

PORUCHY CHOVÁNÍ V INTERNÍ PRAXI

MUDr. Dagmar Příkrylová

Psychiatrická klinika FN Olomouc

Tento článek je zaměřen na poruchy chování dospělých z pohledu interní medicíny. Poruchy chování jsou rozděleny do 3 kategorií na základě vztahu k somatickým nemocem. Problémové chování může být důsledkem somatického onemocnění, nebo vyplývá z duševní nemoci či duševní abnormality. Uvedené dělení je důležité pro výběr terapie.

Klíčová slova: agresivita, delirium, porucha chování, problémový pacient, schizofrenie.

BEHAVIORAL DISTURBANCES IN INTERNAL PRACTICE

This article is focused on behavioral disturbances in adults from the general-medicine point of view. The behavioral disorders are divided into three categories based on the aspect of the relation to an organic illness. The problems of the behavior could result from the organic proces/disorders or could exist because of the mental illness or the mental abnormalities. This categorization is important for deciding the therapy.

Key words: agresivity, delirium, behavioral disturbances, problematic patient, schizophrenia.

Základním projevem aktivity člověka je jeho chování, jež je modifikováno řadou faktorů a je determinováno vůlí. Z tohoto pohledu rozlišujeme 3 základní kategorie jednání, tj. jednání *volní*, *mimovolní* a *protivolní*.

Chování je výsledkem souhry jednotlivých složek psychiky a je spolu s řečí nejnapadnějším z psychických projevů. Jeho pozorování není pro lékaře ztrátou času. Naopak, pro alespoň trochu vnímavého jedince je sledování pacientových projevů bránou do jeho duše, umožňující větší míru empatie, díky níž pak přistupuje k terapii pacienta více individuálně. Přihlédnutí k chování pacienta může i zvratit pomyslné misky diagnostických vah. Například pacient s gastralgii a negativními nálezy vyšetření by byl bez přihlédnutí ke svému chování uzavřen jako dyspeptický syndrom NS a léčen anacidy a prokinetiky bez valného efektu. Pokud by byl jeho symptom posuzován s ohledem na chování nesoucí známky deprese – jako je stažená gestikulace, snížená mimika, monotónní a nevypravná řeč – efekt při léčbě gastralgie by přinesla antidepressiva.

Lékař vykonávající praxi v nepsychiatrických oborech by se chováním pacientů a jeho odchylkami měl zabývat z pohledu ovlivnění základní nemoci a jejího léčení.

Jak se ale orientovat v poruchách chování? Veškeré dělení poruch chování a jednání je jen didaktické a vždy schematizující, protože chování je výsledkem interakcí ostatních psychických kategorií, jako jsou *vědomí*, *emoce*, *vnímání*, *myšlení*, *paměť*, *intelekt*, *osobnost* a již zmiňovaná *vůle*. Proto je v tomto článku věnována pozornost nejzávažnějším a nejčastějším typům poruch chování, se kterými se somatičtí lékaři setkávají.

Pacienta, který se nechová „standardně“, to znamená, že jeho chování vykazuje známky nespokojenosti, označujeme často jako „problémového pacienta“. Problémem nálepky „problémový“ je ale to, že se jedná z hlediska příčin i projevů o obsáhlou polymorfní skupinu.

Označením pacienta za problémového si sice ulevíme, ale navázat s ním terapeutický vztah, který je nutným nářadím při úzdavě nemocného, nám to nepomůže.

Pro lékaře poctivě vykonávajícího své řemeslo jsou „problémoví pacienti“ obecně zdrojem lítosti, frustrace a bezmoci, čemuž se nelze vůbec divit. Jak má být asi lékaři,

který usiluje o pacientovo blaho v podobě navrácení zdraví a ten nejen, že není vděčný, ale kolikrát se, slušně řečeno, „aktivně brání terapii“, a to nejen slovně, ale i fyzicky a jasně lékaři dává najevo, kdo je v terapeutickém vztahu pánem. Pokud se však lékař bude utápět ve vodách nepřijemných emocí, je to nejlepší cesta k „vyhoření“ (syndrom „burn out“) . Proto je pro lékaře nezbytné najít optimální a úspornou formu komunikace a způsob zacházení s takovýmto pacientem. Klíčem k porozumění pacientovu chování je pochopit jeho motivaci – ať už vědomou či nevědomou, toho, proč se chová jinak než běžný pacient.

Nestandardně se chovající pacienty lze v zásadě rozdělit do 3 kategorií:

