

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.
Praha 5**

**AKUTNÍ PSYCHICKÉ PORUCHY A JEJICH LÉČBA
V PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČI**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

HANA FIALOVÁ

Praha 2013

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ o.p.s. Praha 5

**AKUTNÍ PSYCHICKÉ PORUCHY A JEJICH LÉČBA
V PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČI**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

HANA FIALOVÁ

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Komise pro studijní obor: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: MUDr. Helena Šmolíková

Praha 2013



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, 150 00 Praha 5

Zadání

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 28. 3. 2013

.....

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji za cenné rady, připomínky a podporu při zpracování bakalářské práce MUDr. Heleně Šmolíkové a PhDr. Karolíně Moravcové, svým přátelům a rodině.

ABSTRAKT

FIALOVÁ, Hana. *Akutní psychické poruchy a jejich léčba v přednemocniční péči.* Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Helena Šmolíková, Praha. 2013, 47 s.

Tématem bakalářské práce je seznámení se s akutními psychickými poruchami a jejich léčbou v PNP. V teoretické části jsou uvedeny důležité pojmy v psychiatrii, vysvětlení rozdílu mezi bludem a halucinací, obranné mechanismy organismu využívané nevědomky každý den a zmínka o historii. Nosnou částí práce je popis jednotlivých onemocnění se stručnou charakteristikou, diagnostikou a léčbou a dále propojení s dalšími prvky integrovaného záchranného systému. V praktické části jsou uvedeny případové studie, které jsou dopodrobna rozebrány a vyhodnoceny.

Klíčová slova: Agrese. Bludy. Halucinace. Schizofrenie. Suicidia. Vnímání.

FIALOVÁ, Hana. *Acut mental disturbance and treatment in prehospital care.* Nursing college, o.p.s. Degree of qualification: Bachelor (Bc.). Tutor: MUDr. Helena Šmolíková, Prague. 2013, 47 pages

The topic of this bachelor thesis is an acute mental disturbance and treatment in the surroundings of pre-hospital emergency care. The theoretical part introduces the significant psychiatric concepts, the difference between delusions and hallucinations. The defense mechanisms of the organism uses stress hormones unconsciously every day and at the end of the thesis there is a reference about history. The main part of the thesis describes specific diseases with its brief sign and symptoms, diagnostics and treatment. The following part is a connection with other elements of the integrated rescue system. The practical part deals with clinical studies, which are discussed in details and evaluated.

Key words: Aggression. Delusions. Hallucination. Schizophrenia. Suicide.

Perception

OBSAH

SEZNAM TABULEK

SEZNAM ZKRATEK

ÚVOD	11
1 HISTORIE ŠÍLENSTVÍ	12
2 ZÁKLADNÍ POJMY V PSYCHIATRII	15
2.1 Vědomí	15
2.1.1 Vigilita	15
2.1.2 Uvědomění si sebe sama	15
2.2 Osobnost	16
2.3 Paměť	17
2.4 Vnímání	17
2.5 Myšlení	17
2.6 Inteligence	18
2.7 Jednání	18
3 OBRANNÉ MECHANISMY	19
3.1 Definice obranných mechanismů	19
3.2 Přehled jednotlivých obranných mechanismů	19
4 PSYCHÓZY	21
4.1 Definice psychózy	21
4.2 Schizofrenie	22
4.2.1 Diagnostika	23
4.2.2 Léčba	23
5 AFEKTIVNÍ PORUCHY	24

5.1 Definice afektivních poruch	24
5.2 Deprese	24
5.3 Mánie a hypománie	25
5.4 Bipolární afektivní porucha	26
6 ÚZKOSTNÉ PORUCHY A PORUCHY VYVOLANÉ STRESEM	27
6.1 Definice	27
6.2 Obsedantně kompulzivní porucha	28
6.3 Posttraumatická stresová porucha	29
7 TOXICKÉ PSYCHÓZY	30
7.1 Definice	30
7.2 Akutní intoxikace	31
7.3 Suicidia	32
8 PSYCHÓZY V GERIATRII	33
8.1 Charakteristika	33
8.2 Demence s psychotickými příznaky	34
9 PŘÍPADOVÉ STUDIE	35
9.1 Strategie přístupu k pacientům trpícím psychickým onemocněním	35
9.2 Farmakologická a psychologická terapie	36
9.3 Kazuistika č. 1	37
9.3.1 Diskuze	38
9.3.2 Závěr	39
9.4 Kazuistika č. 2	40
9.4.1 Diskuze	41
9.4.2 Závěr	41

9.5 Kazuistika č. 3	42
9.5.1 Diskuze	43
9.5.2 Závěr	43
DISKUZE	44
ZÁVĚR	45
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	46

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1	Typické příznaky úzkosti a strachu	27
Tabulka č. 2	Diferenciálně diagnostikovaná rozvaha psychóz	33

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1	Etapy léčby depresivní poruchy	26
------------------	---------------------------------------	-----------

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CT	Počítačová tomografie
DSM-IV revize	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch
EEG	Elektroencefalografie
i.m.	Intramuskulární aplikace
i.v.	Intravenózní aplikace
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize
MRI	Magnetická resonance
OKP	Obsedantně kompulzivní porucha
PNP	Přednemocniční neodkladná péče
PTSD	Posttraumatická stresová porucha
RLP	Rychlá lékařská pomoc
RTG	Rentgenové vyšetření
RZP	Rychlá zdravotnická pomoc
SPO2	Saturace krve kyslíkem
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

ÚVOD

Psychické poruchy jsou nedílnou součástí našeho života. Jako zdravotnický personál i jako nezávislé osoby se s nimi setkáváme stále častěji.

V obou případech je velice těžké rozpoznat, o jakou psychickou poruchu se v dané situaci jedná. Stavy, při kterých dochází k poruše kontaktu s realitou, nemusí být jen samotné psychózy, ale dost často se může jednat o intoxikace různými látkami, nádory na mozku i některé závažné infekce nervového systému. Dalšími typickými modely souvisejícími s psychickou poruchou jsou suicidia (sebevraždy) různých forem, stresové poruchy vznikající následkem traumatu, agrese z nejrůznějších příčin apod..

Důležitým atributem jsou vědomosti, jak s takovým pacientem jednat a vyhnout se situacím, při kterých může jít až o život. Pokud se tato situace naskytne, nastupují další jednotky integrovaného záchranného systému (hasiči, policie).

Zajímavostí zůstává, jak se s duševními poruchami vypořádávali naši předkové. Již ve starověku nalezneme zmínky o těchto poruchách, jež nebyly přisuzovány k onemocnění mozku, ale k božím trestům, démonům a vyšší moci, které byly „lčeny“ nejrůznějšími někdy až krutými způsoby.

Cílem absolventské práce je obohatit laickou veřejnost, současné i budoucí záchranáře o informace, které autor i přes rozmanitost tématu vyhodnotil jako ty nejpodstatnější, vhodné k využití v praxi. Poznatky se netýkají jen přednemocniční péče, ale byly vybírány tak, aby zde byly shledány určité souvislosti promítající se do povolání zdravotnického záchranáře.

Nejen znalosti a profesionalita jsou prostředkem kvality práce záchranáře, ale důležité jsou i schopnosti, empatie a obezřetnost zvláště v situacích, kdy je třeba poskytnout pomoc osobám trpícím psychickou poruchou. Včasná předvídatelnost a pochopení může pozitivně ovlivnit průběh celého zásahu bez závažnějších následků.

Dalším cílem je vypracovat příkladové studie na reálném podkladu a zohlednit profesní přístup, léčbu a transport přímo v terénu.

1 HISTORIE ŠÍLENSTVÍ

Psychiatrie, obor, jež byl pojmenován roku 1804 německým lékařem J. CH. Reilem, je brán hlavně jako obor medicíny, ale zároveň zasahuje také do humanitních rozměrů lidského poznání a přírodovědných oborů. Zájem o dějiny psychiatrie narůstá s touhou o pochopení hranic mezi duševním zdravím a nemocí s různými projevy šílenství, které se léčily nejrůznějšími metodami.

„Psychiatrické ošetřování je ze všech lékařských terapií časově nejnáročnější a ne pokaždé si můžeme být jisti kým výsledkem.“ (ČERNOUŠEK, M., 1994 s. 12). Léčba procházela různými proměnami od antiky až po současnost.

Již v počátku byl kladen důraz na vyváženost zdravého těla a zdravé mysli, vzájemnost rovnováhy a nerovnováhy, jakožto zdraví a nemoci-šílenství jako důsledku trestu za hříchy. Vystavování bláznů a šílenců za mírný poplatek ve věžích. Lodě, na jejichž palubách se převážely pomatené a šílené osoby odsouzené k doživotnímu putování mezi městy za účelem neohrozit a nepoškodit běžné měšťany.

Stejně tak jako je v dnešní době alternativní medicína využívána a čím dál více rozšiřována, je i zrcadlena v dějinách psychiatrie. Používaly se muchomůrky, různé plody, semena v sušené nebo v extrahované formě. Léčba šokem nebyla v té době nic neobvyklého. Naopak byla považována za terapeuticko chemicko-fyzikální děj, při němž se nemocnému jako následek prožitých hrůz měla jeho duše očistit a navrátit k reálnému žití. V Indii k této terapii používali slony, jakožto mohutné zvíře, které v člověku probouzelo respekt a zároveň žádoucí strach. Podobné účinky se projevovaly po uštknutí jedovatými hady.

Další terapií bylo pročišťování, což znamenalo výměnu nečisté, melancholické krve za krev čistou. S tím byla také spojena transfúze, tedy v té době terapie melancholie, se kterou přišel roku 1662 švýcarský lékař H. Hoffman. Sám však výměnu nikdy neuskutečnil. Až teprve na sklonku 17. století se tato metoda dostala do Francie.

Nemocnému trpícímu melancholií bylo vyměněno asi deset uncí krve a nahrazeno krví z dobytčete, čímž se očistila i jeho mysl, a takto se pokračovalo několik dnů. Při dalších experimentech však pacient vždy zemřel, proto se od této metody brzy ustoupilo. Protože byl termín krevních skupin dosud neznámý, je nevysvětlitelné, jak první pacient mohl tento pokus přežít.

Nejužívanější a nejrozšířenější metodou byla vodoléčba. Voda byla považována za nejcistší látku v přírodě, navozující rovnováhu psychickou i tělesnou, byla využívána v léčbě duševně nemocných bez rozdílu. Potápění do kádí, bazén s překvapením, kde hlavní roli sehrál moment neočekávání a délka ponoření. Hlavním účinkem metody byla reorganizace tělesných tekutin a celkový útlum nemocného.

Osvědčeným způsobem v léčbě melancholie byla také léčba regulací pohybem, což se také promítá i do současnosti. Ozdravující účinky lékaři nacházeli v běhu, při chůzi, jízdě na koni, plavbou na lodi i při cestování, přičemž se v těle rozdělovaly tělesné tekutiny a harmonizovaly myšlenky. Souhra s přírodou a pohyb na čerstvém vzduchu má pozitivní účinky i dodnes, a to nejen na nemocné.

Objevovaly se také případy, kdy bylo na místě omezit šílenci pohyb. Proto začaly vznikat svěřací kazajky, upoutávací židle, znehybňující lůžka, okovy, řetězy a klece.

