

AKÚTNY PSYCHOTICKÝ PACIENT V AMBULANCII PRAKTICKÉHO LEKÁRA

Svetozár Droba, Juraj Lexmann, Branislav Moťovský

Vyplyvajú z povahy psychotickej poruchy, pacient si často neuvedomuje chorobnosť svojho stavu a preto sám psychiatra nevyhľadáva. Je preto dôležité, aby lekár takýto stav rozpoznal a zabezpečil psychiatrické vyšetrenie. Môže ísť o pacienta, ktorý je alebo bol psychiatricky liečený kvôli psychotickej poruche. No môže ísť aj o pacienta, ktorý doposiaľ kontakt s psychiatrom nemal. Článok ponúka prehľad psychotických porúch so stručným popisom symptómov, ako aj niektoré zásady komunikácie s psychotickým pacientom.

Kľúčové slová: psychotická porucha, klinický obraz, urgentná medikamentózna liečba, psychoterapeutická krízová intervencia.

Kľúčové slová MeSH: poruchy psychotické – diagnostika, farmakoterapia; intervencia krízová psychoterapeutická; starostlivosť ambulantná; lekári praktickí.

Via pract., 2006, roč. 3 (2): 89 – 90

Pacienta s akútnymi psychotickými prejavmi považujeme za urgentný stav, ktorý vyžaduje okamžitú diagnostiku a terapeutickú intervenciu. No ešte predtým, než sa nám podarí s istotou stanoviť diagnózu a začať cieľnú terapiu – vo väčšine prípadov na lôžkovom psychiatrickom oddelení, musíme zabezpečiť, aby bolo minimalizované riziko **suicidálneho a agresívneho správania a riziko, že sa pacient „stratí“ z observácie lekára** a jeho zdravotníckej starostlivosti, čím psychotická porucha môže progredovať. (K jedným z viacerých znakov psychózy patrí anozognózia – pacient nemá subjektívny pocit duševnej poruchy, preto odbornú pomoc nevyhľadáva, ale ju odmieta.)

Okrem psychiatra môže psychotický stav zistiť ktorýkoľvek lekár – praktický lekár, špecialisti z rôznych odborov, lekár RZP, LSPP. Môže sa tak stať v ambulancii príslušného lekára, na somatickom oddelení alebo v teréne, kam je lekár privolaný (doma, na ulici...). Z uvedeného v praxi vyplýva, že po zistení alebo vážnejšom podozrení na psychotický stav treba pacientovi bezodkladne zabezpečiť psychiatrické vyšetrenie. V prípade, že podľa klinického prejavu, pomocných vyšetrení a anamnézy predpokladáme organickú etiológiu psychotického stavu – čiže organickú psychotickú poruchu (napr. delírium pri somatickom ochorení), mal by byť pacient vyšetrený v prvom rade odborným lekárom nepsychiatrom (internista, chirurg, neurológ...). Pokiaľ sa nepredpokladá, že ide o symptomatickú psychopatológiu pri primárnom somatickom ochorení (pozri odstavec *Príčiny delírií*), pacient býva vo väčšine prípadov hospitalizovaný na psychiatrickom oddelení. Pri prevoze pacienta na psychiatrické vyšetrenie môžu nastať, a často nastávajú, ťažkosti s jeho spolupracou. Pokiaľ je pacient spolupracujúci, transport prebieha hladko, pokiaľ nespôsobuje, je nutné zabezpečiť psychiatrické vyšetrenie aj bez jeho súhlasu, niekedy za asistencie polície. Obvykle je pacient k psychiatrickému vyšetreniu privezený na psychiatrické oddelenie RZP.