1. Psychicky relativně zdraví lidé, trpící nezávažnou poruchou. Jsou to lidé se sklonem k neurotickým reakcím (nejedná se o onemocnění, ale jen o poruchu) nebo lidé s poruchou osobnosti (dříve nazývané jako psychopatie), kteří jsou v důsledku poruchy zvýšeně úzkostní, trpí nadměrným strachem, projevují nepřiměřeně hněv apod., což vyvolává nelibost lékaře a komunikace se ještě víc zhoršuje. Neporozumění pak vyvěrají z nedostatečné či nepřiměřené komunikace mezi pacientem a personálem. U takovýchto případů je potom odstranění poruchy chování jednoduché. Stačí jen adekvátním způsobem navázat terapeutický kontakt, kdy lékař zvolí způsob komunikace přiměřený k pacientově osobnosti, intelektu, sociálnímu postavení. Přistupuje k němu individuálně, což je úkol často namáhavý, nicméně mnohdy klíčový, protože je ve hře pacientova důvěra v pomoc a tedy i rychlost údravy.
2. Pacienti trpící přechodně psychickou poruchou, sekundárně vyvolanou na základě somatického onemocnění – např. delirium, reakce na stres, organické duševní poruchy. Symptomy mizí ruku v ruce s úzdavou somatického onemocnění.
3. Pacienti primárně psychicky nemocní: např. schizofrenik trpící sluchovými halucinacemi, které mu zakazují léky brát, nebo depresivní pacient, který pro oslabenou volní složku není motivovaný k terapii atd., dementní pacient s defektním úsudkem nechápe nutnost terapie. Dále do této kategorie patří uživatelé alkoholu a drog.

1. kategorie – Psychicky relativně zdraví lidé

Tato kategorie zahrnuje nositele *neurotických poruch* s rysy zvýšeně úzkostnými, histrionskými, narcistickými, užívající často agresivní a manipulující vzorce jednání. Pokud jsou tyto maladaptivní vzorce chování trvale a hluboce zakotveny ve struktuře osobnosti, můžeme hovořit o *diagnóze specifické poruchy osobnosti*.

A. Úzkostný pacient

Pacient trpící zvýšenou úzkostí je častým jevem v lékařské praxi. Jistá míra úzkosti je běžná a fyziologická u každého pacienta. Přesně definovat, co je ještě normální a co už je patologická úzkost, není možné. Dá se ale říct, že fyziologická úzkost je úměrná předpokládané náročnosti vyšetření. Úzkost je modifikována poměrem psychické a vegetativní úzkosti a neměla by mít nepříznivý vliv na vyšetření a terapii. Pacient je schopen takovou úzkost volním úsilím korigovat. Naopak nadměrná úzkost výrazně omezuje vyšetřovací a terapeutické možnosti a ovlivňuje obraz nemoci zejména vegetativními projevy jako je tachykardie, přechodná hypertenze, zrychlené a změřčené dýchání vedoucí až k projevům panické poruchy. Neméně obtížné jsou projevy psychické úzkosti. Pacient se stává neklidným, agitovaným, chová se nedůvěřivě, může být až slovně hrubý, přičemž k hostilnímu chování ho vede jen strach, nikoliv zlý úmysl. Pacient by se dal přirovnat k „pejskovi, který štěká, ale nekouše“. Lékem na úzkost je její včasné zmírnění, a pokud pacient není v ohrožení života, mělo by snížení úzkosti již z taktických důvodů dostat přednost před samotným terapeutickým výkonem. Úzkost snižujeme nejprve prostředky psychoterapeutickými, a jen v případě neúspěchu nebo u velmi akutních případů bereme na pomoc farmaka. Základní psychoterapeutické prostředky patří do armentária nejen psychiatra, ale každého lékaře. Co se týká formální stránky komunikace, lékař hovoří s úzkostným pacientem zřetelně, jeho vystupování je pevné a zároveň vřídlné. Lékař tím budí v pacientovi dojem, že opravdu ví, co dělá, ale zároveň je připraven vyslechnout i připomínky pacienta, které mohou mít pod tíhou úzkosti formu nesouvislého projevu. To, že v pacientovi zůstává dojem, že se může alespoň omezeně podílet na rozhodování a ovlivňování svého zdraví, v něm posiluje tzv. *dospělé Já* a zamezuje rozvoji regrese *dětského Já* (3). Lékař se pacientovi dívá do očí, čímž potvrzuje účast a zájem o pacienta. Naopak, pokud mluví pacient, lékař mu do očí nehledí upřeně. Dále lékař dbá, aby gestikuloval klidně a spíše méně, mluví nahlas, ale nekřičí, mluví spíše pomalu, ale ne tak, aby působil nepřirozeně. Gesta, mimika, tempo a modulace řeči – to jsou projevy nonverbální komunikace, kterou úzkostný pacient zvýšeně vnímá. Přitom právě tato složka projevu je často podceňována, a to i přesto, že tvoří 70 % celkového dojmu z projevu. Zbývajících 30 % připadá na verbální, obsahovou část projevu. Obsahem rozhovoru je základní penzum informací o tom, co pacienta bezprostředně čeká, tj. jaké vyšetření a léčení bude následovat, a jestli bude nepříjemné či bolestivé. Nemusíme se bát zmínit se o nadcházející bolesti – otevřeným jednáním o nepříjemných vě-

cech důvěru pacienta neztrácíme, ale naopak získáváme. Pokud jsou nějaké připomínky ze strany pacienta, je dobré je vyslechnout a stručně shrnout. Vhodné je formulovat souhrn přibližně takto: „Jestli vám rozumím, chcete...“, nebo „chápu, že vám jde o...“ (3). Pacient vidí, že mu naslouchá a berete ohled na jeho potřeby. Tento postup je zdlouhavější a namáhavější. Odměnou za něj je získání důvěry pacienta a potlačení jeho úzkosti. Není to zbytečný luxus, ale vzhledem k vegetativní složce úzkosti můžeme takový postup považovat za terapeutický prostředek.