Ve středověké Evropě se o slaboduché či blouznivce starali ti nejbližší. Hůře na tom byli ti, kteří žili bez příbuzenských pout, s nezvratným osudem se stavěli do role vyděděnců a vyhnanců.

Jako první instituce, která podpořila vyhnané nebožáky, byla vystavěna v Anglii. Jednalo se o soukromý projekt, konkrétně blázinec, který vznikl výhradně za účelem zisku. Za péči o duševně nemocného se v té době obstojně platilo. Kolem budov soukromých blázců se zpočátku šířil strach, ale nebyl to strach, který by vzbuzovali zavření šílenci, ale strach z toho, že obviněn mohl být kdokoliv, protože se do blázince dostávali nejčastěji lidé na udání svých příbuzných.

Největší objevy přišly až ve 20. století. Jednalo se o elektrošokovou léčbu a lobotomii. Tímto se začalo poukazovat na to, že veškeré duševní choroby jsou příčinou patologie mozku.

Za objevitele elektrošokové léčby je považován psychiatr U. Cerletti, který svoji inspiraci našel až v dalekém Římě na jatkách. Šoková terapie byla považována za velký pokrok budoucnosti, ale najít ideální způsob aplikace elektrošoků bylo tehdy poutí několika výzkumů.

Elektrošok byl úspěšně aplikován na celou škálu duševních chorob, v kombinaci s kurare byla léčba bezpečněji provedena po stránce relaxačního účinku pro svaly. Takto se postupovalo do doby objevení chlorpromazinu a lithia.

Nobelovou cenou za lobotomii byl oceněn roku 1949 portugalský neurochirurg Edgar Moniz. Domníval se, že miliardy synapsí jsou hlavním podkladem pro myšlení, a že normální psychický život závisí na jejich správné funkci. Po dlouhých úvahách

dospěl k závěru, že nejdůležitější roli hraje oblast prefrontálních laloků a rozhodl se zde přerušit vlákna spojující neurony a uvést tak do pohybu jiné synaptické skupiny. Za pomoci alkoholu, který byl zprvu používán k terapii, nejdříve došlo pouze ke krátkodobému zlepšení a zmírnění agresí. Jelikož Moniz chtěl dosáhnout permanentních výsledků, ve spolupráci s dalším psychiatrem vynalezl nástroj jehlicového tvaru, jež pojmenoval leukotom, který se později stal modifikací skalpelu.

Zpočátku lobotomie vyvolávala veliký ohlas u lékařů, později ji však začali zpochybňovat a v některých zemích byla dokonce zakázána. V roce 1960 byla lobotomie konečně vytlačena ze scény a nahradily jí psychotropní a psychoaktivní preparáty. (Černoušek, 2003)

2 ZÁKLADNÍ POJMY V PSYCHIATRII

2.1 Vědomí

Tento termín je definován jako stav plného jasného vědomí, uvědomování si vnějších a vnitřních podnětů, a to vzpomínek, myšlenek, tělesných vjemů, zahrnující orientaci časem a místem bez jakýchkoliv odchylek.

Tento pojem si lze vysvětlit ve dvojnásobném významu.

2.1.1 Vigilita = bdělost

Vigilita je optimální stav centrálního nervového systému a jeho schopnosti reakce na podněty. Dělí se na tři stupně poruch.

Somnolence je definována jako chorobná spavost, kdy nemocný hluboce spí, avšak všechny reflexy i funkce svěračů jsou zachovány. Reaguje na ne příliš intenzivní podněty.

Sopor je hluboká porucha vědomí, nejčastěji z patologických příčin (např. těžké intoxikace), reflexy jsou zachovány mimo polykacího, hrozí riziko aspirace. Nemocného lze probudit jen silnými podněty pouze na krátkou dobu.

Koma je těžké bezvědomí, pacient není schopen reagovat na žádné podněty.

2.1.2 Uvědomění si sebe sama

Člověk za plného vědomí je plně orientován, schopen identifikace ve vnějším světě a integrace vlastních prožitků. Pokud je tato schopnost narušena, jedná se o kvalitativní poruchu vědomí, kterou lze rozdělit do dvou kategorií.

- *Obluzené vědomí* zahrnující poruchy chování, myšlení, vnímání, vyústěné ve zkreslené představy o realitě s následnou ztrátou paměti končící většinou spánkem.

Rozlišuje se na dva typy a to *zmatenost-amence*, zapříčiněnou nejčastěji aterosklerózou mozkových tepen s následným krvácením, projevující se poruchou myšlení a orientace, s absencí atak (záchvat) s nízkou tělesnou aktivitou.

Delirium, projevující se zvýšenou aktivitou s prvky agrese. Nejčastější forma delirium tremens se objevuje při odvykacích kúrách, intoxikacích, při infekčních stavech doprovázených vysokými teplotami.(Raboch, 2001)

- *Obnubilace*, mráкотný stav s poruchami vědomí. Nemocný není orientován časem, místem, situací ani sám sebou. V mnoha případech je zakončena amnézií (ztráta paměti). Nejčastější projevy jsou viděny u epilepsie nebo hypoglykémie s krátkodobým průběhem.

2.2 Osobnost

Osobnost lze pochopit jako komplex všech duševních dějů a vlastností jednotlivce. Už Hippokrates dokázal rozdělit osobnost do několika skupin podle převahy tělesné šťávy v mozku. Sangvinik (krev), choleric (žluč), melancholik (černá žluč) a flegmatik (sliz). Později však byl brán zřetel na jiná hodnotící kritéria.

Porucha osobnosti představuje nesoulad duševních vlastností člověka, jež je pro každého jedince charakteristická. Lze ji laicky chápat také jako interakci temperamentu a charakteru.

Klasifikace poruch osobnosti je doposud nejobtížnější problematikou psychiatrů. Neradí rozdělují poruchy osobnosti do příslušných kategorií. Stupnicí pro hodnocení těchto poruch je aktuálně Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (MKN-10, 1992), kde se nalezou popisy především dlouhodobých rysů osobnosti, které lze jednoduše vytřídit do několika kategorií, lehce definovat a vzájemně odlišit. Nelze však vyloučit to, že jednotlivé typy se mohou v různých hodnoceních překrývat.

Podle statistik prevalence poruch osobnosti kolísá mezi 10-15% populace. Příčina poruch je spíše komplexní záležitostí. Na etiologii se podílí více faktorů jak vnitřních tak vnějších. Může se jednat o záněty mozku, nádory mozku, poúrazové stavy. Predispozicí je především genetika s vazbou na prenatální vývoj dítěte, kdy matka působením vnějších faktorů, jako drogy, stres, alkohol, může poškodit vývoj mozku dítěte. Výrazný vliv na rozvoj dispozice poruchy osobnosti má v základu rodinné prostředí, vztah rodičů, rozmazlování, násilí, příliš vysoké nároky na dítě. V dalším vývoji je to vliv školy, vrstevníků, kulturní vlivy. (Praško a kol., 2003)

2.3 Paměť

Paměť zahrnuje schopnost jedince uložit, vštípit, udržet (beze změny) a vybavit si paměťové obsahy, a to i po odeznění vyvolávajících podnětů. Během vývoje člověka může docházet k poruchám těchto základních složek paměti. Jedná se o mentální retardaci, paranoidní psychózy, otřesy mozku, demence nebo spojitost s věkem.

2.4 Vnímání

Vnímání je definováno jako komplexní jev s vjemem různých smyslů. Vyústěním poruchy vnímání je hrubě zkreslený obraz reality. Mezi poruchy vjemu se řadí *pravá iluze*, která je přítomna nejčastěji u delirií a psychóz. Vzniká na základě chybně vnímaného zevního podnětu, na rozdíl od halucinace, kde vnější podnět úplně chybí. V tomto stadiu slyší nemocný především hlasy, celé hovory, ale může se jednat i o zrakové, sluchové, čichové, hmatové a tělesné vjemy.

Zvláštní skupinou jsou tzv. *intrapsychické halucinace*, nejčastěji vyskytující se u pacientů se schizofrenií. Nemocný je přesvědčen o tom, že veškeré informace a myšlenky jsou mu zakomponovány do mozku nebo naopak, že jsou mu odebrány či zveřejněny.

Pokud je nemocný schopen uvědomit si absurditu svých vjemů, pak hovoříme o *pseudoiluzích a pseudohalucinacích*.

2.5 Myšlení

Myšlení je logické zpracovávání reálných vjemů za pomoci psychických funkcí zahrnujících emoce. Hlavním projevem je řeč, písmo, jednání a individualita. Mezi kvalitativní poruchy myšlení řadíme bludy a obsese.

„*Blud je mylné přesvědčení neodpovídající skutečnosti vzniklé na chorobném podkladu, o jehož správnosti je nemocný nevyvratně přesvědčen.*“ (RABOCH, J., PAVLOVSKÝ P., 2001, s. 21) Dle obsahu je lze rozdělit dále na makromanické, mikromanické a paronidní.

Obsese lze charakterizovat jako vtíravé myšlenky, které nemocný vnímá proti své vůli. Jsou doprovázeny úzkostí a nutkáním opakovat běžné denní činnosti, jako je mytí rukou, kontrola uzávěru vody, plynu. Nemocný si je vědom, že jeho konání je nadbytečné. (Raboch; Pavlovský, 2001)

2.6 Inteligence

Inteligence je hodnocena pomocí výkonostních testů (Ravenův a další), které stanoví inteligenční kvocient - IQ. Statistiky uvádí, že průměrné IQ se pohybuje mezi 90-110. Vyšší IQ nad 130 se považuje za genialitu.

Poruchy intelektu jsou děleny na primární, uváděny také pod pojmem *mentální retardace*, a sekundární nazývané *demence*. Tyto konkrétně diagnostikujeme až po druhém roce života dítěte, kdy se pomalu začíná rozvíjet řeč. Mentální retardace mají svá kritéria, dělí se dle hodnot inteligenčního kvocientu:

- Idiocie - IQ pod 20
- Těžká mentální retardace - IQ v rozmezí 20-34
- Imbecilita - IQ 35-49
- Debilita - IQ 50-69.

2.7 Jednání

Člověk jedná za nějakým účelem ve většině případů dle potřeby. Reaktivní jednání nese příčinu z vnějšího prostředí. Spontánní jednání je známkou emocí a instinktů. Mezi nejčastější poruchy jednání se řadí:

- Motorický neklid - typický pro deliria, mánie, intoxikace
- Raptus - náhlé, agresivní, útočné jednání charakteristické pro schizofrenii
- další - zkratové jednání, impulzivní jednání, hyperagilnost (nepřiměřené, ale účelné jednání) (Raboch, 2001; Höschl, 2002)

3 OBRANNÉ MECHANISMY

3.1 Definice obranných mechanismů

Emoce vyvolané stresovými situacemi jsou velmi těžce zvladatelné a často také dost nepříjemné. Mohou nás ovlivňovat jak psychicky tak fyzicky v dlouhodobém časovém rozmezí.

Centrum pro emoce najdeme v oblasti hypothalamu a limbického systému. Emoce je charakterizována jako citový výlev k realitě, mající odchylky v kvalitě a délce trvání. Mezi nejznámější patologie emocí se řadí:

- Afekt - intenzivní krátkodobá emoce.
- Fobie - panický strach z konkrétní věci či situace.
- Anxieta - strach bez důvodu, nemocný neví, čeho se vlastně bojí
- Depersonalizace - porucha prožívání, člověk se cítí odcizen. Nejčastěji u lidí přepracovaných, žijící dlouhodobě ve stresu, při horečkách, depresích. Porucha není specifická pro žádné onemocnění.

