčebného programu. Stává se, že pacientka i nadále zůstává na oddělení, a komunita se tak musí vyrovnávat se smysluplností dodržování pravidel bez jasného edukativního momentu.

Systém léčení je neustále přístupný zpětným vazbám, koncepci vnímáme jako proces. Práci s komunitou žen v rámci nedobrovolné léčby se nadále snažíme zdokonalovat. Jako důležitou vidíme sebereflexi terapeutického týmu. Práce na oddělení tohoto typu je extrémně psychicky



náročná, na personál dlouhodobě klade vysoké profesní i lidské nároky. Podpora vzdělávání a pravidelné podstupování supervize je proto nevyhnutelností.

V návaznosti na ochranné léčení v ambulantní formě bychom uvítali sdílení katamnestických informací, případně společné supervizní setkávání nad předanými pacientkami. **Vnímáme** vhodnost zvyšování povědomí odborné veřejnosti o jednotlivých léčebných zařízeních a jejich službách.

Též **rozšíření dialogu při hledání místa** ústavní léčby v rámci reorganizace a směřování psychiatrie.

Poznámka:

Poděkování patří všem zaměstnancům nemocnice podílejícím se na přípravách a samotné realizaci vytvoření specifického oddělení pro výkon ochranného léčení žen a účastným pacientkám, které se v daném období adaptovaly probíhající změně.