

AKUTNÍ PSYCHOTICKÝ STAV V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

MUDr. Pavel Fridrich

Consultant Psychiatrist, Princess Alexandra Hospital, Hamstel Road, Harlow, Velká Británie

Akutní psychotický stav je závažnou duševní poruchou potenciálně nebezpečnou pro pacienta i jeho okolí. Etiologicky může vzniknout na podkladě endogenních psychóz, jako jsou schizofrenie či bipolární afektivní porucha, následkem užívání návykových látek, jako jsou halucinogeny, psychostimulancia či kanabinoidy, či v důsledku organického onemocnění mozku, celkového somatického onemocnění nebo iatrogeně po podání některých farmak.

Úlohou praktického lékaře je odebrat anamnestická data, provést fyzikální vyšetření, ordinovat základní laboratorní odběry a zajistit psychiatrické vyšetření. V případě nespolupráce pacienta, který ohrožuje sebe či okolí, by se praktický lékař měl podílet na hospitalizaci i proti pacientově vůli. Praktický lékař by též měl ordinovat farmakologickou léčbu za účelem tišení akutního neklidu. Případná dlouhodobá léčba antipsychotiky by měla být indikována psychiatrem.

Klíčová slova: psychotický stav, psychóza, praktický lékař.

Med. Pro Praxi 2006; 2: 87–89

Úvod

Co je vlastně akutní psychotický stav? Jednotná a všeobecně přijímaná definice neexistuje. Nicméně můžeme konstatovat, že se jedná o závažné narušení kontaktu pacienta s realitou, pro které jsou typické některé příznaky; jejich podrobný popis přesahuje rámec tohoto článku, nicméně stručně připomenutí ty nejdůležitější:

Poruchy vnímání: nejčastější z nich jsou halucinace, tedy vjemy vznikající bez podnětu. Rozlišujeme halucinace zrakové, sluchové, chuťové, čichové, taktilní a útrobní. Při jejich prokazování jsme závislí na sdělení pacienta, ale existuje i zevně pozorovatelné halucinatorní chování – např. naslouchací postoje při přítomnosti halucinatorních hlasů.

Poruchy myšlení: myšlení pacienta se odráží v jeho řeči, tedy i poruchy myšlení zjišťujeme ze slovního projevu pacienta. Rozlišujeme poruchy obsahu myšlení (bludy) a poruchy struktury myšlení. Blud je mylné přesvědčení, které vzniká na chorobném základě a zpravidla má vliv na jednání pacienta. Časté jsou např. bludy pronásledování u paranoidních psychóz, bludy extrapotenční (o výjimečných schopnostech) u mánie či bludy autoakuační (chorobné sebeobviňování) u deprese. Mezi poruchy struktury myšlení patří např. zárazy myšlení, myšlení nesouvislé, nelogické, v extrémních případech nesrozumitelný „slovní salát“.

Psychotický stav bývá také provázen pro pacienta netypickým, často bizarním chováním či abnormálními projevy motorickými.

Psychotický stav musíme odlišit od kvalitativní poruchy vědomí, protože vědomí je u pacientů s psychózou zpravidla jasné.

Rizika spojená s psychózou

Pacienti s akutní psychózou patří v praxi mezi nejobávanější. Důvodem je to, že kvůli chorob-

né dezinterpretaci dějů probíhajících v jejich okolí a z toho vyplývajících napětí a stresu mohou jednat zcela nepředvídatelným a nelogickým způsobem. Bohužel, mezi poruchy jednání spojené s psychotickým stavem patří agrese vůči sobě či okolí a na tuto skutečnost musí lékař myslet, kdykoli se dostane do kontaktu s akutně psychotickým pacientem.

Příčiny psychóz

Psychózy vyvolané zneužíváním psychoaktivních látek

Především u mladých pacientů je častou příčinou psychózy zneužívání psychoaktivních látek. Může se jednat o **intoxikaci s psychotickými příznaky**, která vzniká akutně např. po požití halucinogenů (LSD, psylocybin, meskalin). Psychotické symptomy rychle ustupují s tím, jak se látka z těla vylučuje. V případě halucinogenů však může po delším čase dojít k tzv. psychotickým reminiscencím („flashbacks“), kdy se psychotické prožitky vrací již bez předchozího požití látky. Na přítomnost intoxikace nás může upozornit současná přítomnost somatických příznaků, jako jsou pocení, změny krevního tlaku či pulsu, změny velikosti zornic.

