

# LÁZEŇSKÁ LÉČBA PACIENTŮ S PSYCHICKÝMI PORUCHAMI

MUDr. Jaroslav Novotný, MUDr. Jiří Vařeka, MUDr. Jan Kubánek, doc. MUDr. Jarmila Plevová, CSc.

Priessnitzovy léčebné lázně, a. s., Jeseník

Lázeňská léčba psychicky nemocných má svoje historické kořeny již v době, kdy lázně založil zakladatel moderní vodoléčby Vincenz Priessnitz. V pravém slova smyslu se počátky léčby dají zařadit do začátku 50. let 20. století, kdy řídil lázně v Jeseníku MUDr. Rubeš. Od té doby až do současnosti jsou lázně nejvýznamnějším zařízením v ČR pro léčebnou rehabilitaci pacientů s psychickými poruchami. Léčebná rehabilitace je neoddelitelnou součástí komplexní péče o psychicky nemocné a výsledky léčby nás o tom přesvědčují. V průběhu léčby dochází k výrazné redukci subjektivních příznaků, které jsou pro psychicky nemocné velmi významné. V současné době však leží na stole otázka, jestli se bude i nadále léčebná rehabilitace v lázních hrdit ze zdravotního pojištění.

**Klíčové slova** MeSH: poruchy duševné – rehabilitácia; kúpele; hydroterapia.

Psychiatr. prax; 2007; 3: 137–139

Psychiatrie patří mezi základní medicínské obory. Zabývá se prevencí, diagnostikou, terapií a rehabilitací osob s duševní poruchou. Nositelem odpovědnosti za úroveň a rozsah poskytované zdravotní péče je stát. Svoji odpovědnost naplňuje prostřednictvím vydávaných zákonů a z nich vyplývajících podzákoných norem. Tyto právní normy vymezují, co je zdravotní péče a podmínky pro jejich poskytování. Organizace psychiatrické péče je rozvíjena na základě zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidí s jeho následnými novelizacemi a zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. Psychiatrie je „zdravotní péče ve veřejném zájmu“.

Léčebné lázeňství je vedle nemocniční a ambulantní péče ucelený léčebný systém zakotvený v tradici a doplňující cíleně, všeobecně a systematicky předchodí složky v péči o zdraví jednotlivce a populace. Účinek léčby je úzce spjat se změnou prostředí. Soustavou podnětů fyzikálních a psychických dochází ke změně reaktivity a regulace organismu na kvalitativně vyšší úroveň. K dosažení vlastního cíle (fixace této adaptace) je zapotřebí minimální doby tří až čtyř týdnů.

Lázeňská léčba je komplexní lékařsky vedený léčebný postup, prováděný v lázeňském místě, používající místních přírodních zdrojů (v případě Jeseníku příznivý vliv klimatu), doplněný léčebnou rehabilitací, fyzikální a pohybovou terapií, dietetikou, nutnou medikamentózní terapií, psychoterapií, zdravotní výchovou a vhodnou nabídkou pro využití volného času.

Stejně postavení má v místě ověřený a osvědčený tradiční léčebný postup – např. modifikovaný Priessnitzův v Jeseníku.

Lázeňský charakter je dán určitou úrovní životního prostředí (čistota vzduchu, klima, úroveň hluku), urbanistickým vzhledem a zařízeními péče o lázeňské hosty a pacienty – pavilony, kolonády, promenády, parky, značené stezky, trasy terénní kúry, zařízení pro využívání volného času apod.

Lázeňská léčba psychicky nemocných čili balneopsychiatrie představuje komplexní soubor lázeňských terapeutických postupů, směřujících buď k úplné obnově, nebo alespoň k částečné náhradě (kompenzaci) narušených psychických funkcí organismu. V tomto smyslu je balneopsychiatrie jednou ze součástí psychiatrické rehabilitace.

