Speciální psychiatrie

Charakteristiky vybraných nemocí

MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ

Klasifikační systém v Evropě MKN 10, v USA DSM IV (úpravy, revize, sbližování).

Víceosá diagnostika:

I. osa – klinická diagnóza

II. osa – hodnocení různých typů postižení, omezujících plnění úkolů a rolí, které jsou od jedince očekávány jeho sociokulturním prostředím.

Stupně postižení: handicap = znevýhodnění vyplývající z vady či patologie, zneschopnění = omezení nebo chybění schopnosti jedince vykonávat činnost „normálně“, poškození = ztráta nebo výrazná abnormita psychické, fyziologické nebo anatomické struktury či funkce.

VÍCEOSÁ DIAGNOSTIKA

II. osa – postižení

Posuzuje se ve 4 oblastech:

- péče o vlastní osobu
- práce (výdělečné činnosti, studium, údržba domácnosti)
- rodina a domácnost (manželská role, rodičovská role, činnosti v domácnosti)
- fungování v širším sociálním kontextu

III. osa - související faktory

Hodnocení průvodních faktorů společně s ostatními problémy týkajícími se životního stylu a uspořádání života podílející se významně na výskytu, projevech, průběhu, prognóze nebo způsobu léčby přítomných duševních poruch.

OSA I – PŘEHLED KLINICKÝCH DIAGNÓZ

- Organické duševní poruchy (F00-F09)
- Duševní poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek (F10-F19)
- Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy (F20-F29)
- Afektivní poruchy (F30-F39)
- Neurotické porucha, poruchy vyvolané stresem (F40-F48)
- Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F50-F59)
- Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60-F69)
- Mentální retardace (F70-F79)
- Poruchy psychického vývoje (F80-F89)
- Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci (F90-F99)

ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY

Známá příčina – poškození, nemoc či úraz mozku vede k přechodnému nebo stálému narušení funkce mozku.

Nejčastější, nejzávažnější poruchou je demence – časná, výrazná porucha paměti s postupným poklesem dalších kognitivních funkcí a dále postižení emocí s následným dopadem na chování nemocného.

Primární organická duševní porucha – poškozen přímo mozek.

Sekundární organická duševní porucha – poruchy jiných orgánů mají vliv na mozek.

DEMENCE

Výskyt: ve věku 60 let 5% populace

ve věku 80 let 20% populace

Alzheimerova choroba

nevratné neurodegenerativní onemocnění, dochází k zániku neuronů, příčina neznámá, není vyléčitelná, současné metody dokážou nemoc pouze zpomalit

rozvíjí se pozvolna, nejprve při plném vědomí (pacient má na nemoc náhled), postižení paměti a schopnosti se učit, problém se vštípivostí

obvykle ji předchází tzv. mírná kognitivní porucha – u 15% pacientů se ALD rozvine do jednoho roku, u 80% do 6 let

v dalším stádiu se přidává obvykle BPSD (behaviorální a psychologické symptomy demence) – nezvládání vlastních afektů

DEMENCE

BPSD – deprese, morózní nálada, vztek, úzkost, neklid, agresivní projevy, útěky, situaci nepřiměřené reakce, poruchy cyklu spánek bdění.

Vaskulární demence

způsobena infarkty mozku

nerovnoměrné postižení kognitivních funkcí (paměť může být více, myšlení a úsudek méně), ložiskový charakter

TERAPIE DEMENCE

Farmakoterapie kognitivních funkcí:

kognitiva - zvyšují dostupnost acetylcholinu v CNS

nootropika – zlepšují metabolismus mozkových buněk (piracetam, ginkgo biloba)

Farmakoterapie BPSD:

dle konkrétních příznaků

Psychoterapie, rehabilitace:

zjednodušení okolního prostředí a běžných denních činností a úkonů

kompenzace paměťových deficitů

trénink kognitivních schopností

edukace a podpora rodiny, blízkých, pečovatelů

SCHIZOFRENIE

Závažné psychotické onemocnění charakterizované poruchami téměř všech psychických funkcí – myšlení, vnímání, oploštělá, neadekvátní emotivita, narušené chování a jednání.