V případě **toxické psychózy** dochází k rozvoji psychotických příznaků v rámci dlouhodobějšího užívání návykové látky. Toxická psychóza, na rozdíl od intoxikace s psychotickými příznaky, přetrvává i po vyloučení vyvolávající látky z těla a typicky trvá několik dnů až týdnů. Na drogovou etiologii psychózy může ukázat anamnéza, fyzikální vyšetření (stopy po vpiších, malnutrice), skriningové toxikologické vyšetření moči. Negativní nález při toxikologickém skriningu však nevylučuje přítomnost toxické psychózy, protože vyšetření je často možné provést až tehdy, když je vyvolávající látka z těla vyloučena.

V ČR jsou patrně nejčastější paranoidní psychózy u uživatelů metamfetaminu (pervitin). Dlouhodobé užívání alkoholu se může projevovat alkoholovou halucinózou, která se vyznačuje především přítomností zrakových halucinací.

Psychózy vznikají i vlivem kanabinoidů. Studie z posledních let prokazují, že především užívání kanabinoidů v adolescenci zvyšuje riziko pozdějšího rozvoje psychózy (5). Naopak výlučné užívání opiátů typu heroinu, ač celkově velmi nebezpečné, k rozvoji psychóz nevede.

Akutní psychotické poruchy

V případě akutních psychóz, které vznikají bez zřetelných prodromů, kterým asi v polovině případů předchází výrazný stres a kde není zřejmý vliv psychoaktivních látek, nejčastěji diagnostikujeme akutní a přechodnou psychotickou poruchu. Tato porucha může trvat několik dnů až týdnů a u některých jedinců se může v budoucnu opakovat. Dlouhodobá sledování (6) však ukazují, že se jedná o diagnosticky nestabilní skupinu; u řady postižených je později diagnóza přehodnocena na bipolární afektivní poruchu či onemocnění z okruhu schizofrenie.

Schizofrenie

Může se rozvinout v kterémkoli věku, ale nejčastěji dochází k manifestaci choroby v pozdní adolescenci či časně dospělosti. V případě rozvoje schizofrenie typicky pozorujeme plíživý nástup choroby. Vlastním psychotickým příznakům často předchází až několikaleté období nespecifických prodromů, jako je uzavírání se do sebe, deprese, stesky na únavu či bolesti hlavy, poruchy spánku, přílišné zaujetí filozofií či náboženstvím. Příbuzní upozorňují na zcela srozumitelné poznámky či nelogické chování. Objevuje se i zhoršení školní či pracovní výkonnosti.

Praktický lékař by na tyto příznaky měl myslet, protože blízcí nemocného často sdělí své obavy nejdříve jemu. Současné studie ukazují, že včasné stanovení diagnózy a zahájení léčby antipsychotiky je důležité z hlediska prognózy onemocnění (3).

Po období prodromů dochází k rozvoji vlastních psychotických symptomů; typické jsou sluchové halucinace ve formě halucinatorních hlasů a bludy, které bývají bizarní. Tyto příznaky bývají též označovány jako **pozitivní**. U většiny nemocných též postupně dochází k rozvoji **negativních** příznaků, mezi které řadíme především poruchy vůle a afektivní oploštění, a **kognitivních** příznaků, jako jsou poruchy pozornosti, pracovní paměti či exekutivních funkcí (schopnost plánování).

Bipolární afektivní porucha

Bipolární afektivní porucha se může manifestovat psychotickou poruchou nálady, ať už se jedná o psychotickou mánií či psychotickou depresi. Psychotická symptomatika může být velmi výrazná a většinou bývá kongruentní s náladou pacienta. Nicméně v praxi bývá odlišen od jiných psychóz obtížné, zvláště v případě první epizody onemocnění. K první manifestaci onemocnění, podobně jako u schizofrenie, nejčastěji dochází v pozdní adolescenci či časně dospělosti.

Psychózy při somatických onemocněních a chorobách mozku

Uvádí se, že somatickou příčinu nalézáme asi u 20 % pacientů s akutní psychózou (4). Obecně se u psychóz na podkladě somatického onemocnění setkáváme spíše se zrakovými halucinacemi než se sluchovými, které jsou typické pro onemocnění z okruhu schizofrenie. Psychotické symptomy se mohou vyskytnout při rozličných onemocněních mozku, jako jsou encefalitidy, meningitidy, nádory, subdurální hematomy či temporální epilepsie. Psychotické příznaky vznikají i v důsledku celkových patologických somatických stavů, jako jsou urémie, hypoglykémie, jaterní encefalopatie, poruchy štítné žlázy a další. Velmi častý je výskyt psychotických symptomů po celkové anestézii. U většiny somaticky nemocných se však nejedná o pravé psychózy, nýbrž o delirium provázené psychotickými symptomy. Psychózy mohou být vyvolány i farmakologickou léčbou somatických chorob, např. podáváním kortikoidů při autoimunitních chorobách či podáváním levodopy při Parkinsonově chorobě.