Psychotický stav môže vzniknúť v rámci veľkého množstva psychiatrických porúch, vrátane organických a symptomatických psychických porúch:

1. **Poruchy z okruhu schizofrénie – schizofrénia** (s rôznymi formami), *trvalé duševné poruchy s bludmi* (sem patrí paranoja v staršej terminológii), *akútne a prechodné psychotické poruchy, schizoafektívna porucha, schizotypová porucha*. V klinickom obraze schizofrénie sú časté sluchové verbálne halucinácie: dialogizujúce, komentujúce, obzvlášť nebezpečné sú imperatívne sluchové halucinácie, ktoré pacientovi prikazujú niečo urobiť (napr. vyskočiť z okna, ujsť z nemocnice...); intrapsychické halucinácie (ozvučovanie, vysielanie, odoberanie alebo vsúvanie myšlienok), bludy perzekučné – prenasledovania, sledovania, „zárazy“ myslenia, inkoherencia, neologizmy, emočná oploštenosť, abulia, apatia, katatónne prejavy, dezorganizované správanie, psychomotorický nepokoj. *Pri akútnych a prechodných psychotických poruchách* býva obraz podobný ako pri schizofrénii, je ale v priebehu poruchy značne variabilný a porucha netrvá dlhšie ako mesiac, môže byť spojená s akútnou stresovou udalosťou. Pri *schizoafektívnej poruche* sa kombinujú prejavy schizofrénie a afektívnej poruchy – mánie alebo depresie.

2. **Afektívne poruchy – bipolárna afektívna porucha** (mániodepresívna psychóza v staršej terminológii), *psychotická depresia*.

V klinickom obraze sa pri *psychotickej depresii* popri symptómoch depresie (ako sú depresívna nálada, spomalenie psychomotorického tempa, spomalenie myslenia, strata záujmu, pokles energie, zvýšená unaviteľnosť, pokles sebavedomia, suicidálne myšlienky, pokles schopnosti koncentrácie pozornosti, insomnia) vyskytujú psychotické symptómy – najčastejšie bludy autoakuzácie (týkajúce sa vlastnej

viny), hypochondrické, nihilistické, insuficienčné (týkajúce sa vlastnej neschopnosti), môžu byť aj paranoidné a perzekučné. Ďalej sa pri psychotickej depresii môže objaviť depresívny stupor a výnimočne halucinácie, ktoré rovnako ako bludy zapadajú obsahom a emočným nábojom do kontextu prejavov depresie. Depresia môže mať somatický syndróm (v staršej terminológii endogénne rysy): ranné pesimá – väčšia intenzita depresie ráno, strata libida a chuti do jedla, pokles hmotnosti, výrazná psychomotorická retardácia alebo agitovanosť, neschopnosť tešiť sa z aktivít, ktoré predtým boli prežívané príjemne, insomnia s prebúdzaním o 2 a viac hodín, než obvykle.

Pri *psychotickej mánii* sa okrem príznakov mánie, (elevovaná, podráždená alebo expanzívna nálada, hyperaktivita s tendenciou „veci nedotiahnuť do konca“, konanie je roztržité, zvýšená rečová produkcia, tachypsichizmus, psychomotorický nepokoj, strata sociálnych zábran, znížená potreba spánku bez pocitu únavy, zvýšené sebavedomie, zvýšená sexuálna aktivita) vyskytujú aj príznaky psychotické – veľikášske, erotické, orginárne (má výnimočný pôvod), reformátorské, inventórne (vynašiel perpetum mobile) a religiózne bludy, halucinácie adekvátne manickej nálade, napr. hlas hovoriaci, že pacient má vynikajúce schopnosti. Na tomto mieste treba spomenúť, že aj pacient s mániou bez psychotických príznakov ťažko spolupracuje a často je nutná hospitalizácia.

3. **Duševné poruchy pri používaní psychoaktívnych látok – intoxikačné psychotické stavy** sa vyskytujú pri väčšine dostupných typov drog a prebiehajú najčastejšie pod obrazom paranoidného a/alebo halucinatórneho syndrómu, ktorý môže byť spojený s psychomotorickým nepokojom a auto/heteroagresiou.

Patická opilosť býva veľmi raritná, skôr simulovaná, aby sa dotýčný vyhol odsúdeniu za trestný

čin. *Delírium v rámci abstinenčných prejavov* sa objavuje pri závislosti na alkohole, benzodiazepínoch a barbiturátoch. Delirium tremens, ktoré vzniká v rámci abstinenčných prejavov pri závislosti na alkohole, má podobný klinický obraz ako delíriá popísané pri organických duševných poruchách, no vyskytuje sa aj tremor, ktorý často býva dôležitým diferenciálnodiagnostickým znakom na odlišenie od organických a somatogénnych delírií.

