

Jiří Raboch, Pavel Pavlovský et al.

Klinická psychiatrie v denní praxi





Jiří Raboch, Pavel Pavlovský et al.

Klinická psychiatrie v denní praxi



Hlavní autoři a pořadatelé

prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.

doc. MUDr. Pavel Pavlovský, CSc.

Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Všeobecná fakultní nemocnice, Praha

Autoři

MUDr. Dana Janotová, CSc.

doc. MUDr. Roman Jiráček, CSc.

prof. MUDr. Hana Papežová, CSc.

MUDr. Petr Popov

MUDr. Ladislav Procházka

Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Všeobecná fakultní nemocnice, Praha

Recenzenti

MUDr. Marius Byss

Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod

prof. MUDr. Eva Češková, CSc.

Psychiatrická klinika, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice, Brno

Jiří Raboch, Pavel Pavlovský et al.

KLINICKÁ PSYCHIATRIE V DENNÍ PRAXI

První vydání

Vydalo nakladatelství Galén, Na Bělidle 34, 150 00 Praha 5

Editor PhDr. Lubomír Houdek

Šéfredaktorka PhDr. Soňa Dernerová

Odpovědná redaktorka Mgr. Stanislava Beranová

Obrazová dokumentace z archivu autorů

Grafická úprava a sazba Mgr. Helena Jiráková, DTP Galén

Tisk FINIDR, s. r. o., Lipová 1965, 737 01 Český Těšín

Určeno odborné veřejnosti

G 281029

 **www.galen.cz**

Všechna práva vyhrazena.

Tato publikace ani žádná její část nesmí být reprodukována, uchovávána v rešeršním systému nebo přenášena jakýmkoli způsobem (včetně mechanického, elektronického, fotografického či jiného záznamu) bez písemného souhlasu nakladatelství.

Autoři i nakladatel vynaložili značné úsilí, aby informace o léčivech odpovídaly stavu znalostí v době zpracování díla. Nakladatel za ně nenese odpovědnost a doporučuje řídit se údaji o doporučeném dávkování a kontraindikacích uvedených výrobcí v příbalovém letáku příslušného léčivého přípravku.

Týká se to především přípravků vzácněji používaných nebo nově uváděných na trh. V textu jsou používány ochranné obchodní známky léků a dalších produktů. Absence symbolů ochranných známek (®, ™ ap.) neznamená, že jde o nechráněné názvy a značky.

Copyright © Galén, 2008

ISBN 978-80-7262-586-4

Obsah

Úvod	9
Akutní stavy v psychiatrii	11
<i>Pavel Pavlovský</i>	
Klinické obrazy podle MKN-10.....	12
Terapie	14
Stavy, které mohou připomínat psychotická onemocnění	19
Demence a jiné poruchy kognitivních funkcí	23
<i>Roman Jirák</i>	
Co jsou kognitivní funkce?	24
Co jsou demence?	24
Diagnostika demencí	24
Epidemiologie demencí.....	26
Demence na podkladě atrofickodegenerativním	26
Sekundární (symptomatické) demence	29
Návykové nemoci.....	35
<i>Petr Popov</i>	
Základní principy terapie.....	38
Přehled terapeutických modalit, instituce, způsoby léčby	39
Poruchy vyvolané užíváním alkoholu (F10)	43
Klasifikace	44
Symptomatika	45
Komorbidita	48
Průběh, prognóza	49
Terapie	49
Přehled dalších důležitých terapeutických postupů používaných u jednotlivých poruch.....	50
Časná intervence	50
Detoxifikace	50
Senzitizace	50
Terapie duálních diagnóz	51
Terapie cravingu	51
Poruchy vyvolané užíváním opioidů (F11)	52
Symptomatika	53
Průběh, prognóza	55
Terapie	56
Poruchy vyvolané užíváním kanabinoidů (F12)	57
Symptomatika	58
Průběh, prognóza	59
Diferenciální diagnóza	60
Terapie	60
Poruchy vyvolané užíváním sedativ nebo hypnotik (F13)	60
Symptomatika	61
Průběh, prognóza	62
Terapie	62
Poruchy vyvolané užíváním kokainu (F14)	63
Symptomatika	63