Poporodní psychóza

Zvláštní pozornost si zaslouží poporodní („laktiční“) psychóza. Ačkoli jako samostatná diagnostická jednotka v současné mezinárodní klasifikaci chorob neexistuje, je prokázáno, že poporodní ob-

dobí je rizikové z hlediska rozvoje akutních psychóz. Frekvence výskytu poporodní psychózy je přibližně 2/1000 porodů (1). Riziko je vyšší u žen s rodinnou anamnézou bipolární afektivní poruchy a zvláště vysoké u žen, které v minulosti poporodní psychózu prodělaly. Vždy musíme mít na mysli riziko sebevraždy, protože, jak ukazují epidemiologické studie (2), sebevražda je hlavní příčinou úmrtí matek v poporodním období. Psychóza matky je samozřejmě hrozbou i pro dítě, které se může stát obětí psychoticky motivované agrese.

Z tohoto důvodu je nutné akutně psychotickou matku od dítěte separovat a případný krátkodobý kontakt umožnit pouze po částečném odléčení psychózy a pod profesionální supervizi.

Diagnostika

Jako v případě ostatních onemocnění je základem diagnózy podrobná anamnéza. V případě psychózy je specifická důležitost objektivní anamnézy získané od příbuzných či blízkých nemocného, který své psychotické prožitky často nechce či není schopen sdělit. V případě záchytu první epizody psychotického onemocnění bychom měli provést fyzikální vyšetření k vyloučení somatické příčiny psychózy. Z laboratorních vyšetření by měly být provedeny základní krevní odběry (krevní obraz, iontogram, urea, kreatinin, jaterní testy, CRP, TSH). Z hlediska možného zneužívání drog je klíčové skríningové toxikologické vyšetření moči. Pokud se psychóza manifestuje poprvé ve středním věku či u starších pacientů, je jistě indikováno včasné neurologické vyšetření. Obecně platí, že všichni pacienti s první epizodou psychózy by měli podstoupit zobrazovací vyšetření mozku.

Bohužel, výše zmíněná vyšetření se snadno naverhují, ale v praxi obtížně provádějí kvůli časté nespolečnosti nemocného; ta je ve většině případů podminěna absencí náhledu choroby. V takovém případě se podaří uskutečnit plánovaná vyšetření až po hospitalizaci.

Role praktického lékaře

Diagnostika

Praktický lékař by měl být schopen diagnostikovat psychotický stav na základě anamnézy a klinického vyšetření. Měl by také ordinovat vyšetření, která přispějí k objasnění etiologie psychózy. Některá vyšetření, např. toxikologické vyšetření moči, by měla být provedena bezodkladně, protože v později odebraném vzorku již nemusí být vyvolávající látka zachycena.

Terapeutická intervence

Role PL v terapii akutních psychóz je omezena mnoha faktory. Jedním z nich je častá nespolečnost nemocného, tedy i neochota akceptovat nabízenou

pomoc. Dalším faktorem jsou preskripční omezení, která se vztahují na řadu moderních antipsychotik. Významným faktorem jsou i omezené zkušenosti mnoha PL s psychiatrickými pacienty, jejich léčbou, zhodnocením rizik spojených s konkrétní psychózou a zvládáním možných nežádoucích účinků antipsychotik.

Každý lékař by se měl pokusit o terapeutickou intervenci v případě akutního neklidu spojeného s psychózou. Širší pojednání o psychologii komunikace s psychotickým pacientem bohužel přesahuje možnosti tohoto článku, nicméně platí, že lékař by měl vystupovat klidně, autoritativně, nikoli však agresivně. Měl by podávat jednoznačné informace srozumitelným způsobem. Důležité je nenechat se vtáhnout nemocným do diskuze o pravdivosti a skutečnosti jeho psychotických prožitků. Tyto prožitky je dobré vyslechnout, ale pokud možno co nejméně komentovat.

Téměř vždy je nutné tišit psychotický neklid farmakologicky. Platí, že nejprve bychom měli nabídnout perorální medikaci a teprve když není akceptována, přistoupit k nedobrovolné aplikaci parenterální. Tu však můžeme provádět, pouze když pacient ohrožuje sebe či okolí. Aby aplikace parenterálně proběhla bezpečně, je nutná dostatečná fyzická převaha zasahujících.

Farmakologicky lze psychotický neklid zvládat podáním antipsychotik, benzodiazepinů a antihistaminik. Lze kombinovat antipsychotika s benzodiazepiny (např. haloperidol + diazepam).

Z hlediska lékaře první linie je nejvýhodnější začít perorálním nebo parenterálním podáním benzodiazepinů, které jsou lépe tolerovány než klasická antipsychotika. V mnoha zemích je lékem první volby v této indikaci lorazepam, který je však v ČR dlouhodobě nedostupný. Místo lorazepamu je stále s úspěchem používán diazepam v jednorázové dávce 10–20 mg. U starších pacientů je lepší se benzodiazepinům vyhnout a ordinovat např. tiaprid v dávce 100–200 mg per os či i.m.