Pri užívaní niektorých drog (alkohol, amfetamíny, halucinogény...) môže vzniknúť *psychotická porucha* aj mimo intoxikáciu alebo abstinenčný syndróm, pri ktorej sa často vyskytujú halucinatórne a paranoidné syndrómy (podľa staršej terminológie sem patrí alkoholická halucinóza a alkoholická žiarlivosť).

4. **Akútne reakcie na stres** (abnormné reakcie v staršej terminológii) – môžu dosahovať až psychotický charakter – typická anamnéza rozvoja do 1–2 hod. povážnej psychickej traume, odznievajú v priebehu hodín až 2–3 dní. Prejavujú sa zúženým vedomím, dekoncentraciou pozornosti, dezorientáciou, zníženým testovaním reality, psychomotorickou agitovanosťou alebo naopak stuporom, na obdobie tejto poruchy môže byť amnézia.

5. **Organické duševné poruchy, vrátane symptomatických**

Pri organických duševných poruchách (obzvlášť pri symptomatických delíriách) môže byť *psychopatologická symptomatika natoľko intenzívna, že často prekryje základnú telesnú chorobu, ktorá unikne diagnostike, a tým aj adekvátnej liečbe.*

Delírium: V klinickom obraze typicky býva rýchly nástup (v priebehu hodín) aj odznenie prejavov, diurnálne kolísanie intenzity, zhoršovanie v noci, v popredí porucha orientácie, kvalitatívna porucha vedomia, inkoherencia, halucinácie – hlavne zrakové a taktilné, paranoidné obsahy v myslení, psychomotorický nepokoj, bezcieľne konanie, mnestické poruchy – hlavne bezprostredná a recentná pamäť, vegetatívne prejavy, insomnia, anxieta.

Príčiny delírií: hypoxia, hyperkapnia, hypoglykémia, diabetická ketoacidóza, hepatálna a renálna insuficiencia, porfýria, výrazné odchýlky mineralogramu, pneumónia, malária, hypertenzná kríza, stav po epileptickom paroxysme, cerebrálna ischémia, expanzívne procesy v mozgu, zápaly CNS, intrakraniálne krvácanie,

traumy hlavy, infarkt myokardu, hypertyreóza, intoxikácie látkami (napr. anticholinergiká), temporálna epilepsia, akútna pankreatitída, poruchy endokrinnnej sekrécie, anémia.

V rámci *demencie* (rôznej etiológie) sa môže vyskytnúť paranoidný a halucinatórny syndróm, stavy psychomotorickej agitovanosti.

V rámci *organických duševných porúch* sa môžu vyskytnúť prakticky všetky vyššie opísané psychotické stavy (paranoidný, halucinatórny, katótonny, psychotický manický a depresívny syndróm, kvalitatívne poruchy vedomia...).

Napriek veľkej etiologickej pestrosti psychotických stavov býva **urgentná medikamentózna liečba** podobná. Najčastejšie sú používané medikamenty zo skupiny neuroleptík a benzodiazepínov. Celkovo pri podávaní medikácie a dávkovaní sa riadime dosiahnutým efektom podaného lieku, stavom vedomia, somatickým stavom pacienta – v zmysle kontraindikácií. Z neuroleptík sa najčastejšie používa *haloperidol* v dávke 5 – 10 mg i. v., i. m., pri nedostatočnom efekte možno opakovať 1 – 2 krát v odstupe 30 – 60 minút, nie viac ako 50 mg za 24 hodín. Je pri ňom riziko akútneho dyskinézy, ktoré možno zvládnuť biperidenom 5 mg i. m. alebo i. v. Z benzodiazepínov sa najčastejšie používa *diazepam* 5 – 10 mg p. o., i. v., i. m. Pri diazepamе je riziko hypotenzie a útlmu dýchacieho centra – hlavne po i. v. podaní. Z tohto dôvodu nesmie byť diazepam (žiadne benzodiazepíny) podávaný v stave alkoholovej opitosti, lebo sa potencie hypotenzný účinok a útlm dýchacieho centra. V prípade organického psychotického stavu u geriatrických pacientov je vhodný *tiaprid*, 100 mg p. o. alebo parenterálne, dávku možno opakovať.

