

Psychiatrické minimum

Mgr. Vladimír Ochrana

1. Úvod

Následující text je určen jako základní informace pro sanitáře v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Jeho cílem je seznámení s nejčastějšími příznaky a projevy duševních poruch a se způsoby komunikace a přístupu k jednotlivým diagnostickým skupinám nemocných.

Bližší informace o Psychiatrické nemocnici naleznete na stránkách www.bohnice.cz pod záložkami „Základní informace“ a „Léčba“.

Zájemcům o hlubší studium psychiatrické problematiky je možné doporučit například tyto učebnice:

J. Raboch, P. Zvolský et al.: Psychiatrie /2001/

K. Dušek, A. Večeřová - Procházková: Diagnostika a terapie duševních poruch /2010/

T. Petr, E. Marková a kolektiv: Ošetřovatelství v psychiatrii /2014/

2. Nejčastější příznaky a projevy duševních poruch

Úzkost je centrální problém psychiatrie, na rozdíl od strachu, který je reakcí na konkrétní pocit ohrožení, nemá úzkost podnět. Pacient je nejistý, má obavy, ale neví z čeho. Má pocit, že se stane něco velmi zlého, musí proti tomu něco udělat, ale neví co. Stavby úzkosti se mohou vystupňovat do paniky, agrese či pokusu o sebevraždu.

Iluze - jedná se o poruchu vnímání, kdy reálný podnět je vnímán nesprávně. Pacient například vidí keř v parku jako přikrčenou postavu, v neutrálním rozhovoru dvou osob slyší posměšky vůči jeho osobě, ve fyziologických útrobních pochodech cítí živé zvíře nebo pohyby plodu. Nemocný těmto vjemům nevývratně věří, je přesvědčen o jejich realitě a nedá si je vyvrátit žádnou argumentací a ověřením.

Halucinace - smyslové vjemy neexistujících předmětů nebo dějů, nemocný je o jejich realitě nevývratně přesvědčen. Sluchové halucinace jsou převážně slovní, pacienti je označují jako „hlasy“. Časté jsou rovněž halucinace zrakové, čichové, chuťové, tělové. Intrapsychické halucinace jsou charakterizovány pocitem vkládání nebo odebrání myšlenek. Pro přítomnost halucinací je příznačný naslouchací postoj nebo různé obranné zákroky pacienta.

Bludy - jedná se o poruchu myšlení, kdy při vcelku dobře zachované schopnosti logických operací a argumentací je obhajován chorobně nesprávný předpoklad. Nutným důsledkem je i falešný výsledek usuzování, typická pro chorobnost výchozího přesvědčení není jen jeho mylnost, ale hlavně jeho nevývratnost, odolávající všem metodám dokazování, vyvracení a přesvědčování. Bludy rozlišujeme na sebevývyšné (nemocný je přesvědčen o svých mimořádných schopnostech nebo o své erotické neodolatelnosti), sebeponižující (nemocný se obviňuje z činů, které neudělal nebo z negativních vlastností, které nemá) a paranoidní (nemocný je přesvědčen, že je pronásledován).

Obsese - nutkavé, vtíravé myšlení, myšlenka či nápad, která se opakovaně a nutkavě vtírá do vědomí proti přání dotyčného a bez možnosti ji nějak potlačit.

Mutismus - nemluvení u člověka, který dříve mluvil a jehož schopnosti mluvit jsou zachovány. Někteří nemocní se pokoušejí dorozumět gestikulací nebo písemně. Častý je selektivní mutismus, kdy je neschopnost mluvit vázána jen na některé osoby nebo situace.

Negativismus – nespolupráce, odmítání. Pasivní negativismus – pacient nevyhoví výzvě, aktivní negativismus - pacient se brání nebo činí opak toho, k čemu byl vyzván.

Amnézie - ztráta paměti, neschopnost vybavit si minulé události.