B. Agresivní a „hysterický“ pacient

I přes to se někdy nevyhneme eskalaci úzkosti v agresi či stav, kdy pacient regreduje až na úroveň malého dítěte a ztrácí *dospělé Já*. Tuto dospělou složku pak musí suplovat lékař tím, že jakoby hovoří za pacienta – používá *Já* formu: např.: „sednu si, otevřu oko, nehýbu se, nemrkám, ještě vydržím...“. Pokud je stav akutní, tak doplňujeme, nikoliv nahrazujeme, naše psychologické působení psychofarmaky. Vhodné jsou benzodiazepiny s rychlým nástupem účinku, jako je oxazepam (Oxazepam) v dávce 1 tbl., alprazolam 1 až 3 mg (Neurol, Xanax), bromazepam (Lexaurin) 1,5–3 mg. Nástup účinku urychlíme sublinguálním podáním. Výjimečně, např. u vyšetření bránicích se pacientů, volíme ke zklidnění populární diazepam (Aparin) – 1 až 2 amp. v intravenózní aplikaci; výjimečně, zejména u starších lidí, může dojít vzácně k paradoxní reakci, kdy se neklid ještě zvýší. Pokud se úzkost vystupňuje v brachiální agresi, můžeme použít některá neuroleptika. Provádíme monoterapii a volíme takové preparáty, u kterých je vysoký poměr účinku k nežádoucím projevům. Ke starším, agresi dobře tlumícím preparátům patří levopromazin (Tisercin). Aplikujeme podle stupně agrese 1 až 3 amp. i.m., nebo podáváme haloperidol (Haloperidol) 1–2 amp. i.m. Mezi neuroleptika s nízkým výskytem vyvolání nežádoucích účinků (zejména extrapyramidového syndromu a epileptiformních paroxysmů) patří tiaprid (Tiapridal), melperon (Buro-nil) – oba preparáty existují jak v tabletární, tak injekční formě. Při výjimečně nadměrné agresi volíme klomethiazol (Heminevrin) buď v i.v. infuzi, nebo p.o. ve formě kapslí. I když je agresivní pacient tou nejhorší klientelou, které by se lékař nejraději na míle vyhnul, měl by mít v zájmu udržení své psychické pohody na zřeteli, že se nestal terčem útoku pro zvláštní osobní potěšení pacienta, ale že jde o projev strachu, zlosti z bezmoci, která je iracionálně přesunuta na pacientovy nejbližší objekty. Potom terapeutická strategie „hrubé záplaty na hrubý pytel“ uleví lékařovým negativním emocím, ale není cestou ke spolupráci s pacientem. Jak budeme s pacientem zacházet záleží na míře jeho agrese. U lehčího průběhu je efektivní překvapit pacienta jiným vzorcem chování, než na jaký je asi navyklý a namísto „protiúderu“, který ho ještě více popudí, je lepší projevit porozumění a účast.

Pojem hysterie nebyl nikdy chápán jednotně. V posledních desetiletích se od tohoto výrazu v psychiatrii ustupuje, neboť se stal v laické a bohužel i v lékařské veřejnosti pejorativní nálepkou, podobně jako psychopatie. V současné

klasifikaci tento pojem nenajdeme. Poruchy dříve označované za hysterické jsou v klasifikaci MKN-10 zařazeny do skupiny somatoformních a disociačních poruch. *Somatoformní porucha* připomíná somatické onemocnění, ale chybí u ní organický podklad. U *disociační poruchy* zase dochází k částečné nebo úplné ztrátě integrace vzpomínek na minulost, aktuálních pocitů a kontroly tělesných pohybů. Jediná diagnóza v MKN-10 nesoucí v názvu odvozeninu hysterie je *histrionická porucha osobnosti* vyznačující se neustálou touhou po ocenění a vzrušení. Jedinec touží upoutat na sebe pozornost okolí svým teatrálním chováním plným sebedramatizace a často nepřiměřené koketérie. Nadměrnou pozornost věnuje vlastní fyzické přitažlivosti. Jeho emotivita je mělká a labilní. Příčiny poruchy jsou psychologické, u těchto lidí jsou přítomny nevyřešené oidipovské problémy a v anamnéze nacházíme odmítání a separaci v raném dětství.