Psychoterapeutická krízová intervencia: Interakcia s pacientom s akútnym psychotickým stavom je náročná. Zo strany personálu vyžaduje *pokojný, ale rozhodný prejav, inštrukcie aj otázky* by mali byť *formulované jasne, zrozumiteľne, pokiaľ možno pozitívne* („Zostaňte stáť“ a nie „Nesadajte si na stoličku“). Pacientom *nevyracujeme ich chorobné tvrdenia* (vyplývajúce z bludov, halucinatórnych zážitkov, porúch orientácie), „nebojujeme“ argumentmi, *no*

ani ich nepotvrdzujeme. Pokiaľ to situácia vyžaduje, vecne konštatujeme realitu, no nesnažíme sa za každú cenu pacientovi v akútnom psychotickom stave vyvrátiť jeho chorobné zážitky.

U manických, delirantných a schizofrénnych pacientov môže takýto argumentačný „súboj“ ešte viac vyburcovať psychomotorický nepokoj a agresiu. K pacientovi sa správame empaticky, trpezlivo, no pritom vecne a rozhodne. Nie je však vhodné rozhovor zbytočne predlžovať, lebo to môže zhoršiť pacientov nepokoj. Pri vyšetrení agresívneho psychotického pacienta a pri jeho prevoze musí byť *personál v prevahe* (min. 2 členovia posádky). Už samotná prítomnosť viacerých osôb personálu často zredukuje pacientovu odmietavosť a skôr začne spolupracovať. *Pacienta* pokojným, ale istým hlasom *informujeme o každom našom kroku* – o potrebe vyšetrenia, hospitalizácie, podania medikácie, popípripade fixácie a asistencie polície. Ak je pacient nezdvorilý, alebo urážlivý a vulgárny, *personál má zostať zdržanlivý* v zmysle poučovania o slušnosti a morálke. Ide o psychotického pacienta, ktorý sa vo väčšine prípadov mimo chorobný psychotický stav takto nespráva. V žiadnom prípade by sa personál nemal nechať uniesť slovnými útokmi pacienta tak, že tiež začne na pacienta slovne útočiť. V takejto situácii hrozí zhoršenie pacientovho nepokoja a agitovanosti, až k brachiálnej agresii. V prípade, že pacient začne *ohrozoť fyzicky personál*, alebo je predpoklad, že by mohol (podľa zváženia lekára), možno pri vyšetrení a prevoze pacienta požiadať *políciu o asistenciu. Agresívneho alebo potenciálne agresívneho pacienta je nutné vyšetrovať v prítomnosti ďalších osôb*, nechať pootvorené dvere do vyšetrovne.

V rámci urgentnej intervencie je potrebné odobrať *základnú heteroanamnézu* od civilných osôb, ktoré sú v dosahu. K diagnostickému zhodnoteniu akútneho psychotického stavu sú pre psychiatra informácie od príbuzných, susedov, spolupracovníkov veľmi dôležité.

MUDr. Svetozár Droba

Centrum duševného zdravia, s.r.o

Ul. Janka Matušku 770/14, Bánovce nad Bebravou

Literatúra

1. Andreasen NC, Black DW. Introductory textbook of psychiatry. Third edition. American Psychiatric Publishing, Inc, Arlington, 2001.
2. Benkert O, Hippus H. Príručka psychiatrickej farmakoterapie. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2003.
3. Hašto J. Naliehavé situácie v psychiatrii. Lundbeck, 1998.
4. Höschl C, Libiger J, Švestka J. Psychiatrie. Praha: Tigris, 2002.
5. Seifertová D, Praško J, Höschl C. Postupy v léčbě psychických poruch. Praha: Academia Medica Pragensis, 2005.
6. Smolík P. Duševní a behaviorální poruchy. Praha: Maxdorf, 2002.