

Lenka Válková

Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi



Poděkování

Vedení Fakultní nemocnice Ostrava

Vedení Traumatologického centra FNO, doc. MUDr. Leopoldu Plevovi, CSc., vrchní sestře Bc. Miroslavě Berkové, za pracovní příležitost, možnost vzdělávání, podpory a uplatňování získaných poznatků v praxi

Staniční sestře Traumatologické JIP, Bc. Petře Šnajdarové, Dis., za podporu a důvěru k publikaci, možnost uplatňování získaných poznatků na pracovišti

Kolektivu JIP, standardních oddělení Traumatologického centra FNO, za pomoc a podporu, spolupráci a respektování rehabilitace kognitivních funkcí, praktikování obecné rehabilitace kognitivních funkcí

Lékařům Traumatologického centra za pozitivní přístup a zájem v rámci uplatňování rehabilitace kognitivních funkcí

Kolegyním Mgr. Ivaně Kabarové a Bc. Petře Šnajdarové, Dis., za spolupráci v týmu vykonávajícího rehabilitaci kognitivních funkcí pro Traumatologické centrum FNO

Týmu Centra pro kognitivní poruchy FNO za základní informace, poznatky a spolupráci, poskytování pomůcek k rehabilitaci

Týmu AD centra v Praze, centra pro výzkum, diagnostiku a léčbu Alzheimerovy nemoci, konkrétně doc. MUDr. Aleši Bartošovi, Ph.D. za trpělivost a odpovědi na dotazy a především PhDr. Miloslavě Raisové, Ph.D., která tuto publikaci recenzovala a poskytla mi cenné rady a informace, děkuji za ochotu a spolupráci

Poděkování za inspirující informace a cvičení v literatuře I. Holmerové, E. Jarolímové, J. Suché

Profesorce ošetrovatelské péče, paní Marii Niklové, která mě vedla na praxi a naučila mě nejen profesním úkonům, ale byla i vzorem chování k pacientům a také vzorem empatického a lidského přístupu obecně

Manželovi, rodině a přátelům, kteří mě s důvěrou podporovali, respektovali a chápali čas, který jsem věnovala a věnuji této práci

Lenka Válková

Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **restně stíháno**.

Lenka Válková

Traumatologické centrum Fakultní nemocnice Ostrava

Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi

Recenzentka:

PhDr. Miloslava Raisová, Ph.D.

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2015

Cover Design © Grada Publishing, a.s., 2015

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 6006. publikaci

Odpovědná redaktorka Karla Hejduková

Sazba a zlom Milan Vokál

Obrázky dodala autorka.

Počet stran 112

Vydání první, Praha 2015

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-247-5983-8 (ePUB)

ISBN 978-80-247-5982-1 (pdf)

ISBN 978-80-247-5571-7 (print)

Obsah

Seznam použitých zkratk	8
Předmluva	10
Úvod	12
1 Základní pojmy	13
1.1 Rehabilitace	13
1.2 Kognitivní funkce	13
1.3 Paměť	13
1.4 Koncentrace	15
1.5 Pozornost	15
2 Příčiny vzniku kognitivního deficitu	16
3 Demence	17
3.1 Léčba demence	17
4 Delirantní stav neboli delirium	18
5 Organický psychosyndrom	20
6 Smysl rehabilitace kognitivních funkcí	22
7 Základní dělení přístupu ke kognitivní rehabilitaci	23
8 Zahájení rehabilitace kognitivních funkcí	24
9 Anamnéza pacienta	26
10 Spolupráce s rodinnými příslušníky, blízkými pacienta	29
11 Domény rehabilitace kognitivních funkcí	30
12 Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi	31
13 Obecná rehabilitace kognitivních funkcí	32
13.1 Doporučený postup pro výkon obecné rehabilitace kognitivních funkcí	32
13.2 Nároky na terapeuta a obecnou rehabilitaci kognitivních funkcí	33
13.3 Kazuistiky pacientů obecné rehabilitace kognitivních funkcí	35
13.3.1 Kazuistika 1	35