Využívají se dvě formy obranných mechanismů a to většinou v kombinaci. Jedná se o proces zvládnání zaměřený na problém a proces zvládnání zaměřený na emoce. Tyto strategie však nesnižují závažnost problému či situace, spíše mění postoj jedince k situaci, proto můžeme tvrdit, že obě tyto formy obsahují prvky sebeklamu. Jsou pomocníkem k překonání nepříjemné situace, nebo k nalezení vhodného způsobu, jak se do oné situace zpětně dostat. Obranné mechanismy však mají také své hranice, nesmí se stát jedinou reakcí na zátěžové situace. (Praško, 2003)

3.2 Přehled jednotlivých obranných mechanismů

Mezi základní a nejdůležitější obrannou reakci řadíme *vytěsnění*. Veškeré bolestivé impulsy jsou vyloučeny z vědomí. Vytěšňovány jsou nejčastěji vzpomínky, pocity viny, studu, nenávisti, v následné fázi může dojít až k zapomenutí.

Dalším příbuzným obranným mechanismem je *potlačení*. Je to vlastně forma sebeovládání. Člověk si plně uvědomuje potlačování bolestivých impulsů, ale zároveň

je popírá, nebo raději odsune na dobu neurčitou. Tento postup samozřejmě není řešením. Samotné potlačení problémů a neschopnost ventilace může převrátit náš psychický stav do úzkosti až deprese s vlivem i na fyzický stav.

Bylo dokázáno, že pokud bychom se podělili se svými problémy, ať už s odborníkem či pouze s dobrým přítelem, sníží se tendence k opakovanému rozebírání myšlenek na minulost a celkovému zlepšení zdravotního stavu organismu.

Racionalizace, tento obranný mechanismus se využívá k sebeomlouvání nebo zdůvodnění chování a postoje k určité situaci. Tím sami sebe žádáme o vysvětlení, z jakého důvodu, nebo proč to nemohlo vyjít? Výsledkem je snaha vidět se v lepším světle a omluva našeho jednání.

Reaktivní výtvor se využívá tehdy, kdy je snaha zastínit nějakou pohnutku před sebou samými tak, že dojde k silnému vyjádření v její, opačný motiv. Příkladem lze uvést matku, která nechtěla svoje dítě, cítí pocit viny a obhajuje se tím, že dítě přehnaně opatrovává, rozmazluje a dokazuje si tak sama sobě, že je dobrou matkou.

Projekce dopomáhá k přesouvání negativních vlastností na účet druhých. Tím vzniká určitá ochrana v poznání před sebou samými a uvědomění si nežádoucích vlastností. Málo z nás si připouští své negace, kterých se občas dopouštíme na druhých. Pokud jsme přesvědčeni o tom, že se vlastně chováme tak, jak si kdo zaslouží, naše tvrdost v jednání vlastně není založena na našich špatných vlastnostech.

Intelektualizace je nezbytná pro obory, jako jsou záchranáři, lékaři, zdravotní sestry, tedy ti, co se denně potýkají se smrtí druhých nebo s lidským utrpením. Jedná se o proces získání emočního odstupu od stresové situace pomocí abstraktních a intelektuálních termínů. Mechanismus intelektualizace je pro tyto lékařské obory nezbytný k plnohodnotné koncentraci. Problém může nastat, pokud intelektualizace přesáhne svých hranic a člověka úplně izoluje od emočních prožitků v běžném životě.

Prostřednictvím mechanismu *přesunutí* se zmírňuje pocit úzkosti tím, že potřeba, která nemůže být uspokojena běžným způsobem, se přesune na náhradní cíl. Neshody v práci a afekty ze vzteku se běžně ventilují na své blízké a rodinu. Je však nepravděpodobné, že tento proces dokáže zcela eliminovat frustrované impulzy, ale dokáže částečně snížit napětí po vyhasnutí hlavního pudu. Příkladem může být náhrada neukojených sexuálních pudů za péči o děti nebo vyhledáváním společnosti. Podtypem přesunutí je tzv. *sublimace*, která se spíše projevuje u dospělých jedinců. Určitá frustrace se může zmírnit pomocí vyjádření určitého umění, hudby, poezie nebo sportu. (Praško, 2003)

4 PSYCHÓZY

4.1 Definice psychózy

Psychóza je komplexní stav, pro který je charakteristická porucha kontaktu s realitou. Laicky řečeno, jedná se o těžkou duševní poruchu, která narušuje rovnováhu mezi sebou samým a okolním světem.

Osoba s tímto onemocněním si vytváří vlastní svět nekompatibilní s realitou. Dochází k poruše vnímání v podobě falešných vjemů, jako jsou halucinace, které nemají reálný podklad a iluze, jež mají sice reálný podklad, ale v mysli jsou odlišně zpracovány a také k poruše myšlení vyjádřené formou bludů.

Psychózy se dělí zpravidla na funkční a organické dle etiologie. Mezi funkční jsou řazeny schizofrenie, paranoia, psychoafektivní poruchy a další, tedy ty bez organického nálezu. Organické, s nálezem nádoru, atrofie, zánětu nebo s jistou souvislostí s požitím toxických látek (toxické psychózy) anebo z příčiny selhávání organismu jako celku. Příkladem jsou uvedeny jaterní selhání, hypertyreóza (zvýšená funkce štítné žlázy), systémové selhání. Toto dělení je v dnešní době vzhledem k rozvoji oboru psychiatrie nedostačující. Stále se totiž objevují nové poznatky a souvislosti, které byly například jasné pro funkční psychózu, avšak nálezy dokazují kombinaci i s organickým typem (mírné rozšíření postranních komor u schizofrenie).

Realita je složena z velkého množství informací. O tom co si paměť zachová a zpracuje, rozhoduje náš vrátný-thalamus. V kortexu (mozková kůra), na základě přijatých informací se vytváří schémata tzv. mentální mapy, které jsou individualitou pro každého. Mapy vznikají v důsledku zapojení velkého množství neuronů a posílení synaptického spojení při výskytu dvou a více informací. Tento mechanismus byl utvrzen panem Kandellem roku 1999. „*Synaptické spojení se posilují zvýšením výdeje transmiterů (přenašečů), zesílením citlivosti receptorů a v konečné fázi i morfologickou přestavbou synapsí, jejich zmnožením.*“ (HORÁČEK, J. a kol., 2003, s. 20) V praxi to funguje tak, že pokud je viděna něčí tvář a slyšeno něčí jméno, dojde současně k aktivaci neuronů s akustickým vjemem (tvář) a neuronů s vizuální informací (tvář), tím je vytvořena neuronální síť, která je později zapojena, aktivována ve výsledku vybavení jména s tváří současně. Na tvorbě map se podílejí dva důležité neurotransmiterové (vzrušivé přenašeče) systémy: systém excitační glutamatergní

a inhibiční GABAergní (týkající se synapsí, přenašečem je gaba). Tyto systémy nám kontinuálně pomáhají k utváření, přetváření, vyhledávání a doladování nových map.

Mechanismus vzniku psychóz tedy závisí na míře odlišnosti tvoření těchto kognitivních map a jejich zpracování. (Horáček, 2003)

4.2 Schizofrenie

Schizofrenie je poměrně často vyskytující se nemoc s četností asi 1% populace u žen i u mužů, s rozdílem v počátku onemocnění (u žen ve věku v rozmezí 25-35 let, u mužů dříve mezi 15-25 lety). Prevalence této nemoci souvisí s vyspělostí zemí a vzrůstá s hustotou obyvatelstva (cca nad 1 000 000 obyvatel). Vzhledem k ranosti počínajícího onemocnění, je důležité zvolit vhodný způsob přístupu a léčby pacienta už od počátku a zlepšit tak kvalitu života během onemocnění. Projevy nemoci jsou především spojeny s poruchami vnímání, objevují se halucinace, bludy (poruchy obsahu myšlení), nemocný nedokáže rozlišit realitu a vyhodnotit důležitost informací a událostí. Existuje více typů schizofrenie, toto onemocnění je velice rozmanité a jeho symptomy mohou být u každého pacienta odlišné. Nejčastějším typem je schizofrenie paranoidní. Nemocný pociťuje, že je ovlivňován, odposloucháván, že mu jsou vkládány myšlenky do hlavy, může slyšet hlasy, které komentují jeho jednání, a může být přesvědčen o nadpřirozených schopnostech.

Dle statistik k úplnému uzdravení jedince dojde pouze u jedné třetiny, u další třetiny se objevují recidivy onemocnění a poslední třetina se dostane do chronické fáze, která zcela ovlivňuje jeho plnohodnotnost života. Hrozbou tohoto onemocnění jsou suicidia. Až 50% pacientů se pokusí o sebevraždu, přibližně pro 10-13% se tento pokus stane osudným. Průběh onemocnění ovlivňuje řada faktorů, jako jsou rodinné zázemí, včasná a dobře vedená léčba farmakologická i terapeutická. (Horáček, 2003; Praško a kol., 2001)

4.2.1 Diagnostika

Základním bodem v diagnostice stále zůstává klinické vyšetření celkového stavu pacienta a odebrání anamnézy. Rodinní příslušníci pravdivě konstatují změny nálad a chování blízkého, zejména vyhasnutí po stránce citové, ztrátu zálib a objevování nového světa v podobě zrakových a sluchových vjemů. K hodnocení kritérií nemoci nám v současné praxi slouží MKN-10 revize, která jsou obohacena manuálem Americké psychiatrické asociace DSM-IV revize. Tyto klasifikační systémy jsou velice obdobné.

Nezbytně nutné pro stanovení diagnózy schizofrenie je vyloučení jiného onemocnění s podobnými příznaky nebo intoxikace. K tomu slouží pomocná vyšetření, jako jsou vyšetření očního pozadí, neurologické vyšetření, EEG, CT mozku, MRI, SPECT, toxikologické a likvorologické (týkající se tkáňového moku) vyšetření.

4.2.2 Léčba

Základní skupinou léků pro léčbu schizofrenie zůstávají neuroleptika.

V akutní fázi se podává haloperidol (5-10 mg i.m.) do celkové denní dávky 60 mg. Podobné účinky zajistí olanzapin. K utlumení akutní fáze a agresivity se podává levopromazin v bolusové dávce cca 50 mg i.m (intramuskulárně - do svalu). U tohoto léku počítáme s nežádoucími účinky, jako je hypotenze s nízkým antipsychotickým efektem.

Po zvládnutí akutní fáze může léčba plynule přejít na perorální léčbu, která bývá dosti často zanedbaná samotným pacientem při nedodržování doporučených dávek. Proto již dnes dáváme přednost léčivům s depotní (prodloužený účinek) formou u kterých je toto riziko minimální. Aplikují se pouze v jedné dávce i.m. v intervalu 10-28 dní. Je prokázána snížená frekvence hospitalizace pacientů s tímto druhem onemocnění.