Průběh, prognóza	64
Terapie	64
Poruchy vyvolané užíváním jiných stimulancií, včetně kofeinu (F15)	65
Symptomatika	66
Průběh, prognóza	67
Terapie	67
Poruchy vyvolané užíváním halucinogenů (F16)	68
Symptomatika	69
Průběh, prognóza	70
Diferenciální diagnóza	70
Terapie	70
Poruchy vyvolané užíváním tabáku (F17)	70
Symptomatika	70
Terapie	71
Poruchy vyvolané užíváním organických rozpouštědel (F18)	71
Symptomatika	71
Průběh, prognóza	72
Terapie	72
Poruchy vyvolané užíváním několika látek a užíváním jiných psychoaktivních látek (F19)	72
Symptomatika	72
Terapie	73
Patologické hráčství, gambling (F63)	74
Symptomatika	74
Průběh	75
Terapie	75
Deprese a sebevražedné jednání v klinické praxi	79
<i>Jiří Raboch</i>	
»Normální« smutek	81
Porucha přizpůsobení (F43.2).....	81
Periodická depresivní porucha.....	81
Dystymie (F34.1).....	83
Organické deprese.....	83
Terapie	89
Sebevražda.....	98
Závěry	100
Úzkostné poruchy	105
<i>Hana Papežová</i>	
Diagnostický postup	105
Fobické úzkostné stavy (F40).....	106
Jiné úzkostné poruchy (F41).....	107
Obsedantně-kompulzivní porucha (F42)	107
Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení (F43)	108
Diferenciální diagnóza	108
Terapie úzkostných stavů	109
Psychoterapie	110
Farmakoterapie	111
Průběh a prognóza	111
Závěr	112
Somatoformní poruchy.....	113
<i>Hana Papežová</i>	
Somatoformní poruchy podle MKN-10	113
Diferenciální diagnostika.....	116
Základní terapeutické metody.....	116
Psychoterapie	117

Farmakoterapie	118
Průběh onemocnění a prognóza	118
Závěr	118
Poruchy spánku	121
<i>Hana Papežová</i>	
Diagnostická kritéria, rozdělení poruch spánku a základní charakteristiky	122
Vyšetření poruch spánku.....	126
Terapie	126
Psychoterapie	126
Farmakoterapie	127
Průběh onemocnění a prognóza	128
Dětská psychiatrie	131
<i>Dana Janotová</i>	
Nejčastější dotazy a vhodné odpovědi	132
Předškolní věk	132
Školní věk	132
Dospívání	132
Terapie	133
Etiologie	133
Diagnostika	133
Indikace pomocných vyšetření	134
Indikace psychiatrické péče.....	134
Diagnostické kategorie MKN-10	135
Poruchy psychického vývoje (F80–F89)	135
Poruchy chování a emocí (F90–F98)	137
Duševní poruchy v dětství, které jsou svým významem a průběhem blízké duševním poruchám dospělých	141
Psychiatrická péče a právní normy	143
<i>Ladislav Procházka</i>	
Práva duševně nemocných.....	144
Poučení nemocného	145
Souhlas nemocného	145
Povinná mlčenlivost	147
Hospitalizace bez souhlasu duševně nemocného	150
Povinné léčení protialkoholní a protitoxikomanické	155
Způsobilost k právním úkonům.....	156

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

předkládáme Vám text, který je základem pro naše semináře klinické neurologie a psychiatrie, jež jsou součástí rozvrhu 6. ročníku a vyučujeme je společně s Neurologickou klinikou 1. LF UK.

Cílem tohoto předmětu není opakovat údaje o duševních poruchách v celé jejich šíři včetně teoretických základů, jak jsme se o to snažili ve 4. ročníku a jak je popisujeme v naší učebnici (Raboch, J., Zvolský, P., et al. Psychiatrie. Praha : Galén, 2001). Chtěli bychom soustředit Vaši pozornost na ty problémy spojené s chorobami mozku, se kterými se běžný lékař ve své každodenní praxi bude setkávat a které bude muset čím dál tím více také sám řešit. Proto i jejich vylíčení je podrobnější, než bývá obvyklé v základních učebnicích. Vše je vedeno snahou autorů podělit se s nastupující generací lékařů o bohaté profesionální zkušenosti. Vycházíme přitom také z faktů publikovaných pod záštitou WHO a Světové banky v monografii Global Burden of Disease (Murray, CJ., Lopez, AD., WHO, 1996). Bylo zde prokázáno, že duševní poruchy spolu s kardiovaskulárními nemocemi budou představovat největší zdravotní zátěž lidstva v 21. století.

Domníváme se shodně s kolegy ze Společnosti všeobecného lékařství, že každý praktický lékař bude léčit mnoho pacientů s neurotickými poruchami, poruchami spánku či depresí a bude někdy obtížně zvažovat somatopsychickou nebo psychosomatickou etiologii obtíží svých pacientů. Bude muset řešit problémy spojené s akutními psychotickými poruchami, a to jak z hlediska první pomoci, tak z hlediska administrativně-právního. Při současném trendu stárnutí našeho obyvatelstva bude čím dál tím častěji vídat nemocné s demencemi a nevyhne se ani velmi závažné a narůstající problematice nadužívání návykových látek a závislosti na nich.

Byli bychom velmi rádi, aby tento text sloužil jako jedno z vodítek pro Vaši budoucí klinickou praxi.

*prof. MUDr. J. Raboch, DrSc.
přednosta kliniky*

*doc. MUDr. P. Pavlovský, CSc.
zástupce přednosta*

Akutní stavy v psychiatrii

Pavel Pavlovský

Akutní psychické poruchy, které si vyžadují neodkladný terapeutický zásah, mohou být z psychopatologického hlediska psychotického i ne-psychotického rázu. Pro psychózu svědčí přítomnost halucinací, bludů, nápadností v chování, někdy i kvalitativní porucha vědomí. Příčiny, které mohou akutní poruchy vyvolat, jsou nejrozličnějšího původu – organického, genetického, psychologického, sociálního či jiného, které se v dané konkrétní situaci různě silně uplatňují a vyvolávají pestré klinické obrazy.