13.3.2	Kazuistika 2	36
14	Cílená rehabilitace kognitivních funkcí	39
14.1	Doporučený postup pro výkon cílené rehabilitace kognitivních funkcí	39
14.2	Addenbrookský kognitivní test – ACE-CZ	41
14.2.1	Postup pro testování stavu kognitivních funkcí pomocí ACE-CZ	41
14.2.2	Posouzení výsledků Addenbrookského kognitivního testu – ACE-CZ	46
14.3	Montrealský kognitivní test – MoCA-CZ	46
14.3.1	Postup pro testování stavu kognitivních funkcí pomocí MoCA-CZ	49
14.3.2	Posouzení výsledků Montrealského kognitivního testu – MoCA-CZ	49
14.4	Rozhodnutí o výběru testu pro posouzení stavu kognitivních funkcí	49
14.5	Nároky na terapeuta a cílenou rehabilitaci kognitivních funkcí	50
14.6	Respektování osobnosti pacienta	52
14.7	Poskytování nápořvedy v rámci cílené rehabilitace kognitivních funkcí	53
14.8	Polemika – Jak mohu pacienta rehabilitovat v oblasti kognitivních funkcí, když sám neznám odpovědi na cvičení	54
14.9	Návod k cílené rehabilitaci jednotlivých kognitivních domén	56
14.9.1	Orientace	56
14.9.2	Zrakově-prostorové schopnosti	60
14.9.3	Pozornost	61
14.9.4	Řeč, slovní produkce	63
14.9.5	Pojmenování	65
14.9.6	Paměť (krátkodobá, dlouhodobá)	66
14.9.7	Exekutivní schopnosti	69
14.10	Kazuistiky pacientů cílené rehabilitace kognitivních funkcí	72
14.10.1	Kazuistika 3	72
14.10.2	Kazuistika 4	75
14.10.3	Kazuistika 5	79

14.11	Polemika – Proč nemohu opravit nesmyslné vyjádření pacienta?! Proč nemohu říct správnou odpověď?	85
15	Oslovování pacienta	88
16	Vhodné prostředí pro výkon rehabilitace kognitivních funkcí	89
17	Vhodná doba pro poskytování rehabilitace kognitivních funkcí v praxi	90
18	Modifikace konceptů ošetrovatelské péče pro účely rehabilitace kognitivních funkcí	92
19	Ošetrovatelské koncepty modifikovatelné pro účely RHB kognitivních funkcí	94
19.1	Koncept Bazální stimulace	94
19.1.1	Autobiografická anamnéza	94
19.1.2	Zklidňující somatická stimulace	95
19.1.3	Povzbuzující somatická stimulace	95
19.2	Polohování v konceptu Bazální stimulace	95
19.3	Optická stimulace	96
19.4	Auditivní stimulace	96
19.5	Reminiscenční terapie	96
19.6	Biografie a autobiografie	97
20	Ukončení rehabilitace kognitivních funkcí	98
20.1	Nespolupráce ze strany pacienta	98
20.2	Uschopnění, zrehabilitování narušených kognitivních funkcí pacienta	101
20.3	Přeložení pacienta na jiné pracoviště při hospitalizaci ve stejném nemocničním zařízení	103
20.4	Propuštění pacienta do jiného zařízení, domácí péče	104
Závěr		106
Seznam literatury		108
Rejstřík		110
Souhrn/Summary		