Výskyt

1%, stejné pro obě pohlaví, výskyt zůstává neměnný v průběhu času a je stejný po celém světě, u mužů onemocnění propuká dříve (obvykle mezi 15 a 25 rokem), u žen mezí 25 a 35.

Ženy – mírnější forma onemocnění, benignější průběh, lépe reagují na léčbu, méně časté hospitalizace…, vliv estrogenů na dopaminergní systém.

Sklon k chronizaci, celosvětově patří do prvních 10 příčin úplné invalidity.

Příčiny

Specifická biologická náchylnost (zranitelnost) – ta je dědičná, případně získaná v raných fázích vývoje (matka v těhotenství prodělala závažné virové onemocnění). Zranitelnost vyústí vlivem zátěže v manifestaci schizofrenních příznaků obvykle v období adolescence či ranné dospělosti.

SCHIZOFRENIE

Narušení neurotransmiterového systému – dopamin.

Pozitivní psychotické příznaky – regionálně zvýšená dopaminergní aktivita, halucinace, bludy, dezorganizace ústící v neadekvátní jednání, nejčastější příčina hospitalizace.

Negativní psychotické příznaky – regionálně snížená dopaminergní aktivita, ochuzení psychiky v emotivitě a volní oblasti – apatie, ztráta motivace a prožitku radosti, sociální stažení, ochuzení řeči a myšlení.

Kognitivní dysfunkce – obvykle přítomna před manifestací psychózy, je převážně trvalá (v remisi se vrací na premorbidní úroveň jen u 15% pacientů)

SCHIZOFRENIE

Paranoidní schizofrenie – nejčastější typ, snadno diagnostikovatelná, výrazné bludy a halucinace.

Hebefrenní schizofrenie – přehání pubertální projevy chování, dovádí je ad absurdum, nepřiléhavé chování, propuká v brzkém věku (dospívání), případné bludy pouze doprovodné, útržkovité, nesystematické.

Katatonní schizofrenie – výrazné poruchy motoriky, bezcílná zvýšená motorická aktivita, manýrování, grimasování, nebo naopak motorický stupor.

Simplexní schizofrenie – postupné stažení se ze sociálních situací, redukce volní složky, oploštěná emotivita.

Nediferencovaná schizofrenie

TERAPIE SCHIZOFRENIE

Farmakoterapie – antipsychotika II. generace.

Akutní fáze léčby – odstranění pozitivních příznaků, trvání dny až týdny.

Fáze stabilizace – snaha udržet získané zlepšení, přetrvávají výrazně negativní příznaky a kognitivní deficit, ustupují velmi pomalu až rok, u většiny v mírné formě přetrvávají, náchylnost k relapsu vysoká, ukončení hospitalizace, důležitá psychosociální podpora, edukace, případně psychoterapie pro klienta i blízké. Podpůrná, méně strukturovaná, zčásti direktivní. Kompliance (soulad chování nemocného a rad lékaře) při léčbě antipsychotiky – vliv vztah, důvěra k lékaři, vedlejší účinky léků, dostupné informace…

Fáze stability – dosažení a udržení remise, udržovací farmakoterapie minimálními účinnými dávkami, psychosociální intervence cílená na rodinu a trénink kognitivních funkcí. Trvání v letech.

Relaps – 20% při dodržování léčby, 60-70% při vysazení. Relapsy zvyšují rezistenci na léky, s každým se zvyšuje pravděpodobnost následujícího. Příčiny: přirozený průběh nemoci, nespolupráce při léčbě, psychosociální faktory, nedostatky zdravotního systému (50% se nedostaví k 1. ambulantní kontrole).

PROGNÓZA SCHIZOFRENIE

Postpsychotická deprese – po odeznění akutní psychotické ataky dostává do popředí u některých pacientů afektivní porucha – 10% nemocných se schizofrenní porucho spáchá suicidum.

Obecně nepříznivé prognostické faktory:

- mužské pohlaví
- nízký věk začátku onemocnění
- nenápadný, plíživý začátek
- nepřítomnost spouštěcích faktorů
- premorbidní život bez partnera
- špatné sociální fungování
- schizofrenie v rodinné anamnéze
- převaha negativních faktorů
- škodlivé užívání návykových látek

PORUCHY NÁLADY

Depresivní, manické nebo smíšené epizody.

Výskyt:

nejčastější deprese - více ovlivněn kulturně, celosvětový průměr 15%, to vystihuje Evropu i USA, v Japonsku a Číně jen 1-2%, naopak Chile 27%

vyšší u žen (10-25%), nižší u mužů (5-12%)

nejčastější psychické onemocnění, SZO k němu napřela síly, trend posouvat diagnostiku a léčbu na úroveň primární péče, „rovnocenný přístup k duševním a tělesným nemocem“

bipolární poruchy se vyskytují kolem 1-2% populace dospělých

Příčiny:

nejsou jednoznačně známy, ovlivňují je faktory biologické, genetické a psychosociální

monoaminová hypotéza – deficit monoaminových neurotransmiterů (noradrenalin, dopamin, serotonin), funkční léčba vede k úpravě

životní události hrají roli v iniciální fázi onemocnění, při opakovaných epizodách nejsou zřetelné (dřívější dělení na endogenní a exogenní deprese opuštěno)

DEPRESE

Základní příznaky deprese:

- depresivní nálada (smutek, pesimismus) abnormní vzhledem k jedinci trvající déle než dva týdny
- ztráta prožitku radosti, neschopnost těšit se
- snížení energie a zvýšená únavnost

Další příznaky:

- ztráta sebedůvěry
- výčitky a sebeobviňování
- sebevražedné úvahy a jednání
- nechutenství, váhový úbytek
- poruchy spánku, ranní probouzení, ranní pesima
- zanedbávání péče o vlastní osobu
- ztráta libida
- poruchy psychomotoriky – útlum nebo agitovanost

DEPRESE

Časté somatické potíže:

- Bolesti na hrudi
- Bolesti hlavy
- Bolesti v zádech
- Dyspepsie
- Závratě
- Palpitace
- Záchvaty pocení
- Záchvaty dušnosti

Pátrání po organických příčinách, náročná vyšetření, částečně chyba lékařů, částečně společenský kontext.

Výzkum – 10% pacientů u primárního lékaře mělo tuto symptomatologii, z toho u poloviny se potvrdila deprese, část z nich popíralo psychické příznaky.

DEPRESE

Deprese jako jednotlivá epizoda – 50% pravděpodobnost opakování.

Deprese jako rekurentní depresivní porucha – recidivující onemocnění, s každou epizodou stoupá pravděpodobnost další ataky, po 4 epizodách je 90%, existence sezónních depresí.

Komorbidita s úzkostnou poruchou je 50%.

Deprese u žen v reprodukčním období

těhotenství a období po porodu je pro rozvoj deprese vysoce rizikové, objevuje se do devíti měsíců po porodu u 15% žen

deprese ženy v těhotenství spojena se špatnou prognózou pro dítě – novorozenci mají nižší hmotnosti, nižší skóre Apagarové, častější poruchy kojení, vyšší podrážděnost

TERAPIE DEPRESE

Farmakoterapie

antidepresiva, mnoho druhů, moderní 4. generace
minimalizace vedlejších účinků

Psychoterapie

velký význam, v lehčích případech samostatně, v těžších v kombinaci s farmaky, prokazatelně zkracuje dobu nutnou pro užívání léků, mnoho typů psychoterapie, závisí na osobnostních preferencích (kognitivně-behaviorální terapie, interpersonální terapie, rogersovská terapie, logoterapie)

BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHA

Projevuje se střídáním epizod manických, depresivních a smíšených. Deprese obvykle převažuje (průměrně 3:1).

Vážnější než samotná deprese, nepříjemné důsledky pro okolí, rodinné příslušníky…

Prognóza špatná, až 70% recidiv přes adekvátní terapii, čím později se začne léčit, tím větší riziko opakování.

Sociální, rodinná a pracovní dysfunkce je normou.

Nástup manické či hypomanické epizody souvisí s událostmi, které narušují přirozený cyklus spánku a bdění.

15-25% nemocných spáchá suicidum.

F40 FOBICKÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY

Výskyt – nejčastější úzkostná porucha, 16% žen, 11% mužů, vzniká obvykle v dětství nebo rané dospělosti, neléčená přetrvává mnoho let bez změny intenzity. Závažnost závisí na možnosti vyhýbat se fobickým situacím.

Agorafobie – strach z otevřených prostranství, z přeplněných prostor, z opuštění domova.

Sociální fobie – strach ze situací, kdy člověk může být pozorován a posuzován druhými (z jezení či pití na veřejnosti, z mluvení před lidmi, ze setkání se s neznámými lidmi atd.), snaha vyhýbat se takovým situacím, u dětí se manifestuje obvykle v podobě školní fobie.

Izolované (specifické) fobie – nepřiměřený, přehnaný strach z určitého konkrétního objektu, desítky až stovky druhů, nejčastější strach ze zvířat (hadi, myši, hmyz, psi) a klaustrofobie či akrofobie.

F41 JINÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY

Panická porucha – opakované záchvaty paniky, nejsou vázány na určité podněty nebo situace, mohou nastat kdykoliv, spontánně a nečekaně. Jsou provázeny masivní úzkosti, silnou obavou, že se přihodí něco hrozného, strach ze smrti a ze ztráty kontroly, depersonalizace, derealizace. Doprovázeno intenzivními tělesnými příznaky – bušení srdce, bolest na hrudi, pocity dušení, závratě. Trvání ataky 5-20 minut.

Generalizovaní úzkostná porucha – vyskytuje se u 5%, nezávisí na pohlaví, nejčastější úzkostná porucha ve vyšším věku (55-85 let). Nadměrné zaobírání se starostmi, stresujícími myšlenkami, obavy o zdraví vlastní a blízkých, obavy ze selhání v práci či studiu sebe či blízkých, finanční záležitosti, budoucnost. Vegetatitvní příznaky únava, závratě, nevolnost, poruchy spánku, hlavně usínání. Objevuje se nenápadně, pozvolna a postupně se prohlubuje.

Smíšená úzkostně depresivní porucha – úzkost a deprese dohromady, ani jedna nedosahuje dostatečné míry pro vlastní diagnózu.

F42 OBSEDANTNĚ KOMPULSIVNÍ PORUCHA

Výskyt – 2,5%, vyrovnaně dle pohlaví.

V popředí jsou vtíravé, vůlí nepotlačitelné myšlenky (obsese), vedou obvykle k úzkosti, doprovázené opakovaným, ritualistickým, zdánlivě nesmyslným chováním – stereotypní, neúčelné (kompulze).

Vysoká komorbidita – s depresí a generalizovanou úzkostnou poruchou (50-70%).

F43 REAKCE NA STRES

Akutní reakce na stres – přechodná odpověď na traumatizující událost. Trvá několik hodin až dní. Zpočátku zúžené vědomí.

Posttraumatická stresová porucha – opožděná protrahovaná reakce na stresovou situaci katastrofického charakteru – válka, přepadení, znásilnění, přírodní katastrofy, závažné dopravní nehody… Projevy znovuprožívání traumatické události, noční můry, zvýšená vzrušivost, vyhýbání se situacím připomínajícím trauma…