Za nejzávažnější lze označit **akutní psychotické stavy**, které spadají **do okruhu schizofrenie a jí příbuzných poruch**, psychotický ráz však mohou mít i těžké formy afektivních onemocnění a onemocnění vzniklá na organickém podkladě.

Základní příznaky schizofrenie:

- a) slyšení vlastních myšlenek (ozvučování myšlenek), vkládání cizích myšlenek, odnímání a vysílání myšlenek (intrapsychické halucinace),
- b) bludy kontrolovanosti, přesvědčení, že vlastní pohyby jsou ovládány někým jiným, bludné vnímání,
- c) hlasy, které komentují myšlenky nebo počínání pacienta, jejich vnímání i jiným než sluchovým orgánem (inadekvátní halucinace),
- d) trvalé bludy, které jsou v dané kultuře nepatřičné (např. extrapotenční bludy týkající se schopností ovládat počasí, komunikovat s mimozemšťany),
- e) halucinace, které přetrvávají mnoho měsíců,
- f) formální poruchy myšlení (zárazy, paralogie, inkoherence),
- g) katatonní poruchy jednání,
- h) negativní příznaky (apatie, alogie, emoční oploštěnost až vyhaslost, autismus),
- i) výrazné kvalitativní změny v osobním chování (ztráta zájmů, ztráta vztahů k okolí, nečinnost).

Podle diagnostických vodítek je pro stanovení diagnózy schizofrenie třeba, aby z příznaků uváděných pod body a) – d) byl přítomen alespoň jeden, resp. dva příznaky ze skupiny pod body e) – i), a to po většinu období nejméně jednoho měsíce, popřípadě déle.

Máme-li před sebou pacienta, o němž víme, že je léčen pro schizofrenii, pak exacerbaci výše uvedených symptomů zhodnotíme s největší pravděpodobností jako relaps nebo recidivu tohoto základního onemocnění. Jiná situace nastane, jde-li o naše první setkání s pacientem, jehož osobní anamnézu neznáme a nemáme k dispozici ani žádné objektivní informace. Pro takové akutní psychotické obrazy v současně platné 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí přichází v úvahu především diagnóza pod kódem F23.x – **Akutní a přechodné psychotické poruchy**.

Klinické obrazy, které lze do této diagnostické kategorie zařadit, mají některé společné rysy, jež slouží jako důležitá vodítka. Je to především akutní začátek, přítomnost typických syndromů a přítomnost přidruženého akutního stresu.

Jako akutní začátek je definován prudký rozvoj onemocnění – od prvních, ještě nepsychotických příznaků do jasně psychotického obrazu neplyne více než dva týdny, častý je bouřlivý vývoj během 24–48 hodin.

Typické syndromy se projevují rychlou a výraznou měnlivostí klinických příznaků, které mají polymorfní ráz, neboť se vyskytují při schizofrenních, afektivních i organických poruchách.

Přidružený stres není obligatorní vyvolávající příčinou, ale mnoho případů vzniká v souvislosti se stresovým prožitkem, který je v daném kulturním prostředí považován obecně za velmi závažný (přírodní katastrofa, dopravní neštěstí, náhlá ztráta blízké osoby, ztráta zaměstnání, bojové trauma, mučení, terorismus).

Akutní a přechodné psychotické poruchy nejsou nozologickou jednotkou, z praktického hlediska je však tato diagnóza užitečná již tím, že dává lékaři dobrou možnost vyhnout se při prvním setkání s psychotickým pacientem společensky hůře přijatelné diagnóze schizofrenie. Předchozí generace psychiatrů razily různá pojmenování pro psychotické stavy, které odezněly bez zjevných následků – od K. Kleista (1928) pochází název cykloidní psychóza, J. S. Kasanin (1933) hovořil o akutní schizoafektivní psychóze.

Klinické obrazy podle MKN-10

Akutní polymorfní psychotická porucha bez příznaků schizofrenie (F23.0). Obraz je měnlivý, jsou přítomny bludy a halucinace, jež nemají ráz výše uvedených základních příznaků schizofrenie, a výrazné afektivní poruchy pod obrazem emočního vzrušení s intenzivními přechodnými pocity štěstí až extáze, úzkosti a podráždění. Právě u této jednotky se se-

tkáme s bludy, které v našem prostředí nepůsobí příliš bizarně a nepatříčně. Nejspíše bychom za takové kulturně a historicky přijatelné mohli považovat bludy paranoidně perzekuční, známé z řady paranoidních syndromů, které nemusí být schizofrenního původu. Stav zcela odezní do tří měsíců, většinou však mnohem dříve.