Seznam použitých zkratk

AD centrum	Centrum pro výzkum, diagnostiku a léčbu Alzheimerovy nemoci
AIDS	zkratka anglického originálu, syndrom získaného imunodeficitu organismu
ACE-CZ	Addenbrookský kognitivní test, česká verze
ARK	Anesteziologicko-resuscitační klinika
Bc.	titul bakalář
CMP	cévní mozková příhoda
CNS	centrální nervová soustava
CSc.	titul kandidáta věd
CT	počítačová tomografie
dg.	diagnóza
doc.	titul docenta
FNO	Fakultní nemocnice Ostrava
GCS	Glasgow coma score, stupnice hodnotící stav vědomí
Ing.	titul inženýr
JIP	Jednotka intenzivní péče
KARIM	Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
Mgr.	titul magistra
MKP	mírná kognitivní porucha
MMSE	Mini-Mental State Examination, screeningový test
MoCA-CZ	Montrealský kognitivní test, česká verze
MUDr.	doktor medicíny
PAD	perorální antidiabetika
Ph.D.	doktor filozofie, titul doktorátu výzkumné práce
PhDr.	doktor filozofie, titul doktorátu na základě rigorózní práce a zkoušky
PharmDr.	titul doktora farmacie

PMK	permanentní močový katétr
RHB	rehabilitace
SAK	subarachnoideální krvácení
SDH	subdurální hematom
SOŠ	střední odborná škola
SOU	střední odborné učiliště
UPV	umělá plicní ventilace

Předmluva

Publikace, kterou držíte v ruce, byla původně vytvořena jako pomůcka pro mé kolegyně, pracující na jednotce intenzivní péče a standardním oddělení Traumatologického centra Fakultní nemocnice Ostrava (FNO) pro výkon rehabilitace kognitivních funkcí.

Od roku 2003 aplikujeme v běžné praxi na jednotce intenzivní péče Traumatologického centra koncept Bazální stimulace. S pomocí zmíněného konceptu se snažíme napravit smyslovou stránku osobnosti pacienta, podpořit vnímání. Úspěchy, které nám tato činnost přinesla, nás postavily před otázkou – jak pokračovat? Co ještě můžeme pro naše pacienty vykonávat? Jak jim můžeme více pomoci? Existuje něco, co by mohlo být nástavbou konceptu Bazální stimulace? Podporou a rozvojem běžné ošetrovatelské péče?

Nabídka vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků je pestrá a přináší řadu možností. Bohužel ne všechny získané informace jsou uplatnitelné v běžné praxi, konkrétně u nás na JIP. Díky osvědčeným metodám můžeme využívat kromě konceptu Bazální stimulace i jiné koncepty zaměřené na stimulaci vnímání, pozornosti, vybrat si směr, kterým se budeme řídit v rámci komunikace s pacienty. Po stimulaci vnímání s kladnými výsledky nastává období, kdy se pacienti probouzí ze své apatie, těžkého stavu a snaží se více či méně komunikovat, navázat spojení. Stává se, že jim chybí slova, nedokážou se vyjádřit a nerozumí souvislostem. Rodinní příslušníci jsou vystaveni stresové situaci a mají obavy – období boje o život je pryč a přichází doba, kdy si říkají – bude se mnou někdy normálně mluvit? Změní se jeho stav? Vrátil se do zaměstnání? Nesmíme zapomínat ani na pacienty s neurologickým typem deficitu v rámci základního onemocnění a související otázku, zda zvládnou pobyt v nemocnici, nezhorší se jejich stav? Tyto otázky nás přivedly k myšlence, že je nutné podpořit kvalitu života hospitalizovaných a rozvoj oblasti myšlení, mozkových funkcí, které se předchozí péčí aktivovaly.

Od roku 2011 je ve FNO k dispozici kognitivní centrum. Zdravotnický personál centra docházel na naši stanici rehabilitovat kognitivní funkce pacientů, kteří byli především přeloženi k následné péči pro závažné úrazy z kliniky anesteziologie a resuscitační intenzivní medicíny.

Zvládnout v rámci nemocnice rehabilitaci kognitivních funkcí u všech pacientů, kteří by ji potřebovali, není prakticky možné, a proto uspořádali certifikovaný kurz pro nelékařské zdravotnické pracovníky s názvem Rehabilitace kognitivních funkcí u pacienta s neurologickým typem deficitu. Tento kurz jsem absolvovala. Konal se v květnu roku 2013 a poskytl mi cen-

né informace, inspiraci pro výkon rehabilitace kognitivních funkcí v rámci běžné ošetrovatelské péče. Byl pro mě odrazovým můstkem. Lektori nám předali základní poznatky, odkazy na literaturu, která se zabývá neuropsychologií, psychologii, kognitivním tréninkem a neurologií.