Konfabulace - porucha vstřípivosti paměti, kdy nemocný nahrazuje časový úsek, na který si nedokáže vzpomenout, smyšlenkou, o jejíž realitě je přesvědčen, vzápětí ji ovšem také zapomíná a nahrazuje smyšlenkou jinou.

3. Nejčastější psychiatrická onemocnění

Demence

Postižení vyšších mozkových funkcí, jako je paměť, myšlení, schopnost učení, řeč, úsudek. Často bývá doprovázená poruchou emocí (pacient je labilní, hned se směje, hned pláče), poruchou sociálního chování, někdy se mohou vyskytnout i halucinace - zejména ve večerních a nočních hodinách, kdy pacient nespí, běhá po místnosti, je zmatený, úzkostný nebo i agresivní. Nejčastější demencí je Alzheimerova choroba.

Delirium

Závažný a život ohrožující stav, kdy je pacient desorientovaný, zmatený, jsou přítomny poruchy vnímání (halucinace), poruchy paměti, pacient bývá úzkostný, mívá narušen cyklus spánek bdění, což komplikuje ošetrovatelskou péči na oddělení, protože pacient jako jediný má pocit, že právě v tuto noční hodinu by se mělo bdít. V situaci, kdy pacient neví, co se vlastně děje, kde je, kdy slyší kolem sebe divné věci, vidí drobný hmyz a podobné jiné vidiny, není divu, že je velmi vystrašený. Je potřeba se k němu chovat klidně a v co nejvyšší míře se snažit jej navracet do reality (např. jej zbytečně nenechávat potmě, kdy se jeho strach z neznámé situace znásobují). Delirium nemusí být způsobeno pouze nejznámějším vyvolatelem – alkoholem, ale mohou jej vyvolat i některé léky, vyčerpávající chronická onemocnění, horečnaté stavy, nedostatek tekutin, pooperační stavy, zejména u starších lidí se vyskytují také společně s demencí.

Závislosti

Nejčastějšími druhy jsou závislost na alkoholu, na drogách, na lécích a patologické hráčství. Pro diagnózu závislosti jsou příznačné tyto projevy - silná touha užívat látku, potíže při kontrole užívání, odvykací stav při nedostatku nebo vysazení látky, postupné zanedbávání nebo opuštění jiných potěšení, zálib nebo zájmů, pokračování v užívání látky i přes jasný důkaz škodlivých následků.

Odvykací stav se projevuje skupinou různě závažných tělesných a psychických příznaků. Nejvýraznějším odvykacím stavem je delirium tremens při odnětí alkoholu - jedná se o život ohrožující poruchu vědomí, spouštěčem může být náhlé vysazení alkoholu, často nastává při tělesném onemocnění nebo úrazu po přijetí do nemocnice k operačnímu zákroku. Pacient začne být druhý den úzkostný a neklidný, výrazně se potí a třese, má halucinace.

U chronických alkoholiků se vyskytují alkoholická halucinóza (postižený má sluchové halucinace s obsahem výčitek a hrozeb, je depresivně naladěný, masivně úzkostný a cítí se ohrožen) a alkoholická paranoia (žárlivecké bludy a bludy pronásledování). Úzkostná nálada může vyústit v sebevražedné jednání.

Léčba závislosti probíhá na specializovaném oddělení, kde je vypracován strukturovaný terapeutický režim. Pro úspěšnou léčbu závislostí je nezbytný důsledný přístup.

Psychózy

Psychóza je stav vyznačující se především poruchami vnímání (iluze, halucinace) a poruchami myšlení (bludy). Nejčastější psychózou je schizofrenie, toto onemocnění představuje nejrozsáhlejší skupinu pacientů v psychiatrické nemocnici. Obecně se schizofrenní onemocnění projevuje poruchami myšlení, pacienti bývají uzavřeni do sebe, podezíraví, přesvědčeni, že jim chce okolí ublížit. Mívají nejrůznější typy halucinací, nejčastěji však sluchové (výhrušné nebo příkazující). Pacienti mívají narušeny některé mozkové funkce, jako například rozlišování toho, co je a co není důležité. Jejich mozek je pak zaplavován informacemi, které nedovedou zpracovat, nedovedou se rozhodnout mezi dvěma nebo více možnostmi a jsou-li vystaveni situaci, kdy to udělat musí, jsou ve velkém stresu, napětí a úzkosti. Po odeznění akutní fáze nemoci nastává období negativních příznaků projevující se smutkem, zpomalením motoriky, apatií, zchudnutím obsahu řeči a myšlení.