Akutní polymorfní psychotická porucha s příznaky schizofrenie (F23.1). Psychotické příznaky jsou opět velmi měnlivé a mají schizofrenní charakter. Podmínkou pro stanovení diagnózy je jejich kompletní vymizení do jednoho měsíce. Pokud přetrvávají po uplynutí této doby, je nutno diagnózu změnit na schizofrenii.

Akutní schizoformní psychotická porucha (F23.2). Příznaky jsou schizofrenní, jejich měnlivost je málo výrazná. Příznaky musí vymizet do jednoho měsíce od svého vzniku, jinak je nutné změnit diagnózu na schizofrenii. V minulosti se pro tuto poruchu užíval též název oneirofrenie nebo schizofrenní reakce.

Jiné akutní psychotické poruchy s převahou bludů (F23.3). V popředí jsou bludy a halucinace, které nejsou schizofrenního rázu, chybí měnlivost příznaků. Porucha musí odeznít do tří měsíců, jinak je nutné překvalifikování na diagnózu »trvalá porucha s bludy« (F22), popřípadě na »neorganickou psychotickou poruchu« (F28).

V americké klasifikaci DSM-IV se uvádí »krátká psychotická porucha« (Brief psychotic disorder – 298.8) charakterizovaná bludy, halucinacemi, formálními poruchami myšlení a hrubými poruchami chování. Psychotická epizoda trvá od 1 do 30 dnů s následnou plnou remisí. Porucha může navazovat buď na stresovou událost (krátká reaktivní psychóza), nebo tuto souvislost nelze zjistit. Řadí se sem i psychotická porucha, která vznikne do 4 týdnů po porodu.

Kazuistika

Pacient ve věku 38 let, RA a OA bez pozoruhodností. Před dvěma týdny při práci v kotelně utrpěl při výbuchu kotle lehké popáleniny, ošetřen byl ambulantně. Během druhého týdne přestal spát, zaslechl posměšnou říkanku, která byla namířena proti němu. Ve večerních hodinách pocituje nepříjemné rány elektrickým proudem do horních končetin, hlavu má magnetizovanou podivným zářením, což v něm vyvolává úzkost, poránu je mnohomluvný, sepisuje hlášení pro polici, že se stal v zaměstnání obětí komplotu. Při vyšetření logoroický, při popisu obtíží neadekvátní smích, vzápětí úzkostné grimasy. Projev je místy lehce nesouvislý, přeskakuje na další témata, ojediněle obviňuje manželku, že mu dala jed do jídla, cítil podivný zápach. Během týdne vymizela psychotická symptomatika, přetrvává ostrůvkovitá amnézie na uváděné stesky a poněkud bezradná nálada.

Diagnostikována je akutní psychotická porucha bez příznaků schizofrenie.

Kazuistika

Pacient ve věku 32 let, RA bez pozoruhodností, OA: před pěti lety měl chřipkové onemocnění s několikadenním stavem zmatenosti.

Před dvěma měsíci utrpěl úraz oka, během pracovní neschopnosti nabyl dojmu, že je sledován špionážní sítí, do které je zapletena i manželka. Zaslechl vysílání, které proti němu štvře lidi v okolí. Při procházce v lese se mu zjevili partyzáni; začali po něm střílet, jejich psi ho napadli, takže si musel lehnout na několik hodin do sněhu. Kolem jezdila vojenská auta, vojáci a policisté se dorozumívali kašláním. Přišel domů pozdě večer, rodiče mu doporučili, aby šel k lékaři. Necítil se však nemocen, a proto je neposlechl. V noci nespál, pociťoval zvláštní tíži, dostavil se strach z nožů, začal se bát, že ublíží své dceři. Pro neklid a psychotickou symptomatiku byl hospitalizován v psychiatrickém zařízení. Jsou patrné intrapsychické halucinace – pacientovy myšlenky ovlivňuje soused, který za ním v noci přichází, natírá podlahu magnetismem a čte mu myšlenky. Pocity sledování jsou léčbou sice zmírněny, nadále však přetrvávají; nozoagnózie jen částečná.

Původní diagnóza akutní polymorfni psychotické poruchy s příznaky schizofrenie byla změněna na paranoidní schizofrenii.

Terapie

Akutní psychotický stav je třeba zvládnout co nejrychleji, neboť dochází k ohrožení pacientova života i jeho okolí. Proto musíme použít psychofarmaka v injekční formě. Uvádíme zde preparáty, které jsou v současné době k dispozici.

Fenothiaziny a thioxanteny

Bazální sedativní antipsychotika (AP) jsou charakterizována relativně nižší blokádou receptorů D_2 a blokádou dalších receptorů (histaminových, cholinergních a α -adrenergních). Do této skupiny patří nejstarší AP chlorpromazin (Plegomazin) – v ampulkách pro i.m. použití 25 mg; jednorázově lze aplikovat 25–75 mg. Z nežádoucích účinků je nutné počítat s posturální hypotenzí a tachykardií, proto je nepodáváme starším osobám. Za maximální denní dávku (d.d.) se v našich poměrech považuje 800 mg. Levomepromazin (Tisercin) má výrazný hypnosedativní účinek, ke zklidnění zpravidla postačí 1–2 amp. i.m. po 25 mg; z thioxantenových preparátů sem patří zuclopenthixol (Cisordinol acutard 50–100 mg i.m.) – nástup účinku tohoto preparátu se zpravidla projeví až po několika hodinách po aplikaci, přetrvává však 2–3 dny.