C. Narcistický pacient

Ztrpčovat profesní život nám může pacient s narcistickými rysy, který je zahleděn do sebe a pro kterého je lékař jedním z objektů, které mu slouží pro potvrzování vlastní dokonalosti. Cílem jeho chování a konání je sycení pocitu jeho výjimečnosti. Vyžaduje, aby ho okolí respektovalo, lékaře nevyjímaje. Jeho chování má dvě podoby. Narcismus neskrývaný, otevřený, řeklo by se „čestnější“, je i pro nezkušeného lékaře nápadný, kdy se pacient chová ve stylu filmové hvězdy: „tady mě máte doktore a hleďte mě vyléčit“. Druhá, skrytější podoba narcismu je pro rozpoznání větší oříšek a takový pacient od lékaře očekává, aby sám přišel na to, že má před sebou někoho naprosto unikátního. Jak s takovými lidmi optimálně zacházet? Můžeme volit přislověnou taktiku „aby se vlk nažral a koza zůstala celá“. Tedy trochu hrát hru, že je pacient dokonalý a pohládít mu jeho ego, ale přitom sledovat svůj terapeutický záměr. Tito pacienti milují okázalé a efektní věci a když je léčba či vyšetření bolestivé, tak ať je aspoň dostatečně výjimečné. Dále projevují důvěru spíše zahraničním, drahým, či barevným preparátům. Naše hodnota lékaře v jejich očích vzroste, pokud je zapojením hereckého talentu a sugesce přesvědčíme, že vlastníme zdravotnické prostředky hodné jejich úrovně. Pokud například osteoporotické dámě nabídneme Miacalcic s doplněním poutavé legendy o lososím původu kalcitoninu, kterou zakončíme poučením o extraordinární intranasální aplikaci s prostrídáváním nosních dírek, je to pro terapii pacientky mnohem účinnější, než pouze přijít s poznámkou o doplnění léčby dostatečnou konzumací mléčných výrobků.

2. kategorie – Pacienti trpící přechodně psychickou poruchou

A. Delirantní pacient

Na oddělení akutní péče různých oborů se setkáváme s poruchou chování v rámci rozvoje delirantního stavu v návaznosti na základní onemocnění. Delirantní stavy jsou nespecifické organické mozkové syndromy komplexní

povahy, u kterých jsou alterovány v různém poměru všechny psychické složky – především vědomí, vnímání, pozornost, paměť – a je narušen cyklus spánku-bdění. Pacient bývá dezorientován časem a místem, někdy i osobou. Poruchy vnímání mají ráz halucinací, častěji vizuálních, méně už sluchových či taktilních. Paměť je narušena ve všípivosti, což lehce ověříme testem, kdy má pacient po nás s odstupem 5 minut opakovat 3 slova, která jsme mu řekli. Porucha spánku se projevuje jeho nekvalitností, může úplně chybět, nebo je invertován cyklus spánku-bdění a příznaky deliria se v noci zhoršují. Tak komplexní narušení psychických funkcí zákonitě vyúsťuje ve změnu chování. Chování a psychomotorika je nápadně změněná, často ve smyslu zvýšené bezúčelné aktivity. Porucha zahrnuje spektrum nápadných, situací neadekvátních projevů různé intenzity. Např. od celkem roztomilé snahy pacienta vyprostit se z nemocničního kabátku, přes trhání pyžama, až po nebezpečné brachiální násilí na personálu. Motivaci k takovému chování může být strach z ohrožení nebo z pronásledování, způsobený například již zmíněnými halucinacemi. Méně často je při delirantním stavu aktivita snižena a pacient je netečný a apatický.

Typické jsou pro delirium tyto znaky:

1. rychlý rozvoj obrazu během několika hodin až dnů
2. kolísání intenzity projevů a měnlivost obrazu během dne.

Tato měnlivost někdy bývá zdrojem nedorozumění u personálu, protože ošetřující lékař, indikující psychiatrické konzilium u neklidného pacienta, považuje uvádění důvodu svého požadavku na žádanku u tak evidentního obrazu za nadbytečné. Přivolaný psychiatr může být svědkem již lucidní periody pacienta, který spolupracuje, je orientován, chová se korektně a na svůj předcházející stav má amnézii – je prostě bez nálezu. Po odchodu konziliáře se ošetřující lékař nestačí divit, když čte diagnózu *sine morbo psychicum* a v doporučení se nic nedoporučuje. Výsledkem jsou pak mezi lékaři vzájemné pochybnosti o duševní kondici a oddálení léčby pacienta. Proto by stručný popis příznaků na žádance nikdy neměl chybět.

Z pohledu etiologie se jedná o bohatou skupinu extra- a intrakraniálních příčin, zahrnující nejčastěji metabolický rozvrat u řady endokrinních a orgánových poruch, stavy po anestézii, užívání psychoaktivních látek a medikamentů. Delirium je součástí jejich abstinčních syndromů, při infekcích buď systémových nebo nitrolebních, expanzivních procesech mozku, u hypertenze, nedostatku thiaminu a v neposlední řadě se na genezi deliria podílejí i vlivy prostředí: pacient vytržený ze svého prostředí a přesazený do cizího prostředí JIP je na jednu stranu hyperstimulován personálem, přístroji a na druhou stranu deprivován nedostatečnou možností pohybu, nedostatkem spánku, strachem.

Celá epizoda deliria trvá různě dlouho. Převážně do jednoho až dvou týdnů odezní. Psychofarmakologická léčba je doplňková ke kauzální terapii a slouží ke zlepšení kontaktu a spolupráce s nemocným na takovou úroveň, aby byl pacient schopný absolvovat léčbu kauzální.