Lázeňská léčba těží z příslušných klimatických podmínek nebo výhodné geografické polohy lázní, z přírodních léčivých zdrojů, z psychoterapeutického vlivu lázeňského společenského prostředí doplňovaného cílevědomě zaměřenou psychoterapií a konečně využívá faktorů fyzikální léčby.

Fyzioterapii chápeme i při lázeňské léčbě jako léčbu, která účinně zasahuje do léčebného procesu s respektováním jeho dynamického vývoje. Tím je řečeno, že fyziatrie nevylučuje, nýbrž předpokládá v lázeňském zařízení současnou aplikaci jiných terapeutických opatření, jako je sjednání příslušného režimu, odstranění konfliktové situace, psychoterapii, medikamentózní terapii apod. Při této komplexnosti lázeňské léčby je však třeba brát v úvahu účinky předepisované léčebné procedury, aby nedocházelo k protikladným zásahům fyzikálních faktorů na jedné straně a medikamentózní či jiné ordinace na straně druhé.

Významnou funkci má v celkovém účinku klimatické léčby souhra emočních faktorů, kterými rozumíme v pozitivním směru smyslové vjemy a kladné emoce, vnímání krásy krajiny, ticha, příjemné „zvukové kulisy“, vůně vegetace, úpravu okolí, čistotu lázeňského prostředí apod.

Do lázní přicházejí psychicky nemocní s regulační ochablostí vegetativní nervové soustavy, s narušenou regulací aktivity kory mozkové. Musíme si být vědomi velkých individuálních rozdílů v průběhu a projevech tzv. aklimatizace nemocného. Ponecháme-li nemocnému na jeho libovůli rozhodování nebo vystavíme-li ho příliš rychle po příchodu všem tonizujícím faktorům podnebí, vyvoláme u cit-

livých psychicky nemocných intenzivnější jevy aklimatizační („klimatická reakce“), které se svým charakterem blíží tzv. lázeňské reakci. Tyto jevy vrcholí kolem 8. dne pobytu celkovou nevolí, zemdleností, zmenšenou chutí k jídlu, špatným spánkem, eventuálně na krátkou dobu sníženou odolností vůči infekci. Při správně řízeném režimu jsou aklimatizační obtíže minimální a trvají krátkou dobu (2–3 dny).

Metodika aklimatizačního režimu spočívá hlavně v tzv. aeroterapii, tj. častému pobytu na volném vzduchu, kterou kombinujeme v indikovaných případech se spánkovou léčbou nebo naopak s činností terapií a terénními kúrami, tj. procházkami v terénu, jejichž fyzická zátěž je prozkoumána a jednotlivé trasy jsou dozovatelně podle druhu a stadia nemoci a také závislé na fyzické kondici pacienta.

Ke klimatickému režimu přičítáme rovněž helioterapii, kterou rozumíme celkové ozařování organismu slunečním zářením.

Jednou z rozhodujících složek léčby je hydroterapia. Je velmi vhodné podávat vodoléčebné procedury denně. Působíme zde na labilní nervový systém a fyzikální stimul byl měl být podáván vždy ve stejné fázi biologického denního rytmu. Procedury tzv. velké vodoléčby mají být podávány v dopoledních hodinách. V odpoledních hodinách se doporučuje podávat procedury tzv. malé vodoléčby, včetně stíradavých nožních koupelí, částečných polevů apod. Procedury s převážně sedativním účinkem, např. koupele bylinné nebo s aromatickými oleji, mohou být podány i v odpoledních hodinách.

## Lázeňská péče o psychicky nemocné v Jeseníku

Lázeňská léčba má dnes již staletími prověřenou tradici. V současné době se lázně stávají místem, ve kterém může člověk hledat a nacházet rovnováhu mezi tělem a duchem, sebou a okolím. Priessnitzovy léčebné lázně a. s. v tomto ohledu nejsou výjimkou. V jednom se však od ostatních lázní ve střední Evropě

lišší, a to je osobnost a charisma zakladatele Vincenze Priessnitz a významný podíl pacientů léčených pro psychické poruchy. V indikačním seznamu lázeňské léčby figurují pro tyto diagnózy ještě lázně Dubí u Teplic, ale strukturou a počtem pacientů a hlavně personálním vybavením a širokou škálou terapeutických metod nemají Priessnitzovy léčebné lázně a. s. Jeseník ve střední Evropě obdobu.