Afektivní poruchy

Tato skupina zahrnuje deprese (patologicky smutná nálada) a mánie (nepřiměřeně veselá nálada různé intenzity). U depresivních pacientů je třeba brát do úvahy výrazné riziko sebevražedného jednání, u manických zase například nepřiměřené podnikání, kdy dokážou proinvestovat celé své jmění, zbourat dosavadní partnerské vztahy nebo pracovní kariéru apod.

Neurotické poruchy

Do této skupiny patří úzkostné stavy, ve kterých úzkost nemocného obtěžuje trvale nebo formou záchvatů. Dále fobie (strach z pavouků, z uzavřených místností, z lidí, z cestování městskou dopravou aj.), reakce na těžké stresové události a obsedantně kompulzivní porucha, při které nemocní musí nutkavě provádět různé složité rituály (např. neustále si omývají ruce, kontrolují všechny spotřebiče, musí mít vše na přesně určených místech, jinak mají strach, že dojde k nějaké hrozné události). Mnohdy i vědí, že jejich strach je přehnaný, ale pokud by „rituál“ neprovedli, naplňovalo by je to nesnesitelnou úzkostí.

Poruchy příjmu potravy

Úmyslné snižování hmotnosti dietami, nepřiměřeným cvičením, provokováním zvracení nebo zneužíváním některých léků se nazývá anorexie. Postižený se obává tloušťky i při výrazné podváze a má zkreslenou představu o vlastním těle. V souvislosti s podvýživou dochází k různým tělesným komplikacím, stav může končit smrtí.

Při bulimii se nemocný neustále zabývá jídlem, má neodolatelnou touhu po jídle a záchvaty přejídání s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby.

Poruchy sexuální preference

Nejvýraznějšími z těchto poruch jsou pedofilie (sexuální zaměření na děti), sadismus a patologická sexuální agresivita. K léčbě těchto poruch slouží specializované sexuologické oddělení.

Poruchy osobnosti

S touto diagnózou se v psychiatrické nemocnici setkáváme velmi často. Jde o pacienty, kteří mají v podstatě přehnaně vyvinuté (nebo nevyvinuté) některé složky své osobnosti. Níže uvedené osobnostní rysy můžeme najít běžně u mnoha lidí, v případě poruchy osobnosti jsou však extrémně vystupňované:

- paranoidní porucha osobnosti se projevuje nedůtklivostí a vztahovačností, tendencemi k trvalé zášti, úporným bojem za svá domnělá práva bez pochopení pro práva druhých, soustavným podezříváním partnera z nevěry,
- disociální porucha osobnosti představuje společensky nejnebezpečnější povahovou odchylku od normy, jedinci s touto poruchou se jako recidivisté opakovaně dopouštějí trestné činnosti, neprožívají pocit viny, jsou zcela lhostejní k jiným osobám,
- histrionská porucha osobnosti se vyznačuje teatrálností a dramatinizováním, touhou být stále středem pozornosti, náhlými přechody ze smíchu do pláče a naopak, vyvoláváním bouřlivých afektivních scén, lhaním a manipulativními tendencemi.