Užití psychofarmak závisí na průběhu deliria, jeho původu a s přihlédnutím na somatickou komorbiditu. Benzodiazepiny, jako je oblíbený diazepam inj. (Apaurin) nebo bromazepam (Lexaurin), jsou slabým kalibrem, protože pouze oslabí úzkost a neklid, ale neodstraní často se vyskytující halucinace a z nich vyplývající poruchy chování. Jsou popsány i paradoxní reakce – zhoršení neklidu a zmatenosti. Proto jsou hlavním trumfem psychiatra neuroleptika, což je skupina farmak působících převážně na dopaminergní systém, zejména bloádou postsynaptických D2 receptorů. Tim působí antihalucinogenně a protidelirantně. Z neuroleptik jsou užívána v poslední době častěji tzv. atypická neuroleptika (od klasických neuroleptik se liší jiným poměrem blokady podtypů dopaminových receptorů a nižším výskytem nežádoucích účinků). Dobrá klinická zkušenost je s tiapridem (Tiapridal), který je velmi dobře tolerován a má výrazný efekt. Průměrné dávky se pohybují kolem 300–400 mg/d, což představuje podávání 3–4 tablet s maximální dávkou na noc (aby se předešlo nočním neklidům a nespavosti). Maximální dávky ale mohou být 3–4× vyšší – kolem 1200 mg/d. Výhodou tohoto preparátu je i možnost injekční formy aplikované intramuskulárně. Dalším, u nás zatím málo medikovaným atypickým neuroleptikem, je risperidon (Risperdal), v dávce kolem 6 mg /d, podávané p.o. a rozdělené obvykle do 2–3 dávek.

Mezi osvědčená typická neuroleptika patří haloperidolum (Haloperidol) s výrazně tlumivým účinkem. Zde máme možnost volit mezi tabletami a injekční formou pro i.m. aplikaci. U obou způsobů je průměrná denní dávka do 10 mg, rozdělená do 3–4 dávek, jen výjimečně vyšší. V poslední době je rozšířené podávání melperonu (Buronilu), který je pro své slabé a vzácně se vyskytující nežádoucí účinky dobře tolerován u starších lidí. Pokud převažuje u pacienta nespavost a noční neklid, stačí podávání jen 25–50 mg na noc, buď injekčně (1 amp. = 50 mg) nebo p.o. (tablety po 25 a 50 mg). Pokud není večerní dávkou dosaženo uspokojivého výsledku, zvyšujeme dávku na 75–100 mg, ojediněle až na 400 mg/d. Výše dávek je samozřejmě u všech preparátů zpětně korigována dosaženým terapeutickým efektem a výší nežádoucích účinků. Mezi ně patří přílišná sedace a extrapyramidový syndrom. Mezi nejčastější chyby nepsychiatrů léčících delirantní stavy patří neznalost dávkování neuroleptik a netrpělivost. Tato kombinace způsobuje, že pacient je nejprve poddáván a pokud nedojde k téměř okamžitému efektu, je následně naopak zaléčen kombinací neuroleptik. Výsledek aplikace takového „koktejlu“ se dostaví v podobě několikahodinového spánku, což ještě víc naruší cyklus spánku-bdění. Není zanedbatelná ani potenciace lékových interakcí.

B. Akutní reakce na stres a porucha přizpůsobení

Na somatických odděleních se diagnóza zvaná *akutní reakce na stres* nebo *traumatická krize* vyskytuje relativně často, a to po sdělení závažného onemocnění pacientovi, nebo po zákrocích, na které pacient nebyl připraven, nebo nedopadly tak, jak si představoval. Obecně je traumatická krize podmíněna změnami, které vystupují náhle – jako na-

příklad onemocnění, invalidita, odchod blízké osoby a zastihuje jedince nepřipravené (1). Reakci na podnět obvykle rozdělujeme na tyto fáze:

1. Krizový šok, „omráčení“, kdy je zúženo vědomí, neschopnost pochopit situaci, orientovat se v ní. Trvá od několika sekund do cca 24 hod.
2. Reakční fáze; pacientovo zoufalství se projevuje buď sníženou aktivitou – pacient se uzavírá do sebe, méně komunikuje, je apatický, vykazuje sníženou mimiku a gestiku a může dojít až k disociačnímu stuporu, nebo naopak reaguje nadměrně zvýšenou aktivitou projevující se agitovaností, nepřátelstvím, hostilitou až agresivitou nebo únikovou reakcí. Tato fáze trvá dny až týdny. Další vývoj celkové reakce záleží na adaptační kapacitě a mechanismech.

Dle prof. Boučka reakce přechází do jedné z následujících podob:

- a) zpracování krizového podnětu, což je reakce příznivá; vystupují fáze nové orientace jako inovativní šance řešení krize
- b) chronifikace, suicidalita, ev. *zneužívání psychoaktivních látek* představují nepříznivý průběh.

V rámci hospitalizace pacient může prožít všechny fáze traumatické krize. Je důležité, aby ošetřující lékař zabránil fatálním průběhům, což se neobejde bez schopností rozpoznat nastupující krizi pozorovanou jako změnu chování pacienta. Povinností je zajistit krizovou intervenci (KI) psychiatrem či psychologem. Základem KI je rychlý začátek pomoci, zhodnocení aktuální situace, dle které terapeut pružně volí metodu pomoci. Cílem krizové intervence je podpora a s pomocí terapeuta nalezení vlastní schopnosti postiženého si sám pomoci. Suicidální jednání je předvídatelné díky znalosti průběhu suicidálního vývoje.