Incizivní AP jsou charakterizována silnou blokádou receptorů D_2 a minimální blokádou dalších receptorů. Jejich hlavním představitelem je butyrofenonový preparát haloperidol (Haloperidol inj.). Jeho antipsychotický účinek je velmi silný, působení anticholinergní a hypnoti-

cko-sedativní je malé. Z nežádoucích účinků je častá extrapyramidová symptomatika. Pro akutní zklidnění zpravidla postačí 5 mg (1 amp.) i.m., za maximální denní dávku se považuje 20 mg i.m. Pokud je pacient schopen a ochoten přijmout lék per os, pak je možno aplikovat Haloperidol kapky (10 kapek = 1 mg) ve výše uvedených dávkách. Melperon (Buronil) se s úspěchem používá u neklidných pacientů vyššího věku (25–50 mg i.m., lze opakovat 3–4krát denně).

Atypická antipsychotika (AP 2. generace) se vyznačují menším množstvím nežádoucích účinků, téměř vylučují výskyt neuroleptického maligního syndromu. Většinou se aplikují jen jednou denně, subjektivně se zpravidla lépe snášejí, čímž se usnadňuje pacientova spolupráce. Oceňuje se jejich příznivý účinek na negativní schizofrenní příznaky. Ve srovnání s klasickými antipsychotiky jsou však finančně náročnější.

Pro zklidnění akutního neklidu je v injekční formě k dispozici olanzapin (Zyprexa 10 mg i.m.), existuje též ve formě rychle rozpustných tablet (Zyprexa Velotab 5 a 10 mg). Přípravek patří do skupiny multireceptorových antagonistů MARTA). Ze specifických antagonistů receptorů D_2 a D_3 je oblíbený a účinný sulpirid (Dogmatil – ve 2 ml 100 mg i.m.). Z antagonistů serotoninu a dopaminu (SDA) je hojně užívaný risperidon (Rispen, Risperdal) – vedle tablet též v roztoku – denní dávka by neměla překročit 6 mg. Do stejné skupiny patří ziprasidon (Zeldox v amp. 30 mg i.m.). U tohoto přípravku se oceňuje jen minimální přírůstek hmotnosti a malé ovlivnění koncentrace prolaktinu). Tiaprid (Tiapra, Tiapridal 100 mg v 1 amp.) má minimum nežádoucích účinků, lze ho dobře užít u pacientů se somatickými komplikacemi, max. d.d. by neměla překročit 1400 mg i.m., avšak ani tato dávka někdy nepostačí ke zvládnutí psychotické agitovanosti.

Anxiolytika a hypnotika benzodiazepinového typu mají rovněž své místo ke zvládnutí akutní psychotické poruchy; jejich účinek je sice krátkodobý, v rámci první pomoci však vykonají dobrou službu; k jejich výhodám patří i jejich všeobecná dostupnost a malá ekonomická náročnost. V injekční formě je k dispozici diazepam (Apaurin 10 mg v 1 amp.) k i.m. nebo pomalé i.v. aplikaci (10–20 mg jednorázově); nepodávat při dechové insuficienci a při intoxikaci alkoholem nebo jinými tlumivými látkami. Klonazepam (Rivotril 1 mg v amp.) rovněž pomalu i.v. nebo v infúzi, celková d.d. do 10 mg. Z hypnotik lze použít midazolam (Dormicum 5 mg v amp.)

Aplikace i.v. u akutně neklidného pacienta pochopitelně naráží na technické problémy; situace vyžaduje zpravidla přítomnost několika členů zdravotnického personálu. Než dojde k farmakologickému zklidnění pacienta, bývá nutné jeho fyzické omezení – všechny zákroky tohoto druhu se musí podrobně dokumentovat!

Pokud se s akutní psychotickou dekompenzací setkáme u pacientů, o kterých víme, že trpí **schizofrenií**, pak diagnostikování relapsu nebo recidivy tohoto onemocnění nečiní obtíže. Terapeutické zvládnutí takových stavů se neliší od postupu uvedeného v souvislosti s léčbou akutních a přechodných psychotických poruch. Zvláštní přístup však vyžaduje zvládnutí vzácné formy schizofrenie známé jako **letální Stauderova katatonie**. Její začátek je poměrně rychlý, během několika dnů nebo týdnů je nápadná uzavřenost, nesoustředivost, úzkost a narůstající neklid, který může být střídán stavy strnulosti. Z produktivních katatonních příznaků bývají přítomny stereotypní pohyby a výkřiky či echolálie. V tělesném stavu je patrna postupující exhauscce, akrocyanóza, vegetativní labilita, někdy podkožní hematomy, zvyšující se teplota, posléze kóma a smrt. V laboratorním nálezu výrazné zvýšení CK, CRP, FW, leukocytóza, někdy snížená hodnota Fe. Předpokládá se, že jedním z vyvolávajících faktorů je hypodopaminergie, připouští se vliv stresu; v RA výskyt schizofrenie.