Mentální retardace

Jedná se o zastavený či neúplný duševní vývoj projevující se narušením poznávacích, řečových, pohybových a sociálních schopností. Rozlišujeme lehkou mentální retardaci - tito lidé se při dobré výchově dovedou vcelku dobře zapojit do běžného života, většinou absolvují zvláštní školu a něčím se vyučí. Při středně těžké mentální retardaci je omezena schopnost starat se o sebe sama, tito lidé potřebují dohled a péči. Při dobrém zázemí fungují s menším dohledem uspokojivě. U těžké mentální retardace je intelekt ještě nižší, často jsou přidružené tělesné poruchy. Při správném výchovném vedení si tito lidé mohou osvojit některé základní návyky a schopnosti. Jedinci s hlubokou mentální retardací mají nepatrnou nebo žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a dohled. Musí být krmeni, stolice i moč volně odchází, často jsou schopni jen nesrozumitelných skřeků. Velká část jedinců s mentální retardací těžších stupňů je umístěna v ústavech sociální péče. V psychiatrické nemocnici se s nimi setkáváme obvykle při řešení různých stavů neklidu či agresivity a poruch chování.

Poruchy psychického vývoje a poruchy chování a emocí v dětství a adolescenci

Problematikou dětské psychiatrie se v naší nemocnici zabývá specializované dětské a dorostové oddělení.

4. Obecné zásady přístupu k psychiatrickým pacientům

Vůči všem pacientům bychom se měli chovat klidně, otevřeně, taktně a zdvořile.

Na pacienty jsou při hospitalizaci kladeny nepříjemné požadavky. Je třeba neustále zvažovat, které požadavky jsou skutečně potřebné a redukovat je na nejnižší možnou míru. Jako velmi obtěžující může být pacientem vnímaná zejména jeho soustavná kontrolovanost, omezení sociálních kontaktů a především nerespektování intimní sféry.

Pro nemocné jsou důležité informace, při jejich sdělování je třeba užívat jazyk, který je klientovi blízký a používat výrazy, které jsou srozumitelné a jsou ve shodě s jeho mentálními schopnostmi. Zejména u nemocných s poruchou intelektu a demencí je žádoucí se přesvědčit, zda pacient naše sdělení pochopil.

Neměli bychom hodnotit životní události nemocných jako „špatné nebo dobré“. Pokud se vyvarujeme moralistických soudů, dáváme možnost, aby se pacient projevil takový, jaký je, bez obav z kritiky a odsouzení.

Vždy bychom měli respektovat člověka bez ohledu na jeho postižení. V opačném případě nám samotným hrozí povýšený postoj, jehož důsledkem je ironické jednání, nedostatečná zdvořilost a taktnost.

Kdo při ošetřování duševně nemocných očekává rychlé úspěchy, ten se v tomto povolání rychle zklame. Zlepšení postupují často velmi pomalu. Recidivy onemocnění jsou velmi časté a všední den se skládá především z běžné práce. Z rezignace se velmi často a lehko může stát lhostejnost, z které potom může vyplynout zanedbávání pacientů.

Pozor také na přehnanou péči. Naše pomoc by neměla nemocné vést k nesamostatnosti a pasivitě.

Na psychiatrickém oddělení může být terapeut cílem negativních, nepřátelských či agresivních výstupů. Může tím být zaskočený, zatlačený do obranné pozice. Pokud je terapeut nejistý, úzkostný, osobnostně ne dost pevný, může z toho vznikat agrese proti pacientovi, touha po potrestání, špatná nálada a napjatá atmosféra.

4.1 Práce s pacientem s bludy

Blud je porucha myšlení. Bezprostředně z vnitřní potřeby vznikající patologický a neovlivnitelný chybný úsudek. Nemá smysl pokoušet se blud vymlouvat nebo ho korigovat. Bludy jsou pro pacienta absolutní realitou, logické argumenty jsou pro něho nepřijatelné. Při vymlouvání se pacient dostává do odporu, má pocit, že je nucený k tomu, aby vědomě podváděl. Má potřebu bránit bludný svět, který je pro něho realitou. Na druhé straně, pokud s pacientem bezvýhradně souhlasíme, ztratíme jeho důvěru. Je si totiž obvykle vědom, že druzí lidé jeho myšlení nesdílejí. Také se může stát, že pacient změní bludnou myšlenku nebo se stavlepší a bludy vymizí. Musíme pacientovi říci, že nám se věci jeví jinak, ale chápeme jeho situaci a jeho pocity.