Klasická antipsychotika, především tzv. incizivní typu haloperidolu (užíván k tišení neklidu v jednorázové dávce 5–10 mg per os či i.m.) mohou způsobovat akutní extrapyramidové příznaky, především akutní dystonii. Ta je pro pacienta subjektivně velmi nepříjemná a tento zážitek může mít negativní dopad na pozdější adherenci s antipsychotickou léčbou. Vzácná dystonie laryngálních a pharyngeálních svalů může být životu nebezpečná.

K tišení neklidu lze využít i starších sedativních neuroleptik (jednorázově chlorpromazin 25–75 mg per os či i.m., levomepromazin 25–75 mg per os či i.m.). Při jejich podání musíme myslet především na riziko závažné hypotenze.

Z atypických antipsychotik lze k tišení neklidu podat olanzapin v dávce 10–20 mg per os. Z tohoto

hlediska jsou zvláště výhodné rychle rozpustné tablety olanzapinu. Atypická antipsychotika v injekční formě (olanzapin, ziprasidon) bývají k dispozici pouze na psychiatrických odděleních.

Z antihistaminik používáme promethazin v jednorázové dávce 25–50 mg per os či i.m. Jeho nevýhodou je pomalý nástup účinku.

Podání všech léků se sedativním účinkem bychom se měli vyhnout v případě akutní intoxikace s psychotickými příznaky.

Dlouhodobá léčba antipsychotiky by měla být indikována psychiatrem. V současné době je preferováno užívání atypických antipsychotik (olanzapin, risperidon, quetiapin, ziprasidon, amisulprid, aripiprazol) jako léků první volby.

Zajištění psychiatrické péče

Každý pacient s psychózou by měl být vyšetřen psychiatrem a praktický lékař by měl toto vyšetření zajistit. V případě spolupracujícího pacienta samozřejmě stačí doporučení k urgentnímu vyšetření ambulantním psychiatrem. Pokud se jedná o opravdu akutní psychotický stav se zjevným rizikem agrese vůči sobě či okolí, je nutno pacienta transportovat

ihned na psychiatrické oddělení a zajistit trvalý dohled během transportu.

Daleko komplikovanější je situace, kdy pacient odmítá vyšetření či hospitalizaci podstoupit. Zde je možné iniciovat hospitalizaci bez souhlasu pacienta, nikoli ovšem na základě přítomnosti psychózy, ale z důvodu ohrožení sebe či okolí pod vlivem duševní poruchy. Právní zakotvení nedobrovolné hospitalizace v ČR je problematické, protože role zúčastněných profesionálů (praktický lékař, psychiatr, záchranná služba, policie) nejsou jednoznačně definovány. Vždy však platí, že jakýkoli lékař doporučující nedobrovolnou hospitalizaci by měl nejprve pacienta sám vyšetřit; nelze se spolehnout pouze na popis situace rodinou, která může psychiatrickou hospitali-

zací sledovat poškození zájmů dotyčného, a to např. ve věcech majetkových. Dalším problémem současné právní úpravy je, že řadu pacientů s psychózou, která zjevně snižuje jejich kvalitu života i kvalitu života jejich blízkých, nelze léčit, jelikož zjevně neohrožují sebe ani své okolí. V současné době jsou připravovány změny v legislativě nedobrovolných hospitalizací. Doufejme, že tyto změny budou ku prospěchu psychiatrických pacientů, jejich příbuzných i celé společnosti.

MUDr. Pavel Fridrich

Consultant Psychiatrist, Princess Alexandra Hospital, Hamstel Road, Harlow, Essex, CM20 1QX, UK
e-mail: pavel.fridrich@nemhpt.nhs.uk

Literatura

1. Kendell RE, Chalmers KC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 662–673.
2. Oates M. Perinatal psychiatric disorders: a leading cause of maternal morbidity and mortality. *British Medical Bulletin* 2003; 67: 219–229.
3. Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA. Relationship between duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2005; 162 (10): 1785–1804.
4. Richards CF, Gurr DE. Psychosis. *Emerg Med Clin North Am* 2000; 18 (2): 253–262.
5. Semple DM, Macintosh AM, Lawrie SM. Cannabis as a risk factor for psychosis: Systematic review. *J Psychopharmacol* 2005; 19 (2): 187–194.
6. Singh SP, Burns T, Amin S, Jones PB, Harrison G. Acute and transient psychotic disorders: precursors, epidemiology, course and outcome. *Br J Psychiatry* 2005; 185: 452–459.