Terapeuticky se aplikují elektrokonvulze, benzodiazepiny, popřípadě AP 2. generace (klozapin).

Kazuistika

Cizí státní příslušnice ve věku 37 let, v RA byl zjištěn u dvou sourozenců výskyt duševní choroby – blíže ji nebylo možno určit. Po přiletu do Prahy po pěti dnech začala hovořit nesouvisle, nespala, odmítala jídlo. Při přijetí byly nápadné stereotypní kývavé pohyby trupem, inadequate smích, stereotypně opakované otázky. Náhlé stavy vzrušenosti, při kterých se válí po zemi, jsou vystřídány strnulostí s pohledem upřeným do stropu. Na léčbu haloperidolem, levopromazinem a diazepamem nereaguje, stupňuje se psychomotorický neklid, nepřijímá per os. Vzestup AST na 2,08, ALT 0,77, leukocyty 8,0, Hgb 117. Osmý den pobytu: FW 46/82, leukocyty 9,5, ALT 0,70, CK 57,8. Pacientka nadále odmítá přijímat per os, 9. den stoupá tělesná teplota na 38,0 °C. Psychofarmaka jsou stále bez efektu, proto je aplikována elektrokonvulzivní léčba (ECT). Po první ECT byla v noci ještě neklidná, s pomocí sestry se však najedla. Po druhé ECT již v odpoledních hodinách komunikuje s manželem. Pokles teploty na 37,8 °C. Po třetí ECT již jen zcela sporadické echolálie a inadequate smích. Od 15. dne pobytu je pacientka bez psychopatologické symptomatiky (s výjimkou amnézie na proběhlé dny), z psychofarmak je podáván klozapin 100 mg denně. Následující den v doprovodu manžela odlétá do vlasti.

Stauderově katatonii se v mnohém podobá **neuroleptický maligní syndrom** (NMS) u pacientů, kteří takto krajně nepříznivě reagují na podávání antipsychotik, především z řady 1. generace. Během několika dnů se objevuje svalová rigidita, tremor, záškuby, hojně vegetativní příznaky,

vzestup T, P a TK, někdy epiparoxysmy. V laboratorním nálezu leukocytóza, vysoké hodnoty CK a FW, myoglobinurie. Bez léčby stav končí letálně v hypertermii.

Terapie by měla probíhat na oddělení JIP nebo ARO, vysazení antipsychotik, podávání diazepamů ve vysokých dávkách, dantrium i.v. Velmi příznivě opět působí ECT.

Akutně probíhat může i **schizoafektivní porucha** (F25.x); pro ni je typické současné zastoupení schizofrenní a afektivní symptomatiky po dobu alespoň dvou týdnů. Podle druhu patické nálady rozlišujeme manický, depresivní nebo smíšený typ. Diagnostická vodítka pro přítomnost schizofrenních příznaků jsou téměř identická se základními příznaky schizofrenie, jak jsou uvedena na počátku této kapitoly. **Manický typ** musí splňovat kritéria pro manickou poruchu (expanzivní nálada, zvýšená aktivita, myšlenkový trysk, ztráta normálních sociálních zábran, snížená potřeba spánku, velikašství, někdy i v podobě megalomanických bludů, nezodpovědné chování, zvýšená sexuální energie. Pro diagnózu **depresivního typu** musí být vedle obecných příznaků schizoafektivní poruchy splněna kritéria pro alespoň středně těžkou depresivní poruchu (depresivní nálada, ztráta zájmu a potěšení při aktivitách, které jsou normálně pro pacienta příjemné, pokles energie, zvýšená unavitelnost, pocity viny, myšlenky na smrt, poruchy spánku, změna chuti k jídlu aj.); u psychotické formy přítomnost mikromanických bludů. U **smíšeného typu** se současně vyskytují nebo rychle se střídají manické a depresivní příznaky.

Kazuistika

Muž ve věku 28 let, druhá psychiatrická hospitalizace. Poslední dva týdny ho sleduje nějaký stín – v hlavě se mu nahromadily myšlenky týkající se běžných denních záležitostí, pociťuje velký tlak a napětí. V ústech se mu pohybuje jazyk proti jeho vůli, slyší, jak své myšlenky pronáší tichým neznámým hlasem, rty se mu však při tom nepohybují. Spolupracovníci se dopátrali obsahu jeho myšlenek, což ho deprimuje. Ztratil svoji obvyklou energii, začal se stranit lidí, nakonec přestal docházet do práce a zůstal doma ležet. Při přijetí hluboce depresivní nálada, přesvědčení, že je sledován a že jeho myšlenky a mluvidla jsou ovládány nějakou cizí bytostí, kterou nedovede blíže popsat. Připouští, že může jít o duševní poruchu, sebevražedné myšlenky popírá.