4.2 Práce s málo aktivním pacientem

U depresivních stavů, v průběhu schizofrenního onemocnění a také u demencí dochází u nemocných k inhibici. Jejím důsledkem je zpomalení projevující se v pohybech i myšlení, těžkosti v kontaktu s okolím.

Každé přizpůsobení se nové situaci, každý pokus o kontakt vyžaduje od pacienta takové přemáhání a tolik energie, že je sotva schopný jiných výkonů. Inhibování pacienti by proto měli mít pravidelný a rovnoměrný denní režim a okolí by se mělo měnit co nejméně. Je třeba pokusit se s pacientem navázat kontakt. I když ze začátku nereaguje, není třeba se vzdávat, ale je nutné s ním hovořit dál. Řečené opakovat ve stejné formě, abychom mu poskytli čas k pochopení a přemýšlení. Pokud se pacient sám projeví, měli bychom ho trpělivě vyslechnout. Nejdůležitější je důsledná přátelskost, trpělivost a ochota pomoci.

4.3 Práce s pacientem se sníženou spontaneitou

Snížená spontaneita se často vyskytuje u schizofreniků, při depresích a při organických poškozeních mozku. Je důležité rozeznat formy snížené spontaneity, aby tito pacienti nebyli nesprávně hodnoceni a ošetřováni:

- velmi těžké snížení spontaneity = pacient je netečný, mlčenlivý, často není schopen ani jíst, aktivace je možná jen pomocí medikamentů,
- zpomalenost = pacient reaguje se zpožděním, působí těžkopádně,
- lehké snížení iniciativy = pacient je bez jiskry a působí mdle, často bývá tento stav mylně hodnocen jako nezáměr nebo lenost.

Pacient se sníženou spontaneitou má obvykle dostatek tělesné energie k činnosti, chybí mu ale vůle a psychické zaujetí. Naší úlohou je aktivovat je. Přitom je ale třeba brát ohled na to, že pacient si je vědomý své poruchy a že tím může velmi trpět. Měli bychom proto s pacientem zacházet vždy přátelsky a trpělivě, uznat a zdůraznit každý i malý výkon, který dokáže a případně ho i odměnit. Pozor, abychom pacienta nepřetížili, protože s únavou se pokles iniciativy prohlubuje. Nezvládnutí přemrštěných úloh by mohlo zvýšit sekundární utrpení pacienta (jsem neschopný, nedokážu to).

Při práci s málo iniciativním pacientem je podstatná správná motivace k činnosti. Měli bychom se snažit najít jeho individuální schopnosti a vést pacienta k tomu, aby je realizoval v činnosti. Činnost musí být pro pacienta zajímavá a musí jeho zájem stimulovat. Pacient získá zkušenost, že i on něco dokáže.

4.4 Práce s negativistickým pacientem

Negativismus je častý hlavně u psychotických stavů. Pacient většinou není schopen udat důvod svého chování. Někdy můžeme pacienta usměrnit žádoucím směrem, když mu něco zakážeme nebo přikážeme naopak. Každé drobné zlepšení bychom měli pochválit. Každé naše netaktní chování, netrpělivost, může pacientův negativismus ještě posílit. Je třeba si rezervovat dostatek času na trpělivé jednání. Měli bychom se vyhnout tělesnému dotyku. Pacient to často pociťuje jako donucování a může reagovat agresivně. Negativismus většinou není absolutní, vůči určitým osobám je většinou výraznější než vůči jiným. Často se projevuje jen vůči personálu a ne vůči jiným osobám, např. spolupacientům.

4.5 Práce s úzkostným pacientem

Pacient potřebuje v první řadě bezpečí. Pokud nachází ve svém okolí osoby, se kterými se cítí jistější a které mu s porozuměním naslouchají, tak se časem jeho úzkost zmírní. Jeho problémy musíme brát vždy vážně, nesmíme nic zlehčovat. Pokud pacient cítí, že ho přijímáme, tak se nám podaří odbourat část jeho úzkostí. Pokud ale jeho úzkosti znevažujeme jako neodůvodněné, dosáhneme opaku, jeho úzkost se tím fixuje.

4.6 Práce se zmateným pacientem

Stavy zmatenosti se vyskytují při poruchách prokrvení mozku, otravách, degeneračních procesech mozku, při vysokých teplotách, poruchách metabolismu. U starých lidí může zmatenost vzniknout i z úzkosti při nejistotě, například při přeložení do jiného prostředí nebo při neočekávané situaci. Zmatený pacient má poruchy orientace, nepoznává své okolí nebo ho nesprávně hodnotí. Přitom se mohou objevovat zvýšené úlekové reakce. Pokud pacientovi poskytneme dost času a pokud se s ním kontaktujeme klidně, přátelsky a s jistotou, tak často opět pozná ošetřující osobu a zaregistruje, že okolí vůči němu není nepřátelské. Je třeba mít na paměti, že u zmatených pacientů je zvýšené riziko pádu nebo sebepoškození při zacházení s předměty. Klidná a přátelská příprava k nadcházející aktivitě pomáhá odbourávat úzkost a podněcovat pacienta ke spolupráci. Klidné a stálé prostředí pomáhá ke zlepšení orientace a dává pocit bezpečí. Šero a tma orientaci v prostředí zhoršují, zvýrazňují úzkost, bezradnost i halucinace.

4.7 Práce s neklidným a agresivním pacientem

Stavy neklidu a agrese se mohou objevit téměř u všech forem duševních chorob. Důležité je předcházet jejich vzniku. Zvláště při práci s neklidným pacientem jsou žádoucí vlastnosti jako sebeovládání, duchapřítomnost, klid, trpělivost a přátelskost a taktnost. Při podezření na počínající stav neklidu je žádoucí neprodleně kontaktovat zdravotnický personál a řídit se jeho pokyny.

4.8 Práce se schizofrenním pacientem v chronickém stadiu choroby

U chronických schizofrenních pacientů je důležitá trvalá aktivizace s cílem zabránit poklesu tělesných a duševních schopností, trpělivé vedení k samostatnosti a zodpovědnosti za sebe, pomoc se smysluplným trávením volného času. Tyto snahy musí být vytrvalé měsíce a roky, než se dostaví úspěch. I když si to vyžaduje mnohem více času, neměli bychom dělat nic za pacienta. Příliš ochranný postoj k pacientovi vede k jeho závislosti a nesamostatnosti. Pokud má pacient potřebu hovořit o svém bludu, tak bychom ho měli v klidu vyslechnout, ale vysvětlit mu, že my za naši osobu vidíme věc jinak.

4.9 Práce s manickým pacientem

Manický pacient je aktivní, má chorobně veselou náladu, zvýšenou schopnost rozhodovat se a jednat. Necítí se nemocný. Nevydrží déle u jedné činnosti. Jeho myšlení je zrychlené, řeč je ve všeobecnosti srozumitelná, ale je problém ji sledovat.

V rušivých případech je třeba zasahovat s klidem, ale důsledně, předcházet konfliktům pacienta s jeho okolím. Pokud je pacient podrážděný, je třeba být opatrný, protože podrážděnost se může náhle změnit v agresi. Při své hyperaktivitě nemá často čas se najíst, je proto třeba sledovat příjem tekutin a jídla.

Když manická fáze odeznívá, je pacient klidnější a má lepší náhled na své chování. Je konfrontován s důsledky svého často nesmyslného jednání (velké finanční výdaje, chování k okolí), takže se nedají vyloučit zkratové reakce.

