

PSYCHOTICKÁ ONEMOCNĚNÍ

Mgr. Eva Vášová





DISOCIATIVNÍ PORUCHA NENÍ SCHIZOFRENIE

ÚVOD

Psychózy – v minulosti: bez zásadního vnitřního přičinění, samo o sobě

- Dnes duševní porucha s výskytem halucinací, bludů, dezorganizace řeči a chování
- Psychotické symptomy – u schizofrenie nezbytné, mohou být i u dalších duševních či organických poruch (zde nemusejí být)

Neurózy – v minulosti: s podílem na prostředí

PSYCHÓZA

závažná duševní porucha vyznačující se ztrátou kontaktu s realitou. Charakteristická je přítomnost psychotických příznaků, jako jsou poruchy vnímání (iluze, halucinace), formální i obsahové poruchy myšlení (dezorganizované myšlení a bludy), nezřídka doprovázené poruchami chování a emotivity

PSYCHÓZY

F 20 schizofrenie

F 21 schizotypní porucha

F 22 trvalé duševní poruchy s bludy

F 23 akutní a přechodné psychotické poruchy

F 24 indukovaná porucha s bludy

F 25 schizoafektivní poruchy

F 28 jiné neorganické psychotické poruchy

F 29 nespecifická neorganická psychóza

KDE SE S NIMI SETKÁME V
PRAXI ?

SCHIZOFRENIE

F20 dle MKN-10 - porucha postihující řadu domén, od emocí, přes osobnost až po kognitivní funkce - je charakterizována směsicí příznaků, z nich žádný není patognomický - kromě charakteristických příznaků je doprovázená výrazným snížením výkonnosti


Výskyt se udává 1%



HISTORIE

Dementia praecox – předčasná demence

Jack Kerouac



schizofrenické poruchy jsou obecně charakterizovány podstatnou a typickou deformací myšlení a vnímání.

Afekty nepřiměřené nebo otupělé. Jasně vědomí a intelektuální kapacita jsou obvykle zachovány, ačkoliv v průběhu doby se mohou vyvinout určité kognitivní defekty.

nejdůležitější psychopatologické fenomény zahrnují: ozvučování myšlenek; vkládání nebo odnímání myšlenek; vysílání myšlenek; bludné vnímání a bludy ovládnutí; pasivita nebo ovlivňování; sluchové halucinace, které komentují nebo diskutují o pacientovi ve třetí osobě; poruchy myšlení a negativní příznaky.

PŘÍZNAKY

pozitivní (poruchy myšlení, poruchy vnímání, poruchy jednání)

- „navíc“

negativní (poruchy emocí, poruchy vůle)

- „chybí“

kognitivní (pokles kognitivního výkonu, deteriorace)

POZITIVNÍ PŘÍZNAKY

Bludy: porucha myšlení, nepravdivé a nevývratné přesvědčení, chybná interpretace informací znamená pro pacienta pocit ohrožení - charakteristiky bludu: nepravdivost, nevývratnost, vliv na jednání, chorobný vznik

Halucinace: poruchy vnímání, různé smysly - intrapsychické halucinace

Dezorganizovaná řeč: porucha komunikace, odráží dezorganizaci myšlení

Dezorganizované a bizarní chování: porucha motorického nebo behaviorálního monitorování a kontroly

NEGATIVNÍ PŘÍZNAKY

Alogie: ochuzelá řeč nebo řeč postrádající obsah

Emoční oploštělost: snížená schopnost vyjadřovat emoce

Sociální staženost: aktivní nebo pasivní

Anhedonie: ztráta prožívání radosti

Abulie: neschopnost zahájit nějakou činnost nebo u ní setrvat

KOGNITIVNÍ PŘÍZNAKY

narušení pozornosti, exekutivních funkcí, logického usuzování

narušená schopnost abstrakce

snížené porozumění sociálním situacím

deteriorace kognitivních funkcí → celkové snížení kognitivního výkonu

PRŮBĚH SCHIZOFRENICKÝCH PORUCH JE

trvalý nebo

epizodický s narůstajícím nebo trvalým defektem,

jedna nebo více atak s úplnou nebo neúplnou remisí.