Diagnosticky uzavřeno jako schizoafektivní porucha, depresivní typ s psychotickými příznaky.

Kazuistika

Muž ve věku 32 let, přijatý pro náhle vzniklý stav dezorientace s agresivním chováním; verbální produkce nesouvislá, odpovědi inadekvátní, ztrácí determinující tendenci. Ve vyšetřovací místnosti halucinuje svoji matku, dává se do pláče, vzpomíná, že v osmi letech prodělal zánět mozku. Přes zeď vidí postavu otce, jak stojí ve vedlejší místnosti, slyší hlas své učitelky. Časově je dezorientován. V průběhu vyšetření se nálada mění v rozjařenost – směje se při vzpomínce, že hrával hokej, dnes musí stihnout utkání extraligy, dožaduje se propuštění. Je zcela bez náhledu na onemocnění.

Psychotický stav zvolna odezníval s úpravou do dvou měsíců. Zpětně bylo možno soudit i na částečnou kvalitativní poruchu vědomí.

Diagnosticky uzavíráno jako schizoafektivní porucha, smíšený typ s psychotickými příznaky.

Terapie. Pro akutní zvládnutí stavu v rámci první pomoci postupujeme podobně jako v případě akutních a přechodných psychotických poruch. Aplikujeme antipsychotika; tymostabilizéry (lithium, karbamazepin, valproát, lamotrigin) účinkují až po několika dnech podávání, v případě výrazné depresivní symptomatiky jsou na místě i antidepresiva.

Delirium (F05.x) je akutní psychotický stav, který se řadí do oddílu organicky podmíněných duševních poruch; je syndromem, který doprovází řadu somatických onemocnění, intoxikací, odvykacích a jiných chorobných stavů, proto patří mezi tzv. symptomatické psychózy. Klinický obraz bývá značně bouřlivý, kardinálním příznakem je kvalitativní porucha vědomí s dezorientací, psychomotorickým neklidem (vzácně však i semistuporem), bezradnou nebo úzkostnou náladou, iluzivním vnímáním, bludnými nápady, někdy pravými halucinacemi, nozoagnózií a následnou amnézií na proběhlý stav. Je narušena vegetativní rovnováha, tělesný stav se v důsledku exhauscce může komplikovat zhoršením základního somatického onemocnění, které vyvolalo delirium, kardiální dekompenzací, bronchopneumonií či jinými život ohrožujícími příhodami. S deliriózními stavy se nejčastěji setkáváme na gerontologických a interních odděleních v důsledku mozkové hypoxie při ischemické chorobě, na chirurgických odděleních v rámci pooperačních stavů a v traumatologii, častá jsou dnes i odvykací deliria (delirium tremens) u osob závislých na alkoholu nebo na jiné psychoaktivní látce.

Terapie. Delirium je akutní stav, který ohrožuje pacientův život, ať už selháním základních funkcí, nebo v důsledku dezorientace a neklidu, jež mohou vést k sebezabití. Je proto nezbytné co nejrychleji zasáhnout, v rámci první pomoci se někdy nevyhneme ani krátkodobému fyzickému omezení. Snažíme se především zvládnout základní vyvolávající příčinu

(dehydratace, kardiální dekompenzace, ischemie, vysoká horečka, intoxikace aj.). Při volbě psychofarmaka přihlížíme k celkovému somatickému stavu – velké riziko představuje dechová insuficience, pokles TK, intoxikace. V současné době se nejčastěji aplikuje tiaprid (Tiapra, Tia-
pridal – 100 mg/1 amp.) i.m., jednotlivá dávka 100–200 mg, celková d.d. až 1400 mg. Bez většího rizika je rovněž Haloperidol (5 mg/1 amp.) i.m. Pokud není somatická kontraindikace, můžeme použít diazepam (10 až 20 mg i.m. nebo opatrně i.v.) nebo klonazepam (Rivotril 1 mg/1 amp. i.m. nebo i.v.). U deliria tremens se za nejúčinnější považuje klomethiazol (Heminevrin caps. 300 mg) do max. d.d. 16 tobolek (k perorálnímu podávání lze v případě deliria tremens dobře využít zvýšené sugestibility pacienta).

Kazuistika

Muž ve věku 62 let, v OA před 10 lety delirium tremens. V abúzu alkoholu pokračoval, v posledních pěti dnech nepřetržité pití piva, destilátů a denaturovaného lihu. Ve večerních hodinách neklid, zmatenost, pobíhá po dvoře, odmítá jídlo, nesouvisle vykřikuje. Byl přivezen do psychiatrického zařízení, kde během prvního dne hospitalizace, a především v noci narůstá psychomotorický neklid, hrubý třes končetin a celého těla, neklidně sebou hází na lůžku, rukama jezdí po přikrývce a odhazuje halucinované brouky a myši všech barev (nejvíce prý je strakatých). Časově a místně zcela dezorientován, objednává si pivo, střídavě se cítí být v hospodě nebo doma. Na výzvu předčítá z čistého listu papíru. Neklidně se rozhlíží, je zpocený a zarudlý v obličeji, tachykardie, teplota 37,8 °C. Na přední polovině hrudníku a na končetinách rozsáhlé podkožní hematomy. V průběhu čtvrtého dne začíná přijímat per os, nadále je patrný hrubý tremor, počínající dekubity na loktech a v sakrální krajině, celková kachexie. Deliriózní stav odeznívá až ke konci druhého týdne pobytu, přetrvává tělesná slabost, téměř kompletní amnézie na proběhlý stav, k abúzu alkoholu má bagatelizující postoj, příznává pouze, že »se pěkně zřídil«.