Povědomí o rehabilitaci kognitivních funkcí je u nelékařských zdravotnických pracovníků v obecné rovině. Rehabilitací se snažíme o znovunavrácení porušených funkcí a můžeme ji vykonávat my, zdravotničtí pracovníci, jako součást rehabilitačního ošetřování. Abychom ji mohli praktikovat, potřebujeme mít povědomí o funkcích mozku, zmíněné rehabilitaci, způsobu vedení práce a samotného vykonávání. Rehabilitace kognitivních funkcí má nezanedbatelný význam a smysl. Vyžaduje pozitivní přístup, energii a sílu, empatii, schopnost získat si důvěru, pozornost pacienta, schopnost motivace. Implementace do běžné praxe Vás bude těšit, má zřetelné výsledky a posune vztah s pacientem na jinou úroveň. Rehabilitaci kognitivních funkcí oceníte nejen Vy a pacient, ale i jeho blízcí.

V ruce držíte směr, kterým se v oblasti rehabilitace kognitivních funkcí vydala naše JIP, Traumatologické centrum. Věřím, že v této publikaci naleznete odpověď na otázku, jak kognitivní rehabilitaci vykonávat na Vašem pracovišti a bude pro Vás inspirací. Nejen Vám, ale i blízkým pacienta přinese povědomí o tom, jak ji poskytovat a postupovat při práci. Změna běžného stavu hospitalizovaného směrem k pocitům rodinných příslušníků a blízkých vyvolává bezradnost. Tam, kde je možnost, že jim dojdou slova, můžete péčí s výkonem rehabilitace kognitivních funkcí pomoci jejich zapojením a nahradit mlčení časem, který mohou věnovat podpoře zlepšení nebo zachování stavu myšlení pacienta.

Postupy, které jsou v publikaci zmíněny, máme ověřeny praxí a jejich výsledky nám dokazují, že náš čas strávený touto činností není ztracený, ale je smysluplně využito.

Lenka Válková

Úvod

Publikace je určena nelékařským zdravotnickým pracovníkům, rodinným příslušníkům, pečujícím a osobám se zájmem o tuto problematiku. Poznátky v ní obsažené lze uplatnit nejen v rámci oddělení, kde jsou pacienti s neurologickým typem deficitu léčeni, ale i na odděleních, kde se může pacient s touto poruchou vyskytnout jako metoda prevence prohloubení stupně deficitu, prevence delirantních stavů, obnovení poškozených funkcí.

Je určena pro nemocniční zařízení, pracoviště následné péče, léčebny dlouhodobě nemocných, zařízení pro seniory, včetně zařízení se zvláštním režimem, péči v domácím prostředí. Obsahuje návod, jak pečovat a jednat s osobou postiženou deficitem. Naučí Vás, jakým způsobem kognitivní funkce posuzovat – práci s funkčními testy pro posouzení stavu kognitivních funkcí. V rámci široké škály možných příčin deficitu a individualismu každého z nás přináší směr, kterým se vydalo naše centrum a jeho výsledky. Věnuje se možnostem rehabilitace deficitu a určení pro jednotlivé skupiny pacientů a osobnosti terapeuta. Zabývá se modifikací konceptů ošetrovatelské péče pro účely rehabilitace kognitivních funkcí, stimulaci vnímání a pozornosti.

1 Základní pojmy

1.1 Rehabilitace

Rehabilitace je dle slovníku cizích slov tzv. návratná péče, navrácení porušené funkce, nápravné cvičení či lékařství, znovunabytí. Cílem rehabilitace kognitivních funkcí je návrat porušené funkce, znovunabytí ztracených schopností. Současně je vnímána jako prevence oslabení zchovalých funkcí.