C. Suicidální pacient

Suicidální vývoj probíhá ve 3 etapách:

1. Úvaha – myšlenky a suicidium nenabývají konkrétního charakteru, jsou brány jako jedna z možností řešení situace. Pacient se víc od okolí izoluje.
2. Ambivalence – myšlenky na sebevraždu jsou doprovázeny protichůdnými postoji, někdy pacient hledá pomoc a dokonce přímo sdělí přání zemřít.
3. Rozhodnutí – hovoříme o nepřímém oznámení sebevraždy. Stav charakterizuje „klid před bouří“, pacient se rozhodl pro sebevraždu, bere ji jako jediné správné řešení a počíná se připravovat na konkrétní způsob. Okolí může pozorovat „falešné“ zlepšení nálady a chování – pacient se zklidní, působí nečekaně vyrovnaně, často se nepřímou a nenápadně loučí, chce mluvit s příbuznými, píše dopisy. V tomto okamžiku máme poslední možnost odvrátit pacienta od realizace suicidia. Zjištění suicidálního přání otevřeným dotazem v této fázi je téměř nemožné pro pacientovu dissimulaci a nezbyvá nám než se orientovat na základě pacientova chování.

Většinou je nutné přeložit pacienta na psychiatrické uzavřené oddělení, kde kromě psychoterapie a farmakologické léčby je zpočátku indikován zvýšený dozor. Výběr

farmaka se řídí hloubkou krize. Volíme neuroleptika se sedativním účinkem (levopromazin, sulpirid), trankvilizéry (alprazolam), antidepresiva ze skupiny SSRI (citalopram, fluvoxamin, sertralin).

3. kategorie – Duševně nemocný pacient

Postavení duševně nemocných lidí se v posledních letech našťástí mění k lepšímu, a to jednak díky novým, účinnějším psychofarmakům, jejichž vývoj odstartovalo v r. 1952 první neuroleptikum chlorpromazin, a jednak díky neméně namáhavému procesu – změně pohledu zdravé společnosti na duševně nemocné. Přesto je stále nálepka duševní nemoci považována za cosi stejně hrozného, jako je např. AIDS. Nejhorší „pověst“ mají asi pacienti se schizofrenií.

A. Schizofrenní pacient

Schizofrenní onemocnění zahrnuje několik diagnóz, z nichž nejznámější je paranoidní schizofrenie. Všechny schizofrenní poruchy mají společného jmenovatele. Tím je závažná porucha myšlení, která znemožňuje nositeli plně postihovat realitu. Přitom halucinace se nemusejí vyskytovat, i když jsou časté. A naopak, přítomnost halucinací ještě neznamená diagnózu schizofrenie. Halucinace jsou součástí například intoxikací, delirií, mání, výjimečně u těžkých depresí. Bývá však opomíjen fakt, že toto onemocnění má průběh složený z období *relapsů*, tedy akutních vzplanutí bohatých na symptomatiku a *remisí*, kdy je pacient dobře adaptovaný a cítí se celkem bez potíží. V jeho chování jsou jen diskrétní nápadnosti, jako např. uzavřenost, emoční oploštělost a jakoby netečnost. Je celkem pravidlem, že somatičtí lékaři nerozlišují tyto dva rozdílné stavy a přistupují k pacientovi v remisi jako k akutnímu psychotikovi. Když lékař přijímající pacienta zjistí, že ten chodí do psychiatrické ambulance a má schizofrenii, někdy automaticky volá psychiatrické konzilium. Přitom kompenzovaný schizofrenik (v remisi) se většinou snaží spolupracovat, což už prokazuje pravidelným užíváním léků. Je to dáno tím, že dosáhl jistého náhledu na nemoc. Lékaři spontánně udává užívané léky, jejich dávkování a datum poslední kontroly. Volat psychiatrické konzilium, které by pouze potvrdilo diagnózu a nastavenou terapii, je stejné, jako volat internistu na psychiatrii ke schizofrenikovi, který má dobře kompenzovanou hypertenzi. Konzilium je nejen zbytečné, ale zavání alibizmem. Po psychiatrovi se požaduje záruka, že pacient „nic neudělá“, ale – co je důležitější – v pacientovi potvrzuje pocit „nálepky“ nemoci: nic neudělal, snaží se, ale přesto se lidé k němu chovají nedůvěřivě a s odstupem, čímž se zase potencuje paranoidní percepce.

Jiná situace je, pokud schizofrenik zrelabuje a jeho chování se změní nebo je nápadně divné, bizarní a je pravděpodobné, že může být nebezpečný sobě nebo svému okolí, nebo pokud pacient nejeví známky spolupráce. Poruchy chování se projevují rozmanitě a jsou výsledkem zejména narušeného myšlení a vnímání. Příznaky dělíme na *pozitivní* a *negativní*.

Pozitivní příznaky: pacient produkuje bludy, halucinace (nejčastěji sluchové), jejichž odrazem v chování je nepřirozenost až náslechové postoje, manýrování. Řeč je naruše-

na po formální i obsahové stránce. Pozorujeme zárazy (pacient se v řeči zastaví bez zjevného podnětu uprostřed věty či slova), povrchní asociace (je narušena logická struktura, věty nejsou vázány myšlenkovým poutem, řeč je až inkoherentní, pacient nedokáže směřovat v rozhovoru k nějakému cíli).