Psychoterapie je nedílnou součástí léčby schizofrenie. Pokud je správně vedena může být do značné míry zlepšena celková kvalita života pacienta. Důležitý je vliv rodiny, prostředí, ve kterém se pohybuje a pravidelný denní režim, ve kterém může zapojovat své dovednosti, schopnosti a aktivitu. Nemocný se tak cítí potřebný a pochopený, což je důležitým paktem pro úspěšnost léčby. (Raboch, Pavlovský, 2001)

5 AFEKTIVNÍ PORUCHY

5.1 Definice afektivních poruch

Afektivní poruchy neboli poruchy nálad patří mezi třetí nejčastější onemocnění v psychiatrii postihující asi jednu pětinu populace. Ekonomické důsledky léčby, suicidiální důsledky s následnou narušenou pracovní kapacitou tohoto onemocnění jsou katastrofické a pohybují se v miliardách korun. Afektivní poruchy mají tendenci fázického průběhu s projevy střídání nálad.

Tyto poruchy hovoří zejména o dvou epizodách a to mánií a depresi. (Höschl a kol., 2002)

5.2 Deprese

Pro tuto epizodu jsou typické změny nálad převážně negace, pochmurné nálady a cítění, neschopnost radosti - anhedonie, anxiety (pocit úzkosti), poruchy myšlení, vnímání, sebevražedné myšlenky, nedostatečná koncentrace. Velice často tuto fázi doprovází i tělesné obtíže spojené s nespavostí, sníženou energií, únavou, bolestí, pálením, pocity tlaku, zimy, nepříjemné viscerální prožitky aj. Poněvadž se s těmito obtížemi může ztotožňovat téměř každý a vzhledem k uspěchané době ovlivněné stresem, je hlavním měřítkem pro diagnostiku deprese doba trvání, a to minimálně v časovém rozmezí dvou týdnů. Dle intenzity obtíží se deprese dělí s vlivem závažnosti na mírné, střední a těžké.

Deprese se dále dělí podle charakteristického projevu. Pro melancholii je typická ranní pesima nálady, ztráta chuti k jídlu a snížená psychomotorika a jsou spíše specifickou pro starší osoby, pro mladé je charakteristická atypická deprese s opačnými symptomy. Sekundární duševní porucha, tedy nepsychotická, jak už z názvu vyplývá, vzniká druhotně na podkladě prvotní nemoci, jako třeba deprese u karcinomu pankreatu, plic, zažívacího traktu, dlouhodobým užíváním některých léků nebo může mít souvislost s kritickým životním obdobím (porod, klimakterium).

Hlavní příčinou vzniku je úbytek nebo nedostatek jednoho nebo více amínů (noradrenalin, dopamin, serotonin). U opačného stavu tedy mánie je příčinou nadbytek těchto látek, tedy neurotransmiterů (přenašeče) v nervovém systému.

V anamnéze u těchto pacientů vždy zjišťujeme vliv určité stresové, anebo negativní životní situace. Příkladem může být ztráta blízké osoby, zaměstnání atd. (Raboch, Pavlovský, 2001)

5.3 Mánie a hypománie

V podstatě se jedná o opak deprese, s příznaky euforie. Psychomotorika je zrychlená s pocitem mimořádných schopností a síly. Nemocný cítí sníženou potřebu spánku, větší životní energii, bez rozvahy se žene do navazování nevhodných sociálních a partnerských kontaktů a nesmyslného utrácení peněz. *„Pacientka IJ byla před propuknutím onemocnění nenápadná žena v domácnosti, matka 2 dětí. S rozvíjející se mánií začala navazovat krátkodobé známosti a vyhledávat sexuální dobrodružství i v méně obvyklých situacích např. k souloži přiměla prodavače v obchodu s nábytkem, kde vybírala skříně.“* (UHROVÁ, T., 2000, s. 6)

Doprovodným příznakem mánie je neschopnost uvědomit si abnormálnost svého stavu. Tyto příznaky se nemusí vyskytovat všechny najednou, jsou individualitou pro každého jedince. Mohou se objevit i psychotické příznaky v podobě halucinací a paranoie. Tento pojem lze vysvětlit jako vztahovačnost a podezíravost vůči sobě a okolí.

Symptomy mánie mohou nabírat různých intenzit, mírnější formou mánie je tzv. hypománie. Pacient v hypománii bývá většinou hovorný s nadnesenou náladou, dochází ke zvýšení aktivity i po sexuální stránce. Výskyt nemoci se může projevit už v dětství, avšak první epizoda propukne mezi 20. - 30. rokem života a ve většině případů přechází v máni. Příčiny mánie jsou zatím neobjasněny. Laboratorní vyšetření vykazují jisté změny chemických pochodů v mozku. Z biologických faktorů je na prvním místě uvedena dědičnost, dále lze zařadit virové infekce, úrazy hlavy a poruchy poporodního vývoje. Z psychosociálních faktorů se uvádějí stresové situace,

neuspokojivé stavy v rodině, neschopnost začlenění se do společnosti, pocit samoty a beznaděje.

Diagnostika se opírá o podklady klinického obrazu a anamnézy. Pro stanovení diagnózy mánie by příznaky měly trvat minimálně jeden týden a měly by ovlivňovat běžný život jedince. (Uhrová, 2000)

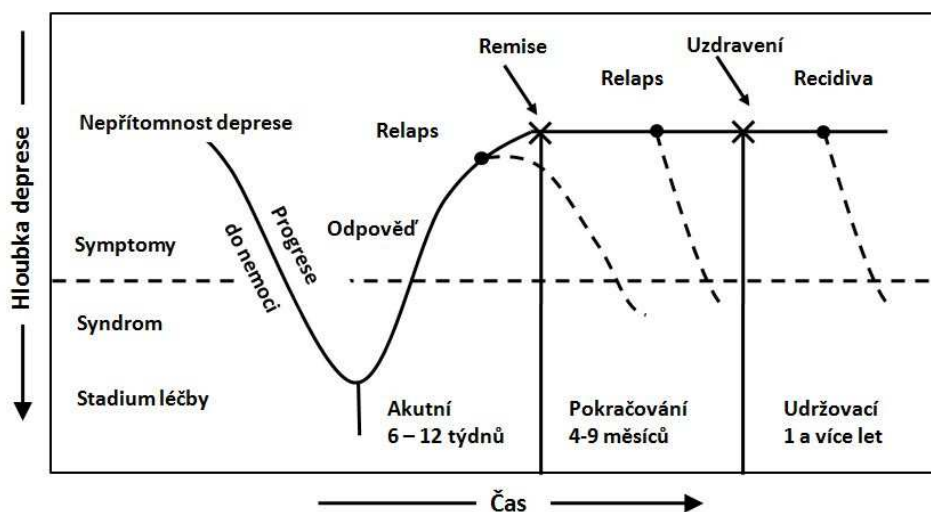
5.4 Bipolární afektivní porucha

Tato porucha zahrnuje jednu nebo více epizod deprese a následnou přidruženost mánie. Ke zvratu dojde většinou v krátkém časovém úseku nebo pozvolna. Je méně častá než jiné afektivní poruchy. Postihuje rovnoměrně obě pohlaví s prevalencí 1%. Fáze se objevují v různých intervalech, s vyšší četností na začátku a postupně dochází k pravidelnému cyklování např. dvakrát ročně.

Fáze deprese a mánie trvají bez léčby několik týdnů až měsíců. Mezi jednotlivými fázemi je člověk zpravidla bez obtíží a následků. Lékem první volby pro akutní fázi je lithium, to však platí pro nemocniční péči. Ke zklidnění pacienta v přednemocniční neodkladné péči se podává haloperidol v dávce 5-20 mg nebo benzodiazepíny (diazepam 1-10 mg pro die).

Celková léčba pacienta s bipolární poruchou je složitější než u pacienta s periodickou depresivní poruchou. Téměř všechny manické stavy jsou vhodné pro hospitalizaci na psychiatrické oddělení. (Raboch, Pavlovský, 2001; Uhrová 2000)

Graf č. 1 - Etapy léčby depresivní poruchy



Zdroj: RABOCH, 2001, s. 103

6 ÚZKOSTNÉ PORUCHY A PORUCHY VYVOLANÉ STRESEM

6.1 Definice

Úzkost a strach jsou běžné emoce, se kterými se člověk potýká více než častěji. Úzkost je nepříjemně pociťovaný emoční stav bez definice příčiny. Je často doprovázena několika vegetativními příznaky jako jsou třes, zvýšené svalové napětí, bolest hlavy, hypoventilace, sucho v ústech, potíže při polykání, tachykardie, pocení. Po delším trvání těchto příznaků s velkou pravděpodobností dojde k vyčerpání a únavě organismu, což může mít dopad na zhoršení celkového stavu pacienta. Typickým psychickým projevem je především tíseň a silný pocit ohrožení z neurčené příčiny, nespavost, poruchy koncentrace, obavy ze zešílení, psychické napětí. Úzkost může sebou nést prvky deprese, a to pod názvem *smíšená úzkostně depresivní porucha*.

„*Strach je definován jako emoční a fyziologická odpověď na rozpoznatelné nebezpečí.*“ (RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., 2001, s. 114) Výhodou je, že trvá pouze po dobu jeho existence. Tyto obě emoce jsou za normálních okolností člověku prospěšné ve formě ochrany a informovanosti. Pokud se úzkost rozvíjí v rychlém spádu, hovoří se o spontánní úzkosti, pokud nabírá velké intenzity, jedná se o spontánní paniku. Úzkost, vyskytující se za určitých okolností a vznik je možné pouze předpokládat, se nazývá situační nebo fobická úzkost, dle intenzity situační nebo fobická panika. Při pouhé myšlence na určitou situaci se hovoří o anticipační úzkosti a anticipační panice. Z hlediska intenzity trvání a výskytu je lze zařadit do úzkostných poruch, dělených dle MKN10. Úzkostné poruchy patří mezi nejčastější duševní onemocnění postihující asi jednu čtvrtinu populace. (Raboch, Pavlovský 2001, Höschl a kol. 2000)

Tabulka 1- Typické příznaky úzkosti a strachu

Psychické příznaky	Tělesné příznaky
- pocit ohrožení, napětí	- napětí ve svalech, třes, cukání
- strach, nespavost, lekavost	- závratě, pocení, časté močení
- pocit únavy, neschopnost odpočívat	- sucho v ústech, tlaky v žaludku, břicho
- obtíže s koncentrací, pocit odcizení	- mžítka před očima, rozmazané vidění

Zdroj: PRAŠKO, 2006, s. 10

6.2 Obsedantně kompulzivní porucha

OKP byla dříve považována za vzácnou duševní poruchu, dnes je známo že jí trpí asi 2-3% populace. Pro tento typ poruchy osobnosti jsou charakteristické obsese, jež jsou vtíravé myšlenky nebo představy, které nemocný pocítuje jako cizí a neumí se jich zbavit. Nemocným tato porucha zasahuje do běžných denních aktivit. Může to být strach z nákazy, strach, že něco důležitého nebylo uděláno, impulsy agresivního chování, nepohoda způsobená nepořádkem a asymetrií. Tyto obsese vedou ke kompulzím (nutkavé jednání), které částečně dopomáhají ke snížení psychického napětí. Příkladem může být to, že nemocný má strach ze špíny a kompulzí je neustálé, opakované mytí rukou, jež mírní úzkost, kterou obsese vyvolala. Jestliže nedojde k vyvolání kompulzivního činu, úzkost může narůstat s postupně přidruženými symptomy, jako jsou závratě, brnění, křeče, návaly horka, rozmazané vidění.