1.2 Kognitivní funkce

Kognitivní funkce jsou všechny myšlenkové procesy, které nám umožňují rozpoznávat, pamatovat si, učit se a přizpůsobovat se neustále se měnícím podmínkám prostředí. Patří sem paměť, koncentrace, pozornost, rychlost myšlení a porozumění informacím. Dále sem zahrnujeme vyšší kognitivní tzv. exekutivní funkce – schopnost řešit problémy, plánovat, organizovat, náhled a úsudek. Jednotlivé kognitivní funkce jsou umístěny v různých částech mozku, a tak poranění mozku může poškodit všechny nebo jen některé z nich¹.

1.3 Paměť²

Paměť je schopnost centrální nervové soustavy uchovávat, vybavovat si a používat předchozí zkušenosti. Je to prostředek, jímž saháme do své minulé zkušenosti proto, abychom si tuto informaci užili v přítomnosti.

Fáze paměťového procesu

1. vstup (kódování) informace
2. uchování (podržení, uskladnění) informace
3. výstup (vybavení si, reprodukce) informace

¹ Sdružení Cerebrum, Kognitivní funkce [online], datum publikace neznámé, dostupné z <http://www.poranenimozku.cz/nasledky-a-rehabilitace/Kognitivni-funkce/>

² Králíček P. Úvod do speciální neurofyzologie, 2. vydání. Praha: Karolinum, 2002; 230 stran. ISBN 80-246-0350-0.

Typy paměti

1. senzorická (ultrakrátká) – část paměti, která přijímá informace přenesené smysly.
2. krátkodobá (recentní, pracovní) – odehrává se v ní většina psychických procesů. Zpracovávají se v ní jak informace senzorické paměti, tak dlouhodobé. Informace z krátkodobé paměti je třeba opakovat, jinak se nevytvoří paměťová stopa a informace z paměti zmizí.
3. dlouhodobá – je relativně pasivní částí paměti uchovávanou v nevědomí. Ukládá významné informace a děje, poznatky. Informace lze do ní zaznamenat mechanickým opakováním, ale i mimovolně.

Z hlediska vědomí se dělí na:

- implicitní (procedurální) – slouží k zapamatování dovedností a pravidel, obsahuje postupy a návyky
- explicitní (deklarativní) – uchovává vzpomínky a faktické znalosti

Z hlediska obsahu se dělí na³:

- sémantickou – významovou, obsahuje obecně známá fakta
- epizodickou – uchovává informace o událostech
- autobiografickou
- procedurální

Poruchy paměti

1. retrográdní amnézie – člověk si nevzpomíná na informace, události, které se staly těsně před výpadkem, např. nehodou, úrazem poškozujícím schopnost výbavnosti.
2. anterográdní amnézie – člověk si není schopen zapamatovat nové informace.
3. infantilní amnézie – normální jev, člověk si není schopen vybavit vzpomínky do 5 let věku.

³ Beránková, H. – nepublikováno, v rámci přednášky Mnesticých funkcí přednášené v kurzu Kognitivní rehabilitace ve FNO, květen 2013, tištěná verze.

1.4 Koncentrace

Koncentrace je schopnost soustředit se, využívá pozornosti společně s ostatními rozumovými funkcemi. Jedná se o snahu fixovat vnímání pouze na určitou věc, objekt a eliminovat ostatní vjemy s ní nesouvisející.

1.5 Pozornost

Pozornost je zaměřenost a soustředěnost psychické činnosti na určitý objekt, cíl nebo děj. Zajišťuje to, že se informace dostanou do našeho mozku, takže si je můžeme uvědomit a pak je použít⁴.

⁴ Sdružení Cerebrum, Kognitivní funkce [online] dostupné z: <http://www.poraneni-mozku.cz/nasledky-a-rehabilitace/kognitivni-funkce/poruchy-koncentrace-a-pozornosti.html>

2 Příčiny vzniku kognitivního deficitu

- traumatické poškození mozku
- centrální mozková příhoda (CMP)
- subarachnoideální krvácení
- toxické, infekční poškození mozku
- neurodegenerativní onemocnění
 - a) Alzheimerova nemoc
 - b) Huntingtonova nemoc
 - c) Parkinsonova nemoc
 - d) specifický kognitivní deficit se objevuje u např. roztroušené sklerózy, epilepsie
- psychiatrické onemocnění (např. deprese)

3 Demence

Demence je obecně onemocnění, které postihuje asi 1 % populace. Se vzrůstajícím věkem stoupá množství těchto onemocnění, kdy ve věkové kategorii nad 65 let postihuje přibližně 5 % populace.⁵

Jedná se o syndrom popsany jako porucha kognitivních funkcí (poruchy paměti, koncentrace, pozornosti, vnímání...).