4.10 Práce s depresivním pacientem

Při depresi pacient bez vnějšího důvodu pociťuje beznaděj, prázdnotu, vyhaslost, sklíčenost, nebo se v těžké depresi cítí být úplně bez emocí, bez schopnosti prožívat smutek nebo bolest. Jeho myšlení je zpomalené, chybí mu schopnost rozhodovat se. Jeho pohyby mohou být utlumené, při mluvení je chudá nebo vymizelá mimika a gestikulace. Typické bývá depresivní držení těla v lehkém předklonu, se svěšenou hlavou a maskovitě strnulou tváří.

Pacient má pocity provinění, zhřešení, může vnímat své tělo jako vnitřně prázdné, prohnilé, nevyléčitelné nemocné, jeho úzkost může být spojená s bludem, že bude hladovět, že přijde o svůj majetek a často si takové bludné myšlenky dává do souvislosti s trestem za své domnělé provinění, může se cítit absolutně zbytečný, myslet si, že nemůže svoje okolí zatěžovat svojí neužitečnou existencí.

4.11 Práce s pacientem s poruchou osobnosti

Osobnostní rysy těchto pacientů jsou natolik silně zvýrazněné, že narušují soužití ve společnosti a vedou k selhávání v mezilidských vztazích a v životě. Je charakteristické, že okolí postižené vlivem pacientovy osobnostní abnormality trpí. Jedinci s poruchou osobnosti prosazují svoje vlastní cíle bez dostatečného ohledu na všechny danosti a důsledky, jejich strnulý postoj vede k těžkostem s okolím. Zodpovědnost za tyto těžkosti přisuzují ostatním. V nepříjemných situacích očekávají pomoc vždy od okolí a ne od svého vlastního přispění.

Je bezpodmínečně nutné, aby zdravotnický personál byl jednotný ve svých postojích a aby opakovaně diskutoval o postupech. Existuje totiž riziko, že tito pacienti budou s personálem manipulovat. Proto je důležitá důslednost a jednotný postup.

5. Léčba

K léčbě psychiatrických onemocnění se používají především psychofarmaka a psychoterapie. V indikovaných případech je metodou volby elektrokonvulzivní terapie. Důležitou součástí léčebného procesu je psychosociální rehabilitace, která zahrnuje široké spektrum aktivit a nácviků. U řady pacientů je využívána také fyzioterapie.

Farmakoterapie

Při léčbě schizofrenie a jiných psychotických stavů jsou podávána především antipsychotika. Mají zásadní význam pro odeznění halucinací a bludů, tlumí projevy neklidu. Jejich pravidelné a dlouhodobé užívání je z hlediska prevence nového vzplanutí schizofrenní ataky nezbytné.

Antidepresiva jsou podávána při léčbě depresivních stavů a některých úzkostných poruch.

U pacientů se středně těžkou a těžkou depresí hrozí bez vhodné léčby velmi výrazné riziko sebevraždy.

U afektivních poruch, kdy se obvykle střídají stavy manie a deprese, jsou podávány stabilizéry nálady.

Elektrokonvulzivní terapie neboli elektrošoková léčba je život zachraňující metodou u katatonní schizofrenie a těžkých depresivních stavů. Bývá aplikována také u psychóz, kdy nedojde ke zlepšení stavu při léčbě antipsychotiky. Jedná se o výkon prováděný v celkové anestezii.

Psychoterapeutická léčba je spolu s režimovými opatřeními základním pilířem léčby závislosti (po zvládnutí období abstinčních příznaků) a také u pacientů se sexuální deviací. Dále se psychoterapie využívá zejména u pacientů s úzkostnými poruchami, depresivními a afektivními poruchami, u schizofreniků a také u pacientů s poruchou osobnosti. Součástí psychoterapeutické léčby bývá také zapojení rodinných příslušníků a rodinná terapie.

Psychosociální rehabilitace zahrnuje velmi široké spektrum aktivit a činností - nácvik sociálních dovedností, práci v chráněných dílnách a v tréninkových pracovních programech, arteterapeutické ateliéry, cvičné kuchyňky, sociální poradenství, tréninkové byty, komunitní bydlení, chráněné bydlení.

U řady nemocných je také využívána somatická rehabilitace, léčebný tělocvik, hipoterapie a další.