Samozřejmě tato porucha má vliv i na okolí, to co nemocnému připadá jako normální a nezbytné, se jiným jeví jako nepřírozené. Tento prototyp situace může vést k rozvoji deprese a úzkosti, poněvadž nemocný se cítí odstrčený a nepochopený. Základní impulsy tohoto chování se mohou objevit již v dětství, anebo ovlivněny i výchovou. Na dítě byly už od počátku kladeny nároky s vysokými autoritativními vlivy, kritičností a znevažování dětského jednání. Tato skutečnost vedla k psychickému napětí, jehož intenzita se dala odbourat nadměrným výkonem a úspěšností. Lze říci, že tento vzorec je startérem rozvoje problematického vztahu k autoritám.

Rozděluje se několik typů obsesí a příčiny jsou jak biologické, tak psychologické. Je zajímavostí, že ve vyšším měřítku postihují tyto obsese spíše lidi s vyšším vzděláním a citově založené. K diagnostice a vhodné léčbě OKP je hlavním bodem konzultace a pohovor s lékařem. Léčbou jsou především antidepresiva někdy s kombinací anxiolytik (léky proti úzkosti).

Nezbytně nutná je také psychoterapeutická léčba, ačkoliv farmakoterapie efektivně odstraňuje příznaky a snižuje jejich intenzitu, mohou i tak nadále přetrvávat, a proto je důležité začlenit toto odvětví do léčby. (Raboch, Pavlovský, 2001; Pidrman 2000)

6.3 Posttraumatická stresová porucha

Tato porucha vzniká s opožděnou reakcí na prožitou určitou stresovou situaci nebo trauma, ve smyslu opakovaného prožívání katastrofické události v podobě vzpomínek, snů, pocitů a prožitků. Za celý svůj život se člověk setká se spoustou traumatizujících událostí, jako jsou požáry, ohrožení na životě, násilné a trestné činy, válečné události a další. Rozhodujícím faktorem je však kondice jedince, a to psychická ve smyslu charakteru a struktury osoby, ve funkci využívání adaptačních, obranných mechanismů a fyzická kondice. Prevalence PTSD je asi 1-3% populace u živelných katastrof se přibližuje až k 30%. Časové rozmezí mezi traumatem a rozvojem symptomů může trvat několik týdnů až měsíců. Komplikací celkového stavu je nejčastěji kombinace alkoholu nebo některých psychotropních látek, které samozřejmě prodlužují léčbu.

Protrahované symptomy v podobě apatie, anhedonie, nervozity, poruchy spánku a příjmu potravy mohou nemocného vést až k suicidiálním úmyslům. PTSD se nevyhýbá ani dětem. Příznaky se odlišují dle věku dítěte. Přibližně do čtyř let věku reagují netečnostmi, somnambulismem (náměsíčnost), uzavíráním se do sebe, nemluvením, případně pomočováním. Děti školního věku se s traumatem vyrovnávají fantazírováním, což může být i cestou k sebepoškozování a agresi. Adolescenti prožívají těžký stupeň frustrace a je u nich zaznamenáno největší riziko sebevraždy. Základní terapií je především psychoterapie. Z farmakoterapie pro dlouhodobé užívání se upřednostňují antidepresiva po dobu min. dvou měsíců a antimanika na snížení impulzity pacienta. Udržovací léčba se pohybuje v rozmezí jednoho roku. V přednemocniční neodkladné péči se preferují benzodiazepíny a to díky svému sedativnímu účinku. V akutní fázi se podává diazepam v dávce 10 mg i.v. Pro přidružené vegetativní příznaky lze podat beta-blokátory (léky zpomalující srdeční funkci a snižující krevní tlak). Časná krizová intervence s podporou psychoterapie a vhodné léčby mohou předejít těžšímu průběhu PTSD a snížení remisí. (Höschl, 2000; Raboch, Palovský, 2001)

7 TOXICKÉ PSYCHÓZY

7.1 Definice

S toxickými psychózami se nejen v praxi, ale i v běžném životě setkáváme stále častěji. Tato skutečnost vyplývá ze zvýšené tendence v požívání halucinogenních drog, stimulantů, alkoholu i zneužití některých léků. „*Prevalence problémových uživatelů drog činila v roce 2000 30-45 tisíc osob, z toho 18-27 tisíc uživatelů pervitinu.*“ (HORÁČEK, J. a kol., 2003, s. 182). Kategorie toxické psychózy není uvedena v MKN-10 pod tímto názvem, je známa pouze z klinické praxe. V mezinárodní klasifikaci nemocí ji lze nalézt pod názvem psychotická porucha (kód F1x5) a reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem. „*Psychotická porucha je charakterizována vznikem psychózy bezprostředně po požití substance.*“ (HORÁČEK, J. a kol., 2003, s. 179). Typickými příznaky jsou především halucinace, psychomotorické poruchy (stupor - nadměrná strnulost, vzrušení) a vyhrocené emotivní stavy, které probíhají déle než 48 hodin. Přibližná doba trvání psychotické poruchy se pohybuje od jednoho měsíce plně do šesti měsíců, čímž se zásadně liší od akutní psychózy. Do této skupiny lze zahrnout alkoholickou halucinózu, alkoholickou paranoii a psychotické poruchy zapříčiněné působením jiných toxických látek, např. amfetamíny, konopí, kokain, halucinogeny a jiné.

Psychotická porucha s pozdním začátkem se rozvíjí v momentě, kdy návyková látka není již v organismu přítomna, avšak porucha vznikla její toxicitou. Výjimkou mohou být některé drogy s dlouhým biologickým poločasem a schopností kumulace v organismu.

Flashbacky jsou typické pro *psychotické reminiscence*, což jsou opakující se krátké, prožité momenty, které jsou vyvolávány návykovými látkami, které byly užity v dlouhé době před vlastní psychotickou reminiscencí. Většinou jsou doprovázeny poruchami vnímání doplněnými o zrakové halucinace a silné emoční výkyvy, které byly prožívány stejně jako při současném požívání drogy. Spouštěčem reminiscencí je ve většině případů únava spojená se stresem a jiné požití psychoaktivních látek.

Termín *akutní intoxikace vyvolané psychoaktivní látkou* je řazen mimo kategorii psychotických poruch (F1x.0). (Horáček, 2003; Höschl a kol., 2000)

7.2 Akutní intoxikace

Příčina akutních otrav závisí nejčastěji na osídlenosti oblasti a na sociálních podmínkách obyvatelstva. Definovat ji lze jako přechodný stav bez vážnějších nebo trvalejších problémů, vyvolaný požitím toxinů, vedoucí k poruchám vědomí, vnímání, chování a fyziologickým změnám. Akutní intoxikace je přímo úměrná dávce drogy.

Příznaky mohou být různorodé a nepředvídatelné, čímž je zkreslen klinický obraz. Nikdy bez odebrání anamnézy nelze stanovit přesnou diagnózu, nutné je brát zřetel na přidružená poranění spojená s akutní intoxikací, jako jsou poranění hlavy, febrilní stavy, hypoglykemie a požití více látek současně.

Je důležité zhodnotit, v jakém stavu se pacient nachází, zda-li je nutná detoxikace či ochrana před sekundárním sebepoškozením či poškozením jiných. Prvním krokem je monitorace okolí a zajištění základních vitálních funkcí. Současně by měla probíhat opatření, která zabraňují dalšímu působení noxy (toxická látka). Mimo podrobnou anamnézu je důležité odhadnout pravděpodobnou dávku a délku působení noxy a s tím související zajištění materiálu (léky, drogy) včetně biologického. Je tím míněn vzorek zvratků, žaludeční obsah z výplachu (50 ml), krev (10 ml) nebo moč (100 ml) k toxikologickému vyšetření.

Léčbou v PNP jsou antidota různých chemických struktur a detoxikace za pomoci vysokých dávek černého uhlí, které slouží jako výborné adsorbens (látka navazující škodliviny) hlavně pro morfin, kokain, atropin, strychnin a jiné mimo alkoholu. Při intoxikaci známou či neznámou látkou se dospělým podává 50-100 g dávky, dětem 1-2g/kg, maximálně však 50 gramů.

K rychlému vyloučení noxy z organismu nám dopomáhají eliminační metody, z nichž v PNP se využívá pouze metoda zvracení, která je nejsnazší. Podmínkou je plné vědomí pacienta a schopnost jeho spolupráce. Zvracení je indikováno zřídka, v úvahu připadá pouze provedení tohoto výkonu neprodleně a na místě nehody nejlépe ihned po požití noxy. Nejčastěji se vyvolává solným roztokem, u dětí vlažnou vodou nebo lépe podrážděním hypofaryngu. Výplach žaludku se v RZP provádí sporadicky, avšak při správném provedení je účinný a může zachránit lidský život. (Dobiáš, 2006; Horáček a kol. 2003)

7.3 Suicidia

Velkou hrozbou pacientova jednání jsou suicidia. „*Sebevražda, je takový způsob autoagresivního jednání, který zřetelně vyjadřuje úmysl jedince vědomě ukončit život a cílevědomou snahu zvolit k tomuto účelu prostředky, u nichž je možno předpokládat, že k zániku povedou.*“ (POKORNÝ, J., 2003, s.259) Suicidalita není vlastní diagnóza, ale pouze symptom a nejzávažnější komplikace vyskytující se u duševních poruch. Je dělena na patickou zapříčiněnou duševním onemocněním a biickou, kdy motiv vychází z reality. Jedinec se na základě zhodnocení své bezvýchodné situace rozhodne ukončit svůj život.

Lze ji zařadit mezi deset nejčastějších příčin smrti v celé populaci. V České republice se odhaduje počet kolem dvaceti osob na 100 000 obyvatel, převážně u mužského pohlaví. Dle statistik sebevraždnost stoupá s vysokým věkem a je ovlivněna dalšími faktory, jako jsou rodinný stav, izolovanost, náboženská příslušnost, bezdětnost, nezaměstnanost, nevléčitelná nemoc a další. Příčinou můžou být i psychologické faktory (ztráta naděje) a genetické předpoklady. Zajímavým faktem je, že sebevraždy se tradují v určitém ročním období, především na jaře. Mají vymezen i svůj den v týdnu, a to hlavně pondělí a úterý. Víkendy dle očekávání jsou méně časté. Nejčastěji zvolené způsoby u nás jsou oběšení, uškrcení, udušení a otravy různými látkami.

Sebevražedné pokusy jsou častější u žen. Od sebevraždy se odlišují tím, že jedinec zůstává naživu. Hlavním příčinou tohoto jednání je převážně reakce na akutní fázi situace. Může se jednat o hádku s partnerem, výpověď v práci, problémy v rodině.