Negativní příznaky znamenají oslabení nebo ztrátu normálních funkcí a představují redukci emočních prožitků, vyhasínání myšlení a řeči – pacient mluví málo, řeč je chudá. Ztrácí se spontaneita projevu, pacient nemá o nic zájem. Je „mouchy, snězte si mě“.

Základ farmakoterapie tvoří již zmiňovaná neuroleptika, někdy nazývaná jako antipsychotika. Tento název si vysloužily působením na psychotické prvky. Dobrý efekt mají u pozitivních příznaků – snižují halucinace, produkci bludů a jiných myšlenkových anomálií. Klasifikace neuroleptik není jednotná. Zažité dělení na typická, (klasická, tradiční) – např. haloperidol (Haloperidol), levopromazin (Tisercin), thioridazin (Thioridazin) – a atypická – sulpirid (Dogmatil), olanzapin (Zyprexa), tiaprid (Tiapridal), risperidon (Risperdal) – s přibývajícím vývojem na poli receptorového působení pozbývá pomalu na významu. Dříve se antipsychotický účinek vysvětloval bloádou D2 receptorů, dnes už je dopaminová hypotéza rozšířena o význam jiných receptorových subtypů. Výběr neuroleptika a jeho dávky se řídí závažností a obrazem psychotických příznaků. Při relapsu jsou dávky vyšší, dojde-li k remisi, přechází se na udržovací, nižší dávku. Existují i depotní preparáty pro intramuskulární podání, které obvykle působí 2–3 týdny.

B. Depresivní pacient

Depresivní poruše je podrobně věnován následující článek.

C. Manický pacient

Mánie je porucha afektivity. Dalo by se zjednodušeně říct, že je opakem deprese. Charakterizována je pocitem zvýšené energie, což se v důsledku projevuje elací nálady nezávisle na okolnostech, je nápadná hyperaktivitou, ale zároveň sníženou koncentrací pozornosti. Tyto poruchy se spojují v obraz bezcílného jednání – pacient začne jednu věc, nedokončí ji a už se zabývá druhou činností. Přidružuje se často pocit zvýšeného sebevědomí a sebedůvěry na základě pocitu zvýšené energie. Porucha přerůstá až do velikášství nabývajícího i bludné hloubky. Pacient bývá zvýšeně hovorný až logorheický, pozorujeme myšlenkový trysk. Obvykle pacient trpí sníženou potřebou spánku. Chování je při manickém syndromu těžce narušeno. Manická nálada a přehnané sebevědomí pacienta zbavuje společenských zábran. Chová se žoviálně, bez společenského odstupu, neadekvátně situaci, nevhodně vtipkuje, zvýšeně vyhledává společenské kontakty, někdy šokuje sexuální liberací. Zatímco tyto projevy jsou pro okolí a personál jen obtížné nebo úsměvné, nezodpovědné či riskantní chování představuje nebezpečí. Závažné je nadužívání alkoholu i drog, rychlé řízení aut, utrácení velkých finančních částek apod. Spolupráce s pacientem bez farmakoterapie ne-

Lze dosáhnout z pochopitelného důvodu – pacient se cítí extrémně dobře, takže není schopen domyslet následky svého chování. Mánie se kromě „primárně psychických“ nemocí – *mánie a bipolární afektivní poruchy* – vyskytuje v podobě manického syndromu u *organické poruchy nálady*. Příznaky jsou stejné, ale rozdíl je v etiologii – mánie se rozvíjí na základě somatického onemocnění. Terapie spočívá v podání neuroleptik, lze ji doplnit trankvilizéry, hypnotiky a hlavně thymoprofylaktiky (stabilizátory nálady) – často užívaný je valproát, karbamazepin. Soli lithia se pro výrazné nežádoucí účinky používají méně. Začíná se osvědčovat gabapentin, který má tu výhodu, že u něj nemusíme provádět kontrolu hladiny v séru.

D. Poruchy chování při užívání psychoaktivních látek (intoxikacích)

Vážnější akutní intoxikace jakoukoli psychoaktivní látkou je indikována k terapii na interních JIP či jednotce ARO.

Poruchy chování často jen kolorují závažnější somatický stav a zabýváme se jimi jen pokud vedou k ohrožení zdraví či života pacienta buď přímo (například autoagrese při halucinóze), nebo nepřímo komplikací terapie somatických příznaků, zejména vitálních funkcí. Klinický obraz pochopitelně závisí na typu psychoaktivní látky.

Intoxikace alkoholem:

Obraz patologického, chování koreluje s koncentrací alkoholu v krvi a je modifikováno typem osobnosti. U *lehčích intoxikací* dochází k desinhibici osobnosti, kdy se rysy osobnosti zvyrazňují („in vino veritas...“). Společné poruchám chování je vymizení úzkosti a uvolnění, ztráta společenského odstupu a zvýšená hovornost. U *těžších intoxikací* dochází k maladaptivním změnám jako jsou agresivita, hádavost, zhoršený úsudek.

Molekulární mechanismy vedoucí k těmto změnám nejsou zcela odhaleny, ale známá je interakce ethanolu s neuronálními membránami zvyšující jejich propustnost a zvýšená aktivita mozkové kyseliny gamaaminomáselné (GABA). Při terapii se zaměřujeme v první řadě na zajištění vitálních funkcí, dále na symptomatickou léčbu thiaminem, B12, foláty. I když je chování opilého často na hranici únosnosti, zásadně se vyhýbáme aplikaci neuroleptik kvůli interakci s alkoholem, narušující hepatální funkce. Podaným neuroleptikem prodlužujeme biologický poločas ethanolu a tím i trvání ebriety. Jen v případě neúnosné agrese, pokud není možné použít jen mechanické omezení (popruhy, síťové lůžko), aplikujeme haloperidol. Rozhodně neuroleptika nekombinujeme!

Odvýkací neboli *abstinenční stav* začíná psychomotorickým neklidem, neúčelnou hyperaktivitou, podrážděností a

úzkostí, doprovázenou vegetativní hyperaktivitou projevu jící se tachykardií, hypertenzí, profúzním pocením (při vysoké intenzitě příznaků, jehož součástí je i třes, hovoříme již o deliriu tremens). Při rozvinutém stavu je častá agrese a zrakové halucinatorní prožitky – typické jsou mikropsie (halucinace zejména hmyzu a drobných zvířat), kterých se pacient bojí, prohlubuje se jeho úzkost a dožaduje se „chycení halucinovaného živočicha“. Je zajímavé, že zvýšená sugestibilita deliranta umožňuje jiné osobě, aby zmírnila halucinace předstíraným odehánáním, což pomůže zmírnit neklid do doby, než začne působit medikace. Lékem první volby je klomethiazol (Heminevrin), který má kromě kýžených výrazně tlumivých účinků i efekt antikonvulzivní a nootropický.

Častou chybou bývá jeho špatné dávkování:

1. poddávkování (správně se po úvodní dávce 2 cps. pokračuje po 2–3 hod., celkem 10 až 14 cps./d)
2. krátká doba podávání (průměrně terapie trvá 10 dnů)
3. rychlé vysazení (při náhlém vysazení hrozí epileptický paroxysmus, proto snižujeme o 1–2 cps./d).

V případě výrazného neklidu nebo agrese máme možnost intravenózního podání pomalou infúzí – zklidnění je téměř okamžité. Nevýhodou je nutnost časté kontroly pacienta kvůli vzácně se vyskytujícímu, zato závažnému útlumu dechového centra. Pokud není Heminevrin dostupný, doporučuje se podávání diazepam. Denní dávka je maximálně 3 mg/kg a je rozvržena do 3–4 dávek. Nevýhodou je také možnost útlumu dechového centra, navíc je zvýšeno riziko pneumonie oslabením pohybu řasinkového epitelu. Na podávání neuroleptik jsou rozdílné názory (6). V praxi je oblíbený tiaprid (Tiapridal) do celkové dávky 1,2 g či melperon (Buronil) – 300 až 600 mg.

U všech psychoaktivních látek je život pacienta ohrožen především somatickou poruchou a porucha chování spíše jen narušuje terapii somatickou. Proto chování jen sledujeme a korigujeme ho, pokud je příčinou:

1. komplikace somatické terapie (např. když pacient při neklidu manipuluje infúzí)
2. zhoršení vitálních funkcí (např. agitovanost u pacienta halucinujícího po intoxikaci stimulancii zpětně zvyšuje vegetativní hyperaktivitu)
3. ohrožení zdraví pacienta nebo personálu vyplývající přímo z chování (agresivita při paranoidním prožívání např. u intoxikace kanabinoidy, kokainem, stimulancii...).

Psychofarmakoterapie se zaměřuje na akutní zvládnutí stavu, obecně používáme pro zklidnění neuroleptika, ale pamatujeme na možnou komplikaci v podobě epileptických paroxů a eventuálně kardiotoxicitu.

Literatura

1. Bouček, J. et al. (2001): Obecná psychiatrie, Olomouc. ISBN 80-244-0240-8, 216 pp.
2. Gelder, M., Gath, D., Mayou, R., Cowen, P. (1996): Oxford textbook of psychiatry, Oxford University Press. ISBN 0-19-262500-4, 944 pp.
3. Honzák, R. (1997): Komunikační pasti v medicíně, Galén, 160 pp.
4. Höschl, C. (1996): Psychiatrie pro praktické lékaře. ISBN 80-85787-96-2, 419 pp.
5. Koukolík, F., Jiráček, R. (1998): Alzheimerova nemoc a další demence, Grada Publishing. ISBN 80-7169-615-3, 229 pp.

6. Nešpor, K., Csémy, L. (1996): Léčba a prevence závislosti, PCP. ISBN 80-85121-52-2, 200 pp.
7. Pidman, V. (2000): Demence a možnosti její léčby. Medicína v praxi, Adore ISSN 1212-8759. 12: 26-28.
8. Zvolský, P. (1994): Obecná psychiatrie, Praha. ISBN 80-7066-955-1, 189 pp.
9. Zvolský, P. (1996): Speciální psychiatrie, Praha. 206 pp.