Onemocnění způsobující demenci⁵

- Alzheimerova nemoc
- vaskulární onemocnění
- alkoholismus
- intrakraniální tumory
- normotenzní hydrocefalus
- Huntingtonova nemoc
- AIDS demence komplex
- farmaky podmíněné demence
- trauma mozku
- pseudodemence (deprese, schizofrenie, hypomanie, konverzní poruchy, nediagnostikované poruchy)
- různé (jaterní selhání, perniciózní anemie, hypotyreóza, hypertyreóza, demence u Parkinsonovy nemoci, neurosyfilis, Cushingův syndrom, Jacobova-Creutzfeldova nemoc, epilepsie, skleróza multiplex, Wilsonova nemoc)

3.1 Léčba demence⁵

Demence je i přes nové vysoce účinné léky prakticky neléčitelná.

Existují formy demence, které jsou reverzibilní a jsou způsobeny kurabilním onemocněním. Reverzibilní demence tvoří asi 10–20 % všech demencí. Za úspěch je považováno, je-li průběh demence zpomalen nebo na nějakou dobu zastaven. Včasná diagnostika a léčba demence může udržet nemocného ve fázi, kdy není nebezpečný sobě a svému okolí bez nutnosti pobytu v ústavním zařízení se stálým dohledem.

⁵ Ressler P. Diferencionální diagnostika demencí. Neurologie pro praxi. Olomouc: Solen 2000/1. ISSN 1213-1814.

4 Delirantní stav neboli delirium

Delirium je tzv. akutní stav zmatenosti, nespecifický organický mozkový syndrom, charakteristický současnými poruchami vědomí a pozornosti, vnímání, myšlení, paměti, psychomotorického chování, emotivity a schématu spánek-bdění. Prognóza pacientů je velmi závislá na časnosti rozeznání poruchy a na zahájení adekvátní terapie (5).

Delirantní stav neboli delirium patří mezi kvalitativní poruchy vědomí. Obvykle se rozvíjí během několika hodin a odeznívá během několika dní. Průběh bývá kolísavý, často bouřlivý.

Projevuje se zejména náhle vzniklou změnou chování se souvisejícími příznaky somatickými i psychickými. Riziko vzniku delirantních stavů hrozí nejen pacientům s pozitivní anamnézou a kladným vztahem k návykovým látkám, ale často pacientům vyššího věku, u kterých vznikne následkem poruchy metabolismu, vytržením z domácího prostředí, změnou režimu, na který byli zvyklí. Nejčastěji se projevuje motorickým neklidem, agresí slovní i fyzickou, pocením, třesem, poruchami vnímání (halucinacemi) a poruchami myšlení (bludy). Pro lékařský i nelékařský personál je nutné pátrat po zdroji možné příčiny. Možností je řada, od vysledovatelné změny prostředí, změny režimu v rámci léčebného procesu, změny zavedené léčby po laboratorně zhodnotitelné možné příčiny. Nedílnou součástí po pátrání v rámci příčiny je anamnéza, kterou můžeme získat v rámci vedeného rozhovoru s pacientem, rodinnými příslušníky. Včasná symptomatologická léčba a farmakoterapie doporučená lékařem psychiatrie může zmírnit průběh delirantního stavu.

Možné příčiny delirantního stavu

- absence léků, alkoholu, návykových látek, v opačném případě intoxikace jimi
- poruchy metabolismu organismu
- pooperační stavy
- hypoxie
- hypertermie
- nedostatek spánku
- retence moči, v opačném případě nemožnost ovládnutí močového měchýře (PMK)
- zácpa
- změna prostředí včetně denního režimu
- změna vnímání vlastního těla

- dodržování léčebného režimu
- invazivní vstupy
- bolest
- infekce

Delirantní stav může vést až k úmrtí pacienta a projevy s ním spojené bývají komplikací probíhající léčby.

Po zklidnění somatických obtíží je vhodná pro readaptaci pacienta na prostředí a režim v rámci hospitalizace rehabilitace kognitivních funkcí. Zahajujeme ji vesměs po odeznění tohoto stavu a začínáme obecnou rehabilitací kognitivních funkcí – podporou orientace v realitě, prostředí, zdravotním stavu. Následně přecházíme k rehabilitaci cílené (s ohledem na schopnosti pacienta).

Je důležité rozlišovat demenci od delirantního stavu. Průběh této choroby a stavu je podobný. V rámci dg. demence však může dojít tím, že se od začátku nesnažíme podpořit kognitivní funkce pacienta k prohloubení stávajícího deficitu a vzhledem k její obtížné léčbě i k nutnosti následné ústavní péče a vytržení osoby např. z domácího prostředí dříve, než bylo nutné. Pro pacienta s anamnézou onemocnění demence je delirantní stav závažnou komplikací a jeho následky bývají vážné a především nezvratné.

5 Organický psychosyndrom

Organický psychosyndrom⁶ je nespecifické a dnes již zastaralé označení pro poruchu kognitivních funkcí či stavu z organických příčin. Jedná se o důsledek poškození nebo onemocnění mozku. Tuto diagnózu se odborníci snaží hlouběji specifikovat.

Faktory způsobující organický psychosyndrom

- degenerativní
- vaskulární
- metabolické
- toxické
- trauma
- tumor

Příznaky organického psychosyndromu

- poruchy paměti, koncentrace a pozornosti
- zpomalené psychomotorické tempo
- poruchy afektivity
- emoční a depresní rozlady
- změny osobnosti

Organický psychosyndrom může postihovat buď mozkovou tkáň difuzně, nebo jen konkrétní část.

Průběh organického psychosyndromu je kolísavý, často se střídá období klidu, apatie s obdobím hyperaktivity, impulzivity, zkratového jednání, afektovanosti a agrese. Kontakt je ztížený, na pracovníka jsou kladeny nároky na empatický, klidný přístup. Je nutné myslet na ochranu zdraví a bezpečnosti, zajistit prevenci poranění pacienta, hospitalizovaných v jeho blízkém okolí, personálu. Důležitá je stimulace vnímání, podpora orientace v realitě, obecná rehabilitace kognitivních funkcí s návazností na cílenou rehabilitaci s ohledem na jasnost vědomí pacienta, dostatek klidu a odpočinku.

Syndrom je možno zvládnout terapeuticky cíleně vedenou léčbou z řad specialistů.

V rehabilitaci kognitivních funkcí volíme postupy respektující původce syndromu tak, abychom v pacientovi nevyvolali nežádoucí reakci. V případě

⁶ Ambler Z. Základy neurologie, 6. vydání. Praha: Galén, 2006; 351 s. ISBN 80-7262-433-4.

hyperaktivity pacienta vyhledáváme činnosti, které dokážou udržet přinejmenším krátkodobě pozornost, vnímání, zaměstnají nejen duši, ale i tělo. Pacienti jsou často neohrabaní, nekoordinují své pohyby. V případě hypoaktivity s ohledem na zdravotní stav volíme vhodné stimulanty vnímání, aktivizační činnosti. Pacienti postižení organickým psychosyndromem často ulpívají na činnosti, myšlence, kterou jejich mozkové funkce vyhodnotí jako vhodnou, soustředí se na ni a nejsou schopni zpracovat informace, podněty, které k nim vysílá okolí – v tomto případě je vhodným řešením zajistit ochranu zdraví, bezpečnost pacienta a vyčkat změny stavu.