S určitou nadsázkou by se dalo říci, že současná léčba pacientů s psychickými poruchami v Jeseníku má svoje kořeny již u zakladatele zdejších lázní a moderní vodoléčby Vincenze Priessnitz, který v mnoha směrech předběhl dobu o více jak jedno století. Z dnešního pohledu se dá hodnotit přístup Priessnitz a jeho spolupracovníků k pacientům jako terapeutická komunita. Priessnitz se neustále pohyboval mezi pacienty, účastnil se společných obědů, zapojoval se do pracovní činnosti společně se svými pacienty a sdílel s nimi jak pozitivní, tak negativní zkušenosti z pobytu a léčby. Tento přístup se začal aplikovat oficiálně v léčbě psychických poruch až ve druhé polovině 20. století a nikdo z českých ani světových kapacit v této souvislosti ani zmínkou nezavdal o historické kořeny a konkrétně o osobnost V. Priessnitz a jeho přístup k pacientům a jejich léčbě.

Není to však pouze v oblasti terapeutické komunity, ale také v oblasti léčby prací, která se dostává poslední dobou na místo, které jí právem náleží. I V. Priessnitz považoval léčbu prací za jednu z velmi důležitých terapeutických metod. Zcela zavrhl tehdejší doktrínu, že pacient se léčí hlavně klidem, a to pokud možno na lůžku. Také tento jeho přístup došel ocenění až cca před 10 lety. A tak bychom mohli zdůraznit i pohybovou terapii, dietní režim, pitný režim a další zapomenuté postupy, které Priessnitz sám velmi hojně používal u svých pacientů a měl s nimi významné úspěchy, ale bohužel po jeho smrti zapadly postupně do zapomnění.

Na těchto historicky cenných základech staví i současná léčba psychiatrických pacientů v Priessnitzových léčebných lázních a. s. v Jeseníku. I když se pacienti s psychickými poruchami léčili ve zdejších lázních již v dobách Priessnitz a jeho následovníků, musíme zdůraznit fakt, že oficiálně byly psychické poruchy zařazeny do skladby pacientů až v druhé polovině 20. století, kdy byl ředitelem lázní MUDr. Rubeš. Od té doby se léčba psychických poruch v Jeseníku pevně zakotvila v povědomí jak odborné, tak laické veřejnosti a plnohodnotně zapadá do komplexu péče o pacienty s psychickou poruchou. Od té doby je také tradována jedna z nejstarších tradic pořádání odborných lékařských kongresů. Každoročně se do Jeseníku sjíždějí stovky lékařů, farmakologů, fyziologů a dalších odborníků z mnoha zemí světa na

tradiční psychofarmakologický kongres. Jde o nejstarší národní konferenci s nepřerušenu tradicí na světě. V roce 2007 proběhne v Jeseníku výroční 50. konference.

Péče o psychiatrické pacienty v PLL a. s. Jeseník je opřena o odbornou úroveň psychiatrů, psychologů a SZP vyškolených v oblasti psychiatrie a psychologie, ale také možností komplexní rehabilitace a resocializace a moderní farmakoterapie, které tvoří nedílitelnou součást péče o pacienta. Velmi hojně využíváme v našich lázních různé relaxační techniky, pohybovou terapii, aktivní muzikoterapii, širokou škálu vodoléčebných procedur jak velmi diferentních, tak indiferentních.

Mezi nejčastěji využívané vodoléčebné procedury patří skotské stříky, střídavé nožní koupele, perličkové a bylinkové koupele, podvodní masáže, celkové vířivé koupele a také historicky ověřené Priessnitzovy procedury jako venkovní studené sprchy a chůze v pramenité vodě, jedno a dvoufázové Priessnitzovy pololázně a další.

Také elektrospánek, což jsou nízkofrekvenční impulzy malé intenzity a napětí, se v našich lázních používá od přelomu 50. a 60. let. I když i tato procedura během času začala ztrácet své příznivce z řad odborné veřejnosti, je v Priessnitzových léčebných lázních používána k léčbě poruch spánku do současné doby s velmi dobrými účinky. Potvrzením našeho přístupu se jeví také fakt, že v posledních cca 5 letech se opět objevilo v odborné literatuře velké množství článků, které tuto metodu pozdvihly do centra pozornosti léčby poruch spánku. Odkazy na tyto odborné články a publikace však bohužel nacházíme pouze na internetových stránkách zahraničních vyhledávačů, a to především v USA, Rusku a v oblasti dálného východu.

Mezi další hojně využívané léčebné postupy patří léčba prací, konkrétně práce s hlinou a jinými materiály v arteterapeutické dílně. Většina pacientů léčených v lázních se s touto formou terapie setkává vůbec poprvé a při hodnocení léčebného efektu ke konci pobytu v lázních ji vyzdvihují jako nedílnou součást komplexní léčby.

U pacientů s depresivní poruchou a jejími ekvivalenty je s velmi dobrým efektem aplikována světloléčba. Jedná se o velkoplošné panely vyzařující barevné spektrum, které se velmi blíží spektru denního světla s intenzitou svitu 10000 luxů.

Obecně se dá říci, že léčebné metody používané v současné době v Priessnitzových léčebných lázních plně respektují požadavky medicíny založené na důkazech.

Od roku 2001 probíhá v našich lázních trvalé hodnocení efektivity lázeňské léčby u pacientů s různými psychickými poruchami. Jednotliví pacienti hodnotí míru subjektivních potíží pomocí upra-

vené sebeposuzovací škály N-5 (2), která se běžně používá v psychiatrii a psychologii. Pacienti vyplňují dotazník při nástupu léčby a před ukončením a nemají možnost kontroly předchozího dotazníku. Tím je zabezpečena určitá objektivita výsledků. Tento dotazník patří ke globálním diagnostickým metodám. Původně byl používán k výběru a rozlišení osob s neurotickými rysy (6), nověji i k hodnocení kvality života, popř. psychické zátěže a stresu (4, 10). Dosažený skóre indikuje buď normu, nebo odchylku od ní. Subjekt zahrává v seznamu 33 příznaků ty, kterými trpí v posledních dnech, a označuje intenzitu svých příznaků jako nulovou, mírnou, střední nebo silnou na čtyřstupňové škále (8).

Pro potřeby vstupního vyšetření jsme uvedenu sebeposuzovací škálu mírně upravili. Položka „mravenčení a stěhovavé bolesti“ byla změněna na „bolesti páteře, svalů a kloubů“ a všech 33 symptomů jsme rozdělili do tří skupin po 11 položkách (viz příloha). V první skupině tak bylo soustředěno 11 symptomů somatického rázu, ve druhé skupině příznaky charakteru neurastenického a poslední, třetí skupina zahrnuje symptomy vysloveně rázu psychického.

Sumární skóre je tak dán součtem 3 dílčích skóre – somatického, neurastenického a psychického, a jak ukázala kontrolní studie provedená u pacientů s indikacemi interního charakteru (onemocnění kardiovaskulární, plicní, endokrinní a metabolická), je dotazník N-5 po této úpravě schopen diferencovat mezi nemocemi povahy psychické a chorobami čistě somatickými. To je umožněno jednak nálezem kvantitativní - vyšší sumárního skóre, ale také kvalitativními charakteristikami – poměrem 3 dílčích skóre na skóre celkové („diagnostický profil“).

Při nástupu do lázní je průměrné skóre u psychiatrických pacientů 42,3 bodů a u pacientů s interním onemocněním 22,3 bodu.