Kdy se nestanovuje: za přítomnosti rozsáhlých nebo manických symptomů, (afektivní porucha), onemocnění CNS, epi, NL – intoxikace, odnětí NL

RŮZNÉ DRUHY SCHIZOFRENIE

F20.0 Paranoidní schizofrenie

F20.1 Hebefrenní schizofrenie

F20.2 Katatonní schizofrenie

F20.3 Nediferencovaná schizofrenie

F20.3 Nediferencovaná schizofrenie

F20.4 Postschizofrenní deprese

F20.5 Reziduální schizofrenie

F20.6 Schizophrenia simplex

F20.8 Jiná schizofrenie

F20.9 Schizofrenie NS

F20.1 PARANOIDNÍ SCHIZOFRENIE

charakterizována relativně trvalými, často persekučními bludy, které jsou většinou provázeny halucinacemi sluchovými a poruchami vnímání. Poruchy afektivní, poruchy vůle, řeči a symptomy katatonní jsou buď nepřítomné nebo poměrně nenápadné



F20.1 HEBEFRENNÍ SCHIZOFRENIE

nápadné změny afektivní, bludy a halucinace jsou částečné a prchavé, chování neodpovědné, nepředvídatelné, manýrismus je obvyklý. Nálada je nepřiměřená a plochá. Myšlení je dezorganizované a řeč je inkoherentní. Je zde tendence k sociální izolaci.

Prognóza je obvykle špatná kvůli rychlému rozvoji negativních symptomů, zvláště oploštění afektů a ztrátě vůle.

Hebefrenie by se normálně měla diagnostikovat pouze v dospívání a u mladých dospělých.



F20.2 KATATONNÍ SCHIZOFRENIE

charakterizována především výraznými psychomotorickými poruchami, které mohou oscilovat mezi hyperkinézou a stuporem nebo povelovým automatizmem a negativizmem. Strnulé postoje mohou trvat dlouhou dobu.

Buď útlum všech pohybů, pacient nehýbně leží, nepřijímá někdy potravu a tekutiny, ale vnímá své okolí, není v bezvědomí (katatonní stupor)

Nehovoří (mutismus), někdy ale automaticky vykonává některé povely, které mu vyšetřující řekne (povelový automatizmus)

Jeho tělo působí jako strnulé, pasivně ohebné (vosková ohebnost)

V lůžku i jinde někdy nemocný drží končetiny a hlavu v nepřirozených polohách, do kterých jsou mu vyšetřujícím umístěny (nastavy), typický je příznak fiktivního polštáře, když pacient leží se zvednutou hlavou, jakoby pod ní měl polštář.



F21 SCHIZOTYPÁLNÍ PORUCHA

Porucha charakterizovaná excentrickým chováním, odchylkami myšlení a afektivity podobně jako u schizofrenie, chybí však typické schizofrenní příznaky (bludy). Průběh bývá trvalý, obdobně jako u poruch osobnosti. Může se někdy rozvinout do schizofrenie.

F22 PORUCHY S TRVALÝMI BLUDY

Hlavním příznakem jsou často celoživotně přetrvávající bludy. Může se jednat o jeden izolovaný nebo o soustavu bludů. Typicky se jedná o perzekuční, hypochondrické, kverulantské, žárlivecké aj. bludy. Jiná psychopatologie nebývá přítomna. Bývá rezistentní na léčbu.

F23 AKUTNÍ A PŘECHODNÉ PSYCHOTICKÉ PORUCHY

Poruchy s akutním začátkem (do 2 týdnů) s typickými příznaky (schizofrenními, s převahou bludů) nebo polymorfně proměnlivými, bouřlivým průběhem, často spojené s akutním stresem. Pokud přetrvávají déle než 1–3 měsíce, diagnóza by se měla překlasifikovat. Zpravidla dobře reaguje na léčbu antipsychotiky.

F24 INDUKOVANÁ PORUCHA S BLUDY

Vzácná porucha s bludy, kterou sdílí osoby s blízkým vztahem. Nemocný přebírá psychopatologii od dominantního jedince, který sám trpí primární psychotickou poruchou. V léčbě pomůže oddělení obou jedinců.

F25 SCHIZOAFEKTIVNÍ PORUCHY

Poruchy, u nichž jsou současně přítomny významné schizofrenní i afektivní příznaky. Průběh bývá v atakách s remisemi, podle klinické manifestace se dělí na manický, depresivní nebo smíšený typ. Vedle antipsychotik se v léčbě používají i stabilizátory nálady. Prognóza bývá příznivější než u schizofrenie.

DIAGNOSTIKA

Stanovení diagnózy - psychiatrie nemá biologické markery - biologicky maximálně vylučujeme, že to něco není... - výsledek je dohoda (postup podobný indukci – nikdy si nemůžeme být stoprocentně jisti) - zároveň diagnóza je proces – je možné ji průběžně měnit - jsou sice guidelines, ale vždy léčíme to, co aktuálně probíhá

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

toxická psychóza

organicita (tumor, incipientní demence)

dekompenzace osobnosti

PAS ...

mnohdy úloha pro psychologa!

PSYCHOLOG. VYŠETŘENÍ

testová baterie: ROR MMPI-2 WAIS-III = golden standard

neuropsychologické metody

kresebné projektivní metody (Kresba postavy, Kresba stromu...) – sporné!

jiné projektivní metody (TAT ad.)

LÉČBA

farmakoterapie (antipsychotika, ECT, rTMS)

psychoterapie

další doplňkové metody (režimová terapie, ergoterapie, nácvik sociálních dovedností, kognitivní trénink, arteterapie)

Edukace

COMPLIANCE x ADHERENCE

COMPLIANCE

dodržování pokynů a doporučení lékaře, dodržování léčby

CO ZPŮSOBUJE NONCOMPLIANCI ?

10 min. ve skupinkách po 3

COMPLIANCE V LÉČBĚ SCHIZOFRENIE

Je zásadním faktorem pro dlouhodobou léčbu schizofrenie.

Zhruba 50 % schizofreniků je noncompliantních, což vede často k rehospitalizaci.

Důvody : náhled, přijetí medikace, vedlejší účinky, zejména subjektivně nepříjemné, jsou častým důvodem přerušování medikace.

Noncompliance je při léčbě antipsychotiky častá, je zásadním faktorem pro další vývoj onemocnění

Přitom počet relapsů by při optimální léčbě zřejmě mohl dosáhnout i jen 15 %

PŘÍČINY NONCOMPLIANCE

poruchy vnímání – hlasy

kognitivní postižení - pochopit potřebu medikace a přijmout fakt onemocnění.

náhledu pacienta. vzhledem k poškození kognitivních funkcí obecně nižší než u ostatních chronických onemocnění. Nedostatek náhledu je někdy považován za základní příznak schizofrenie.

Pacienti žijící osamoceně

důsledek obranného mechanismu, popření, které chrání proti snížení sebeúcty. Za nežádoucí účinky: **extrapyramidové syndromy**, sedace, neuroleptická dysforie, sexuální dysfunkce a nárůst hmotnosti.

EXTRAPYRAMIDOVÝ SYNDROM (EPS)

polékový parkinsonský syndrom, neuroleptický maligní syndrom.

Myoklonus (náhlý, velmi rychlý pohyb svalů)

Tremor

Tiky

Akatizie (pocit neklidu, nutnost se pohybovat, stres při zamezení pohybu, pocházení, přešlapování, poklepávání končetinami, pohyby trupem v sedě)

Dystonie (mimovolná kontrakce svalů, která uvádí tělo nebo jeho část do vynucené polohy)

okulogyrní krize (konjugované deviace bulbů nahoru nebo do strany)

oromandibulární dystonie (kontrakce svalstva oblasti mandibuly působící potíže s otevíráním nebo zavíráním úst)

axiální dystonie (dystonická postura se záklonem šíje, trupu nebo páteře)

DISKUSE 1.

CO DĚLAT V PŘÍPADĚ, ŽE SE JEDNÁ O NEBEZPEČNÉHO ČLOVĚKA S PSYCHOTICKÝM ONEMOCNĚNÍM ?

Jaký systém navrhujete?

LÉČBA SCHIZOFRENIE V ČR

Ambulantní léčba

Hospitalizace (akutní, doléčovací odd., chronické)

OLA a OLÚ

Krajní případ - ÚpVZD

HOSPITALIZACE DOBROVOLNÁ/NEDOBROVOL NÁ

způsoby přijetí:

- na základě tzv. parere od praktického lékaře, ambulantního psychiatra...
- přes centrální příjem
- cestou krizového centra dobrovolná hospitalizace
- podepsání dobrovolného vstupu do 24 hodin od příjmu nedobrovolná hospitalizace
- „pacient ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy nebo touto poruchou trpí nebo je pod vlivem návykové látky, pokud hrozbu pro pacienta nebo jeho okolí nelze odvrátit jinak“ (zákon č. 172/2011 Sb., o zdravotních službách)
- do 24 hodin nahlášeno soudu → zahájení detenčního řízení neboli řízení o vyslovení přípustnosti převzetí do ústavů zdravotnické péče a držení v ústavu zdravotnické péče
- rozhodnutí do 7 dnů - poté možnost do 15 dnů odvolání ze strany pacienta

JAK KOMUNIKOVAT SE SCHIZOFRENNÍM PACIENTEM

Komunikace se schizofrenním pacientem z hlediska **bezpečnosti**:

mít na paměti, že „klidné“ chování pacienta se může velmi rychle, neočekávaně změnit např. v psychomotorický neklid, agresi vůči sobě, jiným, věcem

zajistit bezpečnost - odstranit potenciálně nebezpečné předměty

- vhodnější přístup ze strany, přístup čelem by mohl vyvolat protiútok, nepřístupovat zezadu

- nedělat prudké pohyby

- dodržovat bezpečnou vzdálenost – délka paže

- zachovat si volnou únikovou cestu

- omezení pacienta: 5 lidí (co člověk, to končetina, lékař drží hlavu), síťové lůžko, izolační místnost, kurty, aplikace zklidňující medikace, asistence policie

JAK KOMUNIKOVAT SE SCHIZOFRENNÍM PACIENTEM

vystupovat klidně, uvolněně, snažit se o získání důvěry

- klidný hlas, ne vystupňované emoce, krátké a jasné fráze, hovořit srozumitelně a věcně (nešeptat, nehovořit v náznacích)

- pacientovi průběžně vysvětlovat, co se bude dít, a požádat jej o spolupráci


- nutno počítat s tím, že někdy pacient není schopen komunikovat, nerozumí, co mu sdělujeme, není schopen informace zpracovat

- vyjádřit pochopení, pro obnovení vztahů ponecháme prostor a čas
kontrolovat vlastní emoce nenapomínat, nepoučovat, nehodnotit, nelhat
nevymlouvat, nepotvrzovat, nediskutovat s pacientem, který nám sděluje své bludy nebo halucinace

- v případě halucinací (zpravidla sluchových), se snažit získat informaci, co pacientovi přikazují, co musí např. udělat

PSYCHOTERAPIE

- posilovat zdravý vztah ke světu – ukazovat jiné možnosti nahlížení
- sebepoznání
- práce na vytvoření vlastní stabilní identity
- posilování vnějších i vnitřních opor, budování obecné důvěry ke světu
- u klientů s náhledem: některé běžné prožitky pokládají za patologické – normalizovat → snížení úzkosti
- funkčnost sebepodpůrných skupin vedených jedincem s vlastní zkušeností???



Lze říci, že účinnějšími se jeví postupy kombinující nejen edukaci (informace typu „vím, jak nemoc-schizofrenie vypadá“), ale také přijetí nemoci se vším (nejen včetně medikace), co přináší (tedy spíše tvrzení typu „jsem nemocný – schizofrenik“).

Další možností zvýšení adherence k antipsychotické medikaci je podávání depotních preparátů

UZAVŘENÉ ODDĚLENÍ

- oddělení se zvýšenými bezpečnostními opatřeními, zdravotnickým dohledem a jasněji nastaveným režimem
- pro pacienty, kteří se nachází se ve fázi onemocnění, kdy dominuje porucha myšlení a vnímání
- je zvýšené riziko suicidálního jednání
- pacienti, kteří se nedokáží o sebe postarat
- hrozí riziko útěku

ÚSTAV PRO VÝKON ZABEZPEČOVACÍ DETENCE

Spadá pod VS ČR

Pacienti x chovanci

Pouze na rozhodnutí soudu

Není trest, jedná se o ochranu společnosti, každá rok se zkoumá, zda pominuly důvody pro zabezpečovací detenci

Závažné TČ (§140), maření léčby, nebezpečný pro personál a pacienty...

DISKUSE 2.

Destigmatizace

Setkáváte se s tím, že lidé ve vašem okolí jsou ovlivněni médii (případy schizofrenik = nebezpečný blázen)?

Co proti tomu můžete dělat vy sami?

UMĚLCI - LOUIS WAIN (? DG NENÍ USTÁ)



ALOÏSE CORBAZ

švýcarská malířka



SIGRID HJERTÉN – ŠVÉDSKÁ MALÍŘKA



VINCENT VAN GOGH

V TÉ DOBĚ SE NEDIAGNOSTIKOVALA



JOHN NASH (FILM ČIS)

(TEORIE PARCIÁLNÍCH DIFERENCIÁLNÍCH ROVNIC)

(c) $\frac{\partial^2 z}{\partial r \partial \theta} = \frac{\partial^2 z}{\partial \theta \partial r} = \frac{\partial}{\partial \theta} \left(\frac{\partial z}{\partial x} 7 \cos \theta + \frac{\partial z}{\partial y} 7 \sin \theta \right)$ *How do I get from this*

Given $z = f(x, y)$
 $x = 7 \cos \theta$
 $y = 7 \sin \theta$

$$= -7 \sin \theta \frac{\partial z}{\partial x} + 7 \cos \theta \frac{\partial}{\partial \theta} \left(\frac{\partial z}{\partial x} \right) + 7 \cos \theta \frac{\partial z}{\partial y} + 7 \sin \theta \frac{\partial}{\partial \theta} \left(\frac{\partial z}{\partial y} \right)$$

← to this?

$$= -7 \sin \theta \frac{\partial z}{\partial x} + 7 \cos \theta \left(\frac{\partial^2 z}{\partial x^2} \frac{\partial x}{\partial \theta} + \frac{\partial^2 z}{\partial y \partial x} \frac{\partial y}{\partial \theta} \right) + 7 \cos \theta \frac{\partial z}{\partial y}$$

$$+ 7 \sin \theta \left(\frac{\partial^2 z}{\partial y^2} \frac{\partial y}{\partial \theta} + \frac{\partial^2 z}{\partial x \partial y} \frac{\partial x}{\partial \theta} \right)$$

← Same here

$$= -7 \sin \theta \frac{\partial z}{\partial x} + 7 \cos \theta \left(-7r \sin \theta \frac{\partial^2 z}{\partial x^2} + 7r \cos \theta \frac{\partial^2 z}{\partial y \partial x} \right)$$

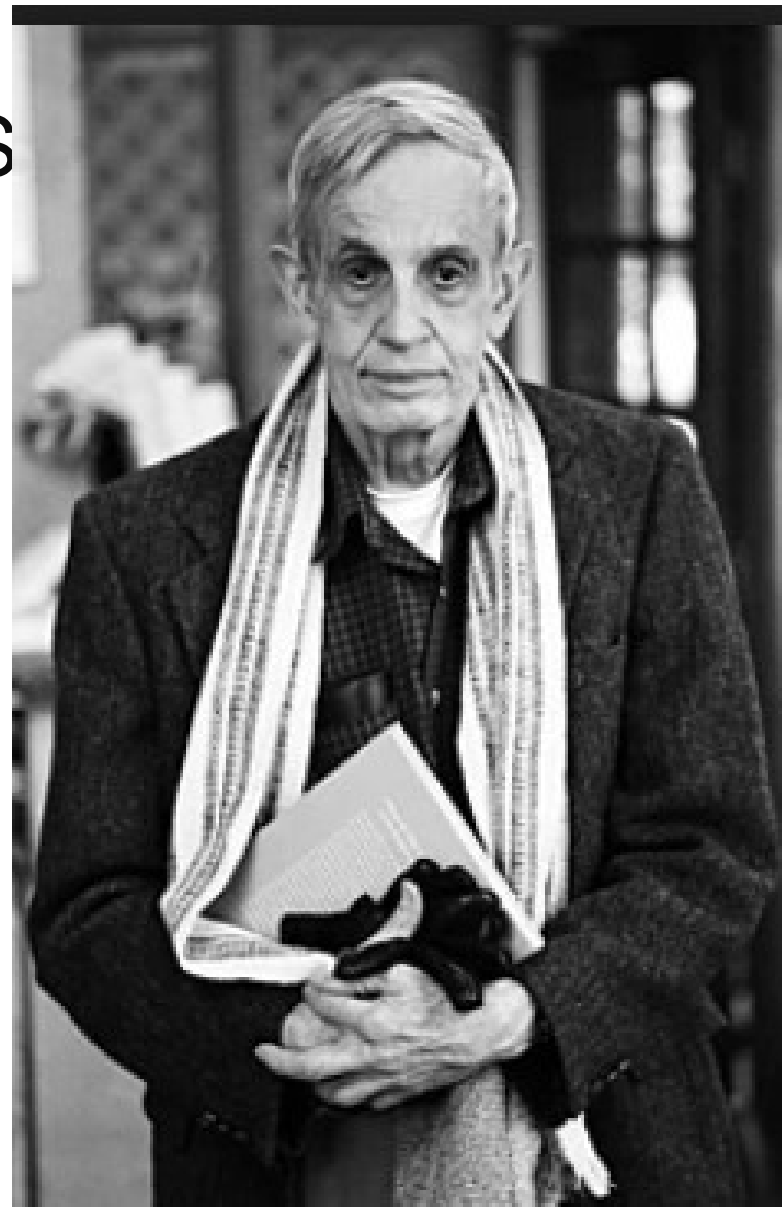
$$+ 7 \cos \theta \frac{\partial z}{\partial y} + 7 \sin \theta \left(7r \cos \theta \frac{\partial^2 z}{\partial y^2} - 7r \sin \theta \frac{\partial^2 z}{\partial x \partial y} \right)$$

$$= -7 \sin \theta \frac{\partial z}{\partial x} - 49r \cos \theta \sin \theta \frac{\partial^2 z}{\partial x^2} + 49r \cos^2 \theta \frac{\partial^2 z}{\partial y \partial x}$$

$$+ 7 \cos \theta \frac{\partial z}{\partial y} + 49r \cos \theta \sin \theta \frac{\partial^2 z}{\partial y^2} - 49r \sin^2 \theta \frac{\partial^2 z}{\partial y \partial x}$$

$$= 7 \cos \theta \frac{\partial z}{\partial y} - 7 \sin \theta \frac{\partial z}{\partial x} + 49r \cos \theta \sin \theta \left(\frac{\partial^2 z}{\partial y^2} - \frac{\partial^2 z}{\partial x^2} \right)$$

$$+ 49r (\cos^2 \theta - \sin^2 \theta) \frac{\partial^2 z}{\partial y \partial x}$$



DAVID HELFGOT

SCHIZOAFEKTIVNÍ PORUCHA, AUSTRALIE



JACK KERO



MOJE PRVNÍ ZKUŠENOST S PSYCHOTICKÝM PACIENTEM

Stáž v PN Brno - Černovice