Diagnostikováno bylo opakované delirium tremens při souvislém užívání alkoholu (F10.25) a povahových změnách (F10.71).

Delirium tremens je běžně považováno za odvykací stav, uvedená kazuistika však dokládá, že může propuknout i v průběhu nezřízené konzumace alkoholu.

Stavy, které mohou připomínat psychotická onemocnění

Patický afekt je velmi silný afekt, na jehož vrcholu dochází ke kvalitativní změně vědomí. Jde o vzácnou poruchu, s níž se asi nejspíše setkáme

ve forenzní psychiatrii. Řadí se k mráкотným stavům, což je důvodem exkulpace, pokud v jeho průběhu došlo ke spáchání trestného činu. Chování během tohoto nanejvýše několik minut trvajícího stavu může být v rozporu se zásadami jedince, může dojít i k fatálnímu napadání okolí. Po jeho odeznění je patrna dezorientace, nevyznání se v situaci, někdy následuje krátký spánek, amnézie na průběh tohoto stavu je obligatorní. K patickému afektu jsou náchylní lidé s organickým postižením CNS (vaskulární změny, epilepsie, mentální retardace).

Vzhledem ke krátkosti trvání nelze zpravidla léčebně zasáhnout. Preventivně účinná však je u disponovaných osob edukace – upozornit je na situace, které by mohly patický afekt vyprovokovat, a předem se jim proto vyhnout.

Disociativní a konverzní poruchy jsou projevem obranných mechanismů v situacích, s kterými se jedinec nedovede adekvátně vyrovnat. Buď úzkost konvertuje do typických symptomů (nejčastěji somatických) nebo se odštěpí od ostatní psychiky, takže jedinec traumatizující děj emočně neprožívá. Tyto poruchy jsou zpravidla pro laické okolí značně nápadné a vyžadují lékařský zákrok. Z jednotlivých typů uvedeme některé.

Disociativní křeče (»hysterické záchvaty«), které mohou u disponovaných osob nastat ve vypjatých situacích; dochází ke zúžení vědomí a ke ztrátě nebo narušení motoriky a cití. Jedinec se zpravidla pomalu hroutí k zemi, nedochází však k poranění ani k pokousání jazyka nebo pomoci, je zčásti zachována reakce na okolí – čím větší pozornost je jedinci věnována, tím symptomatika nabývá na intenzitě a bizarnosti.

Disociativní poruchy motoriky a cití se projevují náhlou ztrátou hybnosti a poruchou smyslových funkcí – jedinec nemůže chodit, stát, mluvit, má zúžené vidění, neslyší, má ztrátu povrchového cití (rukavicitá necitlivost).

Ganserův syndrom je charakterizován psychogenně podmíněnou kvalitativní poruchou vědomí; účelové tendence jsou evidentní. Vyskytuje se u vazbové psychózy, z příznaků se uvádějí bizarní halucinace, dětské chování, šišlání, patří sem i projevy pseudodemence, kdy jedinec na dotazy odpovídá formálně správně, obsahově však nesmyslně (1 + 1 = 1000 apod.).

Alternace osobnosti (personalitas multiplex alternans) je velmi vzácná porucha vyskytující se u histrionských osobností. Jde o střídání dvou nebo i více identit, každá má své vlastní vzpomínky. Na počátku poruchy zpravidla stojí traumatizující událost.

Terapie všech disociativních poruch spočívá v psychoterapii, v rozpoznání příčinné souvislosti. Medikamentózně se osvědčují anxiolytika (diazepam, alprazolam, klonazepam), v závažnějších případech antidepresiva.

Simulace je vědomé předstírání chorobných příznaků; záleží na intelligenční úrovni jedince, na síle motivace simulovat i na případném předchozím poučení («preventivní simulace»). Cílem je vyhnout se nepříznivé situaci (účasti na soudním líčení, nástupu trestu odnětí svobody, získat invalidní důchod). Simulované psychotické symptomy jsou nesourodé, vyskytuje se až bizarní předstírání halucinací a bludného přesvědčení, typická je jejich odtrženost od ostatní normálně fungující psychiky.

Literatura

ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*. Praha : Maxdorf, 2005.

HORÁČEK, J., et al. *Psychotické stavy v klinické praxi*. Praha : Amepra, 2003.

SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha : Maxdorf, 1996.