Za náročný a komplexní úkol lze považovat vyšetření a detekci rizika sebevraždy jedince. Přístup k vyšetření musí být veden obzvláště s vysokou opatrností bez unáhlených závěrů. Veškeré strategie by měly vést k zajištění dostatečných informací od rodiny a okolí a vyhodnocení přítomného stavu, ať už se jedná o jakýkoliv zvolený způsob sebevraždy. Při vysoké pravděpodobnosti realizace nebo opakování suicidiálního jednání je neprodleně nutná, okamžitá i nedobrovolná hospitalizace. Postupný návod, jak zabránit sebevraždě neexistuje. Pokud je pacient o svém činu přesvědčen, s největší pravděpodobností to udělá. (Pokorný, 2003; Höschl a kol., 2000)

8 PSYCHÓZY V GERIATRII

8.1 Charakteristika

Staří lidé většinou trpí více nemocemi současně, jsou náchylnější k dehydrataci, malnutrici a dalším komplikacím, které mohou zkreslovat diagnózu psychózy. Nelze však vyloučit i psychotická onemocnění, které se mohou táhnout již od raného věku. Rizikovými faktory pro vznik psychóz geriatrického pacienta jsou následující:

- Organické změny v mozku včetně demence
- Poruchy zraku, sluchu
- Vysoký věk, somatická onemocnění
- Léky (anticholinergika, dopaminergika)
- Psychosociální izolovanost
- Premorbidně paranoidní a schizoidní osobnost (HORÁČEK, J. a kol., 2003, s. 89)

Před stanovením diagnózy, je důležité odebrat pacientovu podrobnou anamnézu týkající se jeho celkového zdravotního stavu, prodělaných nemocí a stresových situací, užívání léků a sociální stránky nemocného. Následují fyzikální a laboratorní vyšetření, RTG plic, EKG, CT, případná toxikologická vyšetření a další. (Horáček, 2003)

Tabulka 2 Diferenciálně diagnostická rozvaha psychóz ve stáří

příčina stavu	častý klinický nález
delirium	zastřené vědomí, dezorientace časem (místem, osobou), kolísání stavu, psychomotorické poruchy
léky/psychoaktivní látky	pozitivní farmakologická anamnéza, rozšířené či zúžené zornice
somatické onemocnění	horečka, dehydratace, ikterus, bolest
primární onemocnění mozku	poruchy hybnosti anebo čítí, poruchy řeči, ataxie (porucha koordinace pohybů), asymetrie zornic
demence	zhoršení paměti a intelektu, dezorientace, trvalejší klinický obraz
funkční psychóza	pozitivní psychiatrická anamnéza u relapsu (znovuvzplanutí), negativní u psychózy s velmi pozdním začátkem, není jiná příčina stavu

Zdroj: HORÁČEK, 2003, s. 91

8.2 Demence s psychotickými příznaky

Prevalence psychotických poruch u demence se pohybuje v rozmezí 30-50 % populace. Příčiny psychotických příznaků u demence nejsou zcela známé. Jejich výskyt je u všech typů s převahou těžších stádií demence. *„Bývají spojeny s agitovaností, agresivitou a jiným problémovým chováním.“* (HORÁČEK, J. a kol., 2003, s. 92). Psychotické příznaky se projevují formou halucinací, především zrakových, a bludů. Typickým projevem demence je tzv. misidentifikace, což je zaměňování osob (doktora objímá v domnění, že je to jeho bratr). *„Paní K. je 6 let obyvatelkou domova důchodců. Dosud tam žila spokojeně, zapojovala se do různých aktivit, docházela do klubu zahrádkářů. Byla sledována konziliárním psychiatrem pro středně těžkou demenci smíšeného typu. V posledním měsíci, ale měla opakované konflikty se spolubydlíci. Obviňovala ji, že jí krade věci, že jí ukradla brýle, peníze a boty, mýdlo vyměnila za horší, méně kvalitní, a to její dala svému synovi.“* (HORÁČEK, J. a kol., 2003, s. 92)

U těchto pacientů se upřednostňuje pozitivní přístup k jejich zvoleným pravidlům, bez vyvracení přítomných bludů a halucinací. Ve většině případů není potřebná ani farmakologická terapie, dostatečným plnohodnotným krokem je důvěryhodné navázání kontaktu. Léčeny jsou pouze příznaky, které mohou být pro pacienta nebo okolí nebezpečné.

Při nespolupráci pacienta lze podat 5 mg haloperidolu v injekční formě na zklidnění. (Horáček, 2003; Praško a kol., 2001)

9 PŘÍPADOVÉ STUDIE

9.1 Strategie přístupu k pacientům trpícím psychickým onemocněním

„V prvním kontaktu se s pacientem obvykle neseťkává psychiatr, ale lékař kteréhokoliv oboru, pokud stav postiženého vyžaduje rychlé poskytnutí lékařské první pomoci, nebo lékař lékařské služby první pomoci nebo lékař ZZS.“ (POKORNÝ, J., 2003, s. 244).

Urgentní zásah na akutní psychické stavy může být z několika příčin, a to ohrožení pacienta vlivem přímo patofyziologických mechanismů, nebo patologickým chováním v důsledku vyčerpanosti, náhlé agrese vůči sobě či okolí, až nejvyšším stupněm sebezabitím.

Po příjezdu na místo zásahu je nutné odpovědět na otázky, zda-li se pacient nachází v přímém ohrožení života a zda-li jeho situace vyžaduje neodkladnou psychiatrickou péči včetně stabilizace vitálních funkcí. Předběžná diagnóza se stanoví na základě výpovědí okolí a symptomů pacienta. Nevladatelné agrese jsou ve většině případů vyvolané z úzkosti a ohrožení na zdraví nemocného, vlivem bludů a halucinací příp. intoxikacemi.

Základním pravidlem je dozvědět se o pacientovi co nejvíce informací. Ptáme se na agrese v minulosti, závislost na návykových látkách, dále se klade důraz na předpoklady z prvního dojmu.

Dalšími pravidly jsou:

- Zřetelně se představit
- Zajistit přítomnost dalšího zdravotnického personálu
- Neuzavírat se s pacientem v místnosti
- Kontrola okolí, místnosti, ostrých předmětů

Přiblížení k pacientovi by mělo být pomalé a čelem, v dostatečné vzdálenosti cca 2m. Nutné je ověření jména pacienta a obeznámení důvodu příjezdu ZZS.

Vyšetření stavu vědomí, na základě otázek typu, zda-li ví, kde se nachází, jaký je den, měsíc, rok (orientace časem, místem, osobou). Není na místě konfrontovat pacienta a vyvracet mu jeho bludy. Po vyšetření je pacientovi oznámena hospitalizace do zdravotnického zařízení.

Jednotky zdravotnického záchranného systému by se nikdy neměly vystavovat hrozícímu nebezpečí. Pokud tato situace nastane, do terénu jsou povolány další jednotky IZS (integrovaný záchranný systém). Jedná se o systém zdravotnické péče, který poskytuje všechny typy a úrovně zdravotnických služeb. Kromě ZZS sem patří Hasičský záchranný sbor, Policie České republiky a další. (Pokorný, 2003)

9.2 Farmakologická a psychologická terapie

Některé stavy vyžadují farmakologickou terapii. Nejčastěji se používají benzodiazepíny a neuroleptika (farmakologické skupiny léků) anebo jejich kombinace v injekční podobě. U lehčích stavů lze použít perorální (ústní) formu. Někdy je nezbytné i podání i.m. (do svalu), převážně se jedná o stavy, které nedovolují nebo ztěžují upřednostněné intravenózní podání. Zpravidla se jedná o schizofrenii, mánie, stavy doprovázené bludy a další. Vhodnou kombinací je 5 mg haloperidolu a 20 mg diazepam i.m.

Depresivní stavy, psychotické poruchy a stavy s intenzivním neklidem se zaléčují dávkou 10 mg diazepamu i.v. v titrované formě. K sedaci (ke zklidnění) je nejvhodnějším lékem tisericin (levopromazin). Zmíněné látky jsou zvoleny z důvodu nízkého rizika komplikací s okamžitým účinkem.

Léčba intoxikací je uvedena v předchozí kapitole (toxické psychózy).

Psychologické ovlivnění je možné pouze u lehčích forem psychických stavů s podmínkou zachování vědomí. Hlavní bod spočívá ve slovním kontaktu. Přímé navázání rozhovoru a důvěry je předpokladem pro protekci naší i nemocného. Během rozhovoru se lze dopátrat, v jaké životní situaci se pacient zrovna nachází a ubezpečit ho o lepší budoucnosti. Pacient musí cítit zájem o svou osobu. Na místě je preferována trpělivost, empatie, profesionalita a přesvědčení pacienta o faktu, že mu lze pomoci. (Pokorný, 2003; Höschl a kol. 2002)

9.3 Kazuistika č. 1

Dne 18.05.2008 v dopoledních hodinách přijal dispečink ZZS (zdravotnická záchranná služba) telefonát od rodinného příslušníka, který zavolal z důvodu neklidného a abnormálního chování své dcery. Dispečerka vyhodnotila výzvu, dle zjištěných informací ji cíleně předala posádce RLP (rychlá lékařská pomoc), která přijela na uvedenou adresu bydliště přibližně do 15 minut. Vzdálenost stanoviště ZZS od udané adresy byla 13 km. Na příjezd RLP čekala rodina, která posádku přivedla k dceři. Rodiče pozorovali divné chování své dcery již delší dobu, ten den došlo ke zhoršení jejího stavu. Upozornili posádku, že u ní v pokoji našli rozbitou láhev acetonu.

Časové údaje:

Čas přijetí výzvy:	10:08:12 hod	Začátek ošetření:	10:30:38 hod
Čas pagingu:	10:09:03 hod	Předání:	10:58:57 hod
Čas výjezdu:	10:11:08 hod	Konec akce:	11:26:10 hod
Čas příjezdu:	10:27:38 hod		

Anamnestická data

Rodinná anamnéza: Dědeček z matčiny strany léčen pro deprese

Alergická anamnéza: Pyly

Farmakologická anamnéza: Kontraceptiva

Osobní anamnéza: Pacientka 28 let, svobodná, bezdětná. Vyrůstala se starší sestrou v harmonické rodině. Středoškolačka s maturitou. Pracovala jako prodavačka, recepční, barmanka, pedikérka. Od střední školy častá uživatelka marihuany. Od té doby váhové výkyvy cca za 2 měsíce zhubla 20 kg. Rodina pozorovala změny v chování, nespavost, podrážděnost, nechů chodit do práce. Žádná závažná onemocnění neuváděla.

Objektivní stav: Pacientka při vědomí, v klidném stavu sedící na své posteli. Upřený oční kontakt. Gestikulace a emotivita nepřiléhavá. Podrážděnost, neschopnost navázání kontaktu z důvodu sluchových halucinací. Pacientka odpovídala hlasům, uváděla

nadpřirozené schopnosti. Bez agresivních obsahů. Nelze vyloučit intoxikaci drogou. Z osobní anamnézy lze vyvodit intoxikaci THC (marihuanou).

Vyšetření: Základní fyziologické vyšetření by mělo být provedeno k vyloučení somatických příčin stavu. Naměřeny tyto fyziologické funkce. Nenalezeny žádné vpichy na těle. Zornice isokorické (zornice souměrné). Bez nystagmu (rytmický pohyb očí). DK (dolní končetiny) bez otoků. Jazyk plazí ve střední čáře. Akce srdeční pravidelná, nezrychlená.