V letech 2001–2004 jsme tímto způsobem vyšetřili při nástupu lázeňské léčby soubor 7672 dospělých pacientů, z toho 4684 s indikacemi psychiatrickými a 2988 pacientů s onemocněními somatického charakteru (šlo o choroby systému kardiovaskulárního, respiračního a endokrinního). V rámci maximálního zjednodušení nebylo při vyhodnocení takto vzniklých souborů bráno v potaz věkové rozložení a pohlaví vyšetřovaných pacientů, ani výskyt přidružených onemocnění.

V nejobecnější úrovni (porovnáním indikací psychiatrických s interními) lze formulovat následující závěry:

1. U psychických onemocnění je poměr somatického oddílu ku psychickému vyrovnaný, tedy přibližně jedna ku jedné. Celkový skóre zpravidla přesahuje 33 bodů, přičemž průměrná hodnota je 42,3 bodu.

**Modifikovaná sebesposuzovací škála N-5**

1. Bolesti hlavy	0 1 2 3
2. Potivost	0 1 2 3
3. Závratě	0 1 2 3
4. Pocit na omdlení	0 1 2 3
5. Pocit na zvracení	0 1 2 3
6. Pocit horka nebo chladu	0 1 2 3
7. Třesavka, vnitřní chvění	0 1 2 3
8. Bolesti páteře, svalů, kloubů	0 1 2 3
9. Bušení srdce, bolesti u srdce	0 1 2 3
10. Dechové potíže	0 1 2 3
11. Průjem nebo zácpa	0 1 2 3
12. Poruchy spánku	0 1 2 3
13. Ospalost ve dne	0 1 2 3
14. Únava a vyčerpanost	0 1 2 3
15. Špatná výkonnost	0 1 2 3
16. Roztěkanost a nesoustředěnost	0 1 2 3
17. Podrážděnost a vznětlivost	0 1 2 3
18. Zhoršení paměti	0 1 2 3
19. Nechutenství	0 1 2 3
20. Červenání nebo blednutí	0 1 2 3
21. Pesimismus	0 1 2 3
22. „Do ničeho se mi nechce“	0 1 2 3
23. Lítostivost a přecitlivělost	0 1 2 3
24. Smutná nebo špatná nálada	0 1 2 3
25. Neurčitá úzkost	0 1 2 3
26. Strach o zdraví, o svůj život	0 1 2 3
27. Strach vázaný na určitou situaci (výtah ap.)	0 1 2 3
28. Nepřiměřený strach z budoucnosti	0 1 2 3
29. Pochybnosti o sobě samém (samé)	0 1 2 3
30. Pocity nejistoty před lidmi	0 1 2 3
31. Nepříjemné pocity „jako ve snu“	0 1 2 3
32. Vtíravé myšlenky nebo nutkavé jednání	0 1 2 3
33. Nepříjemný pocit omámenosti	0 1 2 3

2. U onemocnění interních činí poměr somatického oddílu dotazníku ku psychickému přibližně tři ku dvěma, celkový skóre je většinou nižší než 33 bodů, přičemž průměrná hodnota je 22,3 bodu. Z pohledu interního lékařství je vyšetření modifikovanou sebesposuzovací škálou N-5 přínosné a užitečné především tam, kde má nemocný anamnesticky potíže převážně somatického charakteru (1). To se stává především u některých typů neuróz a depresí, kde se pak chybně a příliš dlouho pátrá po tělesném onemocnění (5). Duševní poruchy jsou přítomny asi u 25% pacientů navštěvujících zařízení primární péče. Praktičtí lékaři sami pak odhadují, že stráví 20–50% svého času při diagnostice a léčbě psychiatrických problémů (7).

Je pravděpodobné, že v případě ověřování diferenciálně diagnostického potenciálu sebesposuzovací škály N-5 na souborech pacientů s precizně stanovenými diagnózami dojde k dalšímu upřesnění kritérií pro vyhodnocení škály a získaných diagnostických profilů. To je věcí specializovaných pracovišť, která by se chtěla touto problematikou zabývat. Domníváme se však, že již nyní v námi prezentované podobě je modifikovaná sebesposuzovací škála N-5 cenným nástrojem při úvaze o možném podílu psychické reaktivity pacienta na zjištěném subjektivním nálezu, případně upozorněním na vysloveně psychogenní povahu a etiologii jeho potíží.

Velmi významnou se jeví redukce subjektivních příznaků po 4týdenní lázeňské rehabilitační léčbě. Na konci léčby v lázních pacienti opět vyplní dotazník N-5. U psychiatrických pacientů dochází k průměrnému poklesu skóre o 51,3% a u pacientů inter-

ních o 51,9%. Jsme si plně vědomi toho, že se jedná o subjektivní sebehodnocení každého pacienta, na které působí mnoho vedlejších vlivů. Ale i sám fakt jakéhokoli zlepšení kvality života je z našeho pohledu velmi významný.

V kontextu celkových prostředků vynakládaných na zdravotnictví se jeví lázeňská péče jako významná součást léčebného a rehabilitačního procesu, která je finančně nenáročná, ale přináší velmi pozitivní výsledky. Dle údajů ÚZIS je na lázeňskou léčbu v ČR vynakládáno cca 2% celkových nákladů na zdravotní péči. V nominální hodnotě by se to mohlo zdát jako číslo velké (cca ve stejné výši se ročně likvidují léky nespotřebované pacienty), ale v případě výraznější redukce lázeňské léčby by mohlo dojít ke zhoršování zdravotního stavu populace a následně k nutnosti dalšího zvyšování nákladů na léčebnou péči.

Významným pozitivním posunem je také stále se zvyšující počet klientů samoplátců. Tito lidé již na sobě pozorují první příznaky depresivní poruchy nebo neurózy, ale jejich stav ještě není tak závažný, aby mohli být léčeni na náklady zdravotních pojišťoven. Oni však svým aktivním přístupem umožňují, aby změnou životních stereotypů a jiných negativních vlivů došlo pomocí léčby v lázních k ústupu potíží, a hlavně nalezení optimální cesty s minimalizací stresových faktorů.

**MUDr. Jaroslav Novotný**

Priessnitzova léčebná lázeň, a. s. Jeseník  
Priessnitzova 299, 790 01 Jeseník  
e-mail: novotny@priessnitz.cz

**Literatura**

1. Fučík M a kol. Základy vyšetření ve vnitřním lékařství. Avicenum, Praha 1978.
2. Knobloch F. Dotazník N-5.
3. Knobloch F. Integrovaná psychoterapie v akci, Grada, Praha 1999.
4. Notová P, Schreinerová Z, Schrameková E, Bass K, Fabián J. Kvalita života po transplantaci srdce – psychosociální aspekty. Bratisl. lek. Listy, 98, 1997, č. 5, s. 248–283.
5. Pidrman V, Bouček J, Kryl M. Deprese v interní medicíně. Psychiatrické centrum Praha, 2003.

6. Preiss M. Klinická psychologie. In: Höschl C, Libiger J, Švestka J. Psychiatrie, TIGIS 2002.
7. Raboch J, Zvolský P et al. Psychiatrie. Galén, Praha 2001.
8. Svoboda M. Psychologická diagnostika dospělých. Portál, Praha 1999.
9. Štěpánková A, Novotný J, Kubánek J, Vařeka J. Modifikovaná sebesposuzovací škála N-5 jako součást vyšetření při nástupu lázeňské léčby. Ošetřovatelství 2004, sv. 6, č. 1–2, s. 54–55.
10. Židková Z, Martinková J, Paulová M, Svačinková M. Psychická zátěž zaměstnanců v „pomáhajících profesích“ ve zdravotnictví. České pracov. lék. 2, 2001.