Fyziologické funkce: Krevní tlak: 130/80
 Tepová frekvence: 98 pulzů/min
 Dechová frekvence: 14/min.
 SpO₂: 98%
 Glykémie: 4,8 mmol/l

Léčba a transport: Pacientka odmítala s posádkou opustit byt, nejevila však známky agrese. Byl zaveden periferní žilní katetr typu G20 do hřbetu ruky. Lékař na místě naordinoval 10 mg apaurinu intravenózně (nitrožilně). Po aplikaci se zklidnila a souhlasila s hospitalizací. Průběh celé akce proběhl klidně bez jakýchkoliv komplikací. Transport byl směřován na interní oddělení v nejbližším nemocničním zařízení. Zde bylo provedeno laboratorní vyšetření, za pomoci kterého byla stanovena diagnóza toxické psychózy (F1x5).

Dodatek: Pacientka na nátlak partnera přestala s užíváním marihuany asi 14 dní před psychózou. Startérem ataky mohla být zmíněná rozbitá láhev s rozpouštědlem, jež se pacientka nadýchala.

9.3.1 Diskuze

Dispečerka po zjištění nejdůležitějších informací předala výzvu RLP. Příjezdový čas dle možností posádky splnil svá kritéria. Důležité zajištění informací v osobní anamnéze, jež byla získána od rodičů usnadnila posádce lepší komunikaci a profesionalitu k pacientce. Transport byl směřován dle stavu pacienta a rozhodnutí lékaře.

9.3.2 Závěr

Vyhodnocení výzvy dispečinkem, rychlost příjezdu, postup posádky a léčba je autorem hodnocena kladně. Získání dostatku informací od blízkých či okolí v místě odehrávané akce je podstatnou částí každého výjezdu. Nezbytnou strategií členů posádky RLP je stát se sehranným týmem, stanovit priority a rizika s co největším profesionálním nasazením zklidnit pacienta a navázat důvěru.

9.4 Kazuistika č. 2

Dne 12.02.2007 ve večerních hodinách přijal dispečink ZZS telefonát od rodinného příslušníka, z důvodu agrese a následného útoku na jeho osobu. Dispečerka odebrala veškeré potřebné informace a posádce RLP předala výzvu: agrese s halucinacemi a bludy. Přes nepřízeň počasí posádka RLP dorazila na uvedenou adresu do 8 minut. Vzdálenost stanoviště ZZS od místa zásahu byla asi 5 km.

Časové údaje:

Čas přijetí výzvy:	20:15:12 hod	Začátek ošetření:	20:35:38 hod
Čas pagingu:	20:17:05 hod	Předání:	21:50:57 hod
Čas výjezdu:	20:18:08 hod	Konec akce:	21:36:12 hod
Čas příjezdu:	20:27:38 hod		

Po příjezdu na místo posádka s lékařem vystoupila z vozu a byla očekávána ustrašenými rodiči. Otec sděloval, že ho syn udeřil pěstí do obličeje, zdemoloval celý byt a že běhá po pokoji s nožem v ruce. Obeznamil posádku, že jeho syn je dlouhodobě léčen pro paranoidní schizofrenii. Posádka před vstupem do bytu povolala k zásahu příslušníky Policie České republiky.

Policie pro opakované agrese pacienta znala. Pacient se příjezdu policie zalekl a částečně se zklidnil, nuž mu byl zabaven a posádka RLP ho mohla začít vyšetřovat.

Anamnestická data

Rodinná anamnéza: Nezjištěna

Alergická anamnéza: Pacient neuvádí

Farmakologická anamnéza: Lithium 1-0-1

Osobní anamnéza: Pacient 40 let, rozvedený, otec nezletilé dcery, vyučený lakýrník, pracoval jako automechanik. Ve dvaceti letech objeveny první známky psychotické ataky s přidruženými halucinacemi a paranoidními bludy. Pod vlivem imperativních halucinací (rozkazující co má udělat) se pokusil o sebevraždu skokem ze skály. Pád skončil zlomeným kotníkem. Od té doby zhoršení chování s prvky agrese. Napadl svojí manželku, která se pro opakované útoky s dotyčným rozvedla. Pacient byl 4x

hospitalizovaný do psychiatrické léčebny během 8 let. Přišel o řidičský průkaz a nakonec i o zaměstnání.

Objektivní stav: Pacient neklidný, agresivní, vyhrožuje zabitím. Vykřikoval, že je odposloucháván, že jsou všichni spiklenci a rozhazoval nádoby po okolí, poté vzal nůž do ruky a ohrožoval okolí. Po příjezdu policie se částečně zklidnil.

Vyšetření:

Fyziologické funkce: Krevní tlak: 150/85
 Tepová frekvence: 99 pulzů/min
 Dechová frekvence: 16/min.
 SpO₂: 98%

Léčba a transport: Nemožnost zajištění PŽK z důvodu neklidu a agrese pacienta. Za pomoci policie bylo aplikováno 5 mg haloperidolu i.m. Transport byl směřován do psychiatrické léčebny. Pacient trpěl paranoidní schizofrenií s agresivním chováním.

9.4.1 Diskuze

Dispečerka po zjištění nejdůležitějších informací předala výzvu posádce RLP. Příjezdový čas dle možností posádky splnil svá kritéria. Posádka hned po příjezdu byla informována o diagnóze pacienta, mohla být lépe připravena na jednání s pacientem. Povolání policie na místo zásahu bylo nevyhnutelné. Doprovod policie a výjezdového vozu RLP byl při transportu do psychiatrické léčebny na místě.

9.4.2 Závěr

Tato kazuistika byla charakteristická pro součinnost prvků integrovaného záchranného systému, v tomto případě s Policií ČR. Zapojení policie bylo nezbytnou součástí pro tento zásah, který byl zvládnut bez větších komplikací. Nikdo nebyl zraněn a průběh zásahu včetně transportu vyhodnocen bez nedostatků.

9.5 Kazuistika č. 3

Dne 09.01.2012 ve večerních hodinách přijal dispečink ZZS telefonát od rodinného příslušníka, který rychlou zdravotnickou pomoc zavolal po konzultaci s praktickou lékařkou své matky. Výzva zněla: zmatené chování. Dispečerka odebrala veškeré potřebné, dostupné informace a posádce RZP předala výzvu. Vzdálenost stanoviště ZZS od místa zásahu byla asi 10 km. Posádka na místo dorazila do 15 minut, kde čekal syn, který posádku přivedl k matce do bytu.

Časové údaje:

Čas přijetí výzvy:	18:09:12 hod	Začátek ošetření:	18:30:12 hod
Čas pagingu:	18:10:05 hod	Předání:	19:58:57 hod
Čas výjezdu:	18:13:08 hod	Konec akce:	20:15:09 hod
Čas příjezdu:	18:29:38 hod		

Anamnestická data

Rodinná anamnéza: Rodiče v důchodu. Otec pracoval jako prodavač, léčil se na diabetes (cukrovka). Matka pracovala jako laborantka, léčila se s artrózou a vysokým krevním tlakem. Její sestra se léčí se schizofrenií.

Alergická anamnéza: Acidum ascorbicum

Farmakologická anamnéza: Invega 12mg,

Tegretol Cr 400 (1-0-1)

Cisordinol depot 4 týdny

Osobní anamnéza: Pacientka svobodná, jeden syn, vyučená jako kuchařka, nyní plně v invalidním důchodu. Léčí se s bipolární afektivní poruchou bez psychotických symptomů. Vysazuje medikaci, je vulgární, neustále si vaří kávu, kouří.

Objektivní stav: Pacientka nalezena v kuchyni vařící už asi desátou kávu. Na žádost posádky se posadila na křeslo v obývacím pokoji. Asi po třech minutách opět vstala a chtěla jít vysávat. Odmítala hospitalizaci. Syn pacientky posádky sdělil, že jeho matka se léčí asi přes dva roky s bipolární afektivní poruchou.

Vyšetření: Zornice isokorické. Orientace všemi směry. Nálada manická. Emotivita nadnesená. Občasné vulgarismy. Naměřeny tyto fyziologické funkce.

Fyziologické funkce: Krevní tlak: 140/80
 Tepová frekvence: 97 pulzů/min
 Dechová frekvence: 15dechů/min
 SpO2: 98%

Léčba a transport: Pacientka odmítala hospitalizaci. Záchranáři zachovali profesionalitu a než připustili možnost telefonické konzultace s lékařem ZZS o aplikaci léku na zklidnění, pokusili se o psychologický přístup, pochopení a navázání kontaktu. Po důkladném informování o stavu pacientky a vysvětlení příjezdu posádky RZP pacientce a jistých empatií, které si pacientka uvědomila, se změnil přístup a její chování. Byla ochotna s posádkou odjet bez jakýchkoliv komplikací. Transport směřoval do psychiatrické léčebny, kde byla pacientka již dříve hospitalizována. Pacientka trpěla bipolární afektivní poruchou se současnou manickou fází bez psychotických symptomů (F31x1).

9.5.1 Diskuze

Informovanost záchranářů před vyšetřením usnadnila celkový průběh celé akce. Mohly být vyloučeny další příčiny zhoršení jejího stavu, nejspíše se jednalo o stav z důsledku vysazení medikace. Základní vyšetření proběhlo úspěšně. Pozitivní ikonou byla dobře vedená psychologická strategie k pacientce.

9.5.2 Závěr

Podmínky správného přístupu záchranáře nelze přesně zkonkrétnit, avšak tato kazuistika byla ukázkou toho, že správně směřované psychologické kroky mohou zcela změnit i přístup pacienta k posádce RZP.

DISKUSE

Případové studie byly vybrány tak, aby se ztotožňovaly s kapitolami v teoretické části. V první kazuistice chtěl autor poukázat na to, že akutní stav byl vyvolán návykovou látkou užívanou v minulosti. Ačkoliv si to lze jen těžko připustit, každý záchranář se svým způsobem snaží o diagnostiku pacienta v dané situaci, v tomto případě to mohla být pouze domněnka, poněvadž pacientka vykazovala známky intoxikace po nadýchání se těkavou látkou z rozbité láhve, avšak laboratorní výsledky poukázaly na toxickou psychózu. Jednalo se o zajímavou ukázkou ze zaznamenaných výjezdů, celkově průběh akce je autorem hodnocen kladně.

V druhé kazuistice bychom především zhodnotili spolupráci integrovaného záchranného systému. Pokud pacient jeví známky agrese, snažíme se ho především zklidnit asertivním přístupem. Je samozřejmě pochopitelné, že v některých případech je i kladný přístup nedostatečný. Záchranář musí mít na paměti, že především by měl chránit sám sebe a nikdy se nevystavovat nebezpečí, proto v tomto případě byla přivolána policie, bez které by se tento případ neobešel. Díky jejich spolupráci mohl být aplikován lék ke zklidnění pacienta, čímž se usnadnil transport pacienta do psychiatrické léčebny.

Třetí kazuistika byla zajímavostí především v přístupu záchranáře k pacientce. Nenechal se odradit její negací, vulgarismy a našel způsob, jak s pacientkou navázat kontakt, což se ve výsledku povedlo a celý zásah se obešel i bez medikace.

Na těchto případech s akutními psychickými poruchami, které jsou příčinou výjezdů si dokazujeme rozmanitost situací a jejich jednotlivých způsobů řešení. Záleží jen na samotných záchranných jednotkách, jak se k situaci postaví. Přístup a chování záchranáře je individuální pro jednotlivou akci, pravidla nelze zevšeobecnit. Důležitým podkladem pro úspěch, je neustálé vzdělávání a poučení se z chyb vlastních, i těch cizích.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá tématem akutních psychických poruch a jejich léčbou v přednemocniční péči. Vzhledem k dnešní uspěchané době těchto onemocnění přibývá a cílem autora bylo tuto práci zpracovat tak, aby se zvýšil zájem a informovanost o tuto tematiku. Psychické poruchy jsou rozsáhlým tématem a nebylo jednoduché je zpracovat, stejně tak jako není jednoduché se jimi zabývat. Diagnostika konkrétních nemocí je velice složitá a může trvat několik týdnů, než ji lze stanovit. V této práci je alespoň hrubý obrys, kterým autor chtěl nastínit rozsah těchto akutních psychických poruch a nesnadnou spolupráci s pacienty. Tato práce si vytýčila několik cílů.

První z nich bylo zaujmout čtenáře, a jak se říká, vše má svůj počátek v minulosti, proto autor hned na úvod zvolil zajímavou historii týkající se šílenců a tehdejších metod zabývajících se jejich léčbou. Poté systematicky pokračuje v přehledu biologických pochodů v mozku, z důvodu seznámení se s jejich mechanismy, které jsou nezbytností pro lidskou existenci. V další části je dle autorova uvážení stručný přehled nejčastějších onemocnění nesoucí základy diagnostiky, příznaků a léčby. Praktická část nám vykazuje pravdivé události, jež byly zaznamenány a použity pro tuto práci k obohacení a představám, jak by se mělo jednat při setkání s pacienty, jež trpí těmito chorobami a jaké postupy zvolit, aby se jednotlivé případy obešly bez větších komplikací a ublížení na zdraví.

V praxi se ovšem lze setkat s jinou realitou a zde je důležitá schopnost pružné reakce. Samotné znalosti termínů a popisů chorob nemusí být tím hlavním, s čím na místě zásahu lze pracovat. Profesionalita, všímavost a předvídavost jsou často prvořadé.

Rozdělení a popisy chorob, kterými se autor zabýval na předchozích stránkách, jsou nezbytné k profesionální výbavě záchranáře. Dalším cílem proto bylo, co nejpřehledněji tyto kapitoly zpracovat tak, aby práce mohla popřípadě posloužit k dalším účelům a mohla tak „skrytě“ edukovat nejen ty, které toto téma zaujalo, ale i ty, které by se v rámci oboru zdravotnického záchranáře chtěli o této problematice dozvědět více.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BALL, CH. M. a kol.2004, Akutní medicína do kapsy. Praha: Grada, 2004. 208 s. ISBN 80-247-0928-7
2. BULÍKOVÁ Táňa.2010, Od symptomu k diagnóze v záchranné službě.Martin: Osveta, 2010. 138 s. ISBN 978-80-8063-334-9
3. BYDŽOVSKÝ, Jan.2008, Akutní stavy v kontextu. 1. vyd.Praha: Triton, 2008, 450 s. ISBN 978-80-7254-815-6
4. ČERNOUŠEK, Michal.1994, Šílenství v zrcadle dějin.Praha: Grada-Avicenum, 1994. 236 s. ISBN 80-7169-086-4
5. DOBIÁŠ, Viliam. 2007, Prednemocničná urgentná medicína.Martin, 2007. 381 s. ISBN 978-80-8063-255-7
6. DOBIÁŠ, Viliam.2006, Urgentní zdravotní péče. 1.vyd.Martin: Osveta, 2006. 178 s. ISBN 978-80-8063-258-8
7. DUŠEK Karel, VEČEŘOVÁ -PROCHÁZKOVÁ Alena. 2010, Diagnostika a terapie duševních poruch. 1.vyd. Praha: Grada, 2010. 632 s. ISBN 978-80-247-1620-6
8. HORÁČEK Jiří a kolektiv. 2003, Psychotické stavy v klinické praxi. Praha: Amepra, 2003. 263 s. ISBN 80-86694-01-1
9. HÖSCHL Cyril, LIBIGER Jan, ŠVESTKA Jaromír. 2002, Psychiatrie. Praha: Tigris, 2002. 895 s. ISBN 80-900130-1-5
10. LÁTALOVÁ, Klára. 2010, Bipolární afektivní porucha. Praha: Grada, 2010. 256 s. ISBN 978-80-247-3125-4
11. PIDRMAN, Vladimír.2000, Nemocný s obsedantně kompulzivní poruchou. Praha: Galén, 2000. 32 s. ISBN 80-762-053-3
12. POKORNÝ, Jiří. 2003, Lékařská první pomoc. Praha: Galén, 2003. 351 s. ISBN 80-7262-214-5
13. POKORNÝ, Jiří. 2004, Urgentní medicína. Praha: Galén, 2004. 547 s. ISBN 80-7262-259-5
14. PRÁŠKO Jan, LÁTALOVÁ Klára.2012, Nemoc zvaná schizofrenie. Praha: Mladá fronta, 2012. 49 s. ISBN 978-80-204-2666-6

15. PRÁŠKO Jan a kol.2003, Poruchy osobnosti. Praha: Portál, 2003. 340 s. ISBN 80-7178-737-X
16. PRÁŠKO Jan, PRAŠKOVÁ Hana, PRAŠKOVÁ Jana. 2003, Deprese a jak ji zvládat. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. 184 s. ISBN 80-7178-809-0
17. RABOCH Jiří, PAVLOVSKÝ Pavel.2001, Psychiatrie minimum pro praxi. Praha: Triton s.r.o.,2001. 207 s. ISBN 80-7254-156-0
18. ŠEVELA, Kamil a kol. 2002, Akutní intoxikace v intenzivní medicíně. 1.vyd. Praha: Grada, 2002. 248 s. ISBN 80-7169-843-1
19. UHROVÁ Tereza, HOWARDOVÁ Andrea.2000, Mánie. Praha: Galén, 2000. 31 s. ISBN-80-86257-16-9
20. VOKURKA Martin, HUGO Jan a kol.2005, Velký lékařský slovník. 5.vyd. Praha,: Maxdorf, 2005.1001 s. 80-7345-058-5

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A	Historie lékařství a sociální politiky	I
Příloha B	Lod' bláznů	II
Příloha C	Ugo Cerletti	III
Příloha D	Základní diagnostická vodítka ke stanovení diagnózy schizofrenie podle MKN-10	IV
Příloha E	Základní typy schizofrenie podle MKN-10 a DSM-IV	V
Příloha F	Leukotom	VI
Příloha G	Dlouhodobý průběh deprese	VI
Příloha H	Práva duševně postižených	VII

Příloha A

Antická doba: individuální lékařská péče asklépia rituál vyobcování šílence
Středověk: intuitivní péče malé komunity klášterní péče démonologie a exorcismus bezcílené putování
Renesance: svoboda projevu šílenství-lod' bláznů velké uvěznění špitály, věže bláznů, nápravné instituce všeobecné nemocnice
Novověk: úsvit psychiatrické léčebny
Současnost: postupná diferenciacie ústavní péče psychoterapie, psychofarmakologie ambulantní péče

Zdroj: ČERNOUŠEK, 1994, s. 31

Příloha B



Zdroj: HIERONYMUS BOSCH (cs.m.wikipedia.org)

Příloha C



Zdroj: cdnO.wn.com

Příloha D

A.	slyšením vlastních myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek
B.	bludy kontrolovatelnosti, ovlivňování nebo prožitky pasivity, které se jasně vztahují k pohybům těla nebo končetin, nebo specifickým myšlenkám, jednání nebo cítění, bludné vnímání
C.	halucinatorní hlasy, které neustále komentují chování pacienta nebo o něm mezi sebou rozmlouvají, nebo jiné typy halucinatorních hlasů, přicházejících z určité části těla
D.	trvalé bludy jiného druhu, které jsou v dané kultuře nepatřičné a nepřijatelné
E.	přetrvávající halucinace v kterékoliv formě, když jsou doprovázeny buď prchavými, nebo neúplně formovanými bludy, bez jasného afektivního obsahu, nebo přetrvávajícími ovládacími představami, nebo když se vyskytují denně po dobu několika týdnů nebo měsíců
F.	zárazy nebo vkládání do toku myšlenek a z ní vyplývající inkoherece nebo irelevantní řeč nebo neologizmy
G.	katatonní jednání, jako je vzrušenost, negativismus, mutismus (neschopnost mluvení z psychických příčin a stupor (zástava volných pohybů))
H.	negativní příznaky, jako je výrazná apatie, ochuzení řeči a oploštění nebo nepřiměřenost emočních reakcí, nesmí se jednat o příznaky deprese nebo důsledky medikace
I.	výrazné a nápadné kvalitativní změny v chování, jako je ztráta zájmu, bezcílnost, nečinnost, ztráta vztahu k okolí a sociální stažení

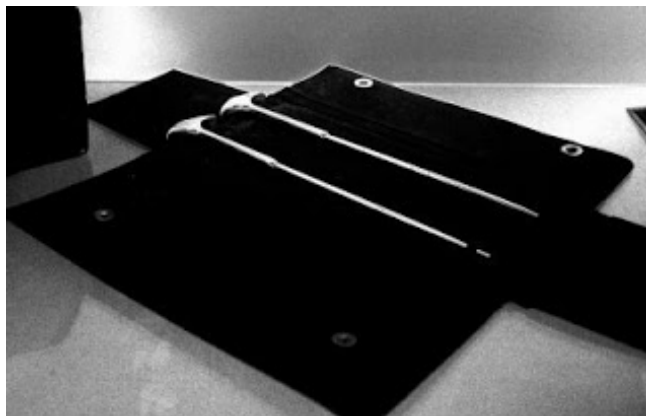
Zdroj: HORÁČEK a KOL., 2003, s.34

Příloha E

RMKN-10	DSM-IV
F20.0 paranoidní schizofrenie	295.30 paranoidní typ
F20.1 hebefrenní schizofrenie	295.10 dezorganizovaný typ
F20.2 katatonní schizofrenie	295.20 katatonní typ
F20.3 nediferencovaná schizofrenie	295.90 nediferencovaný typ
F20.4 postschizofrenní deprese	
F20.5 reziduální schizofrenie	295.60 reziduální typ
F20.6 simplexní schizofrenie	
F20.7 jiná schizofrenie	
F20.8 schizofrenie nespecifikovaná	

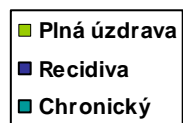
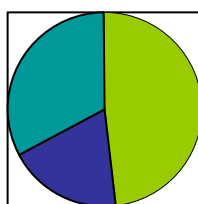
Zdroj: HORÁČEK a KOL, 2003, s. 34

Příloha F

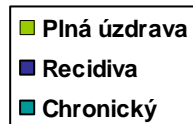
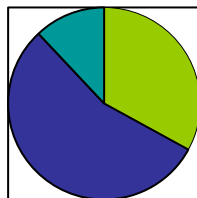


Zdroj: de.m. wikipedia.org/wiki

Příloha G



1 ROK



5 LET

Zdroj: RABOCH, 2001, s. 96

Příloha H

1. Duševně postižený občan má, pokud je to jen možné, stejná práva jako ostatní občané.
2. Duševně postižený občan má nárok na přiměřené lékařské ošetření a terapii odpovídající jeho potřebám, jakož i nárok na takové vzdělání, trénink, rehabilitaci a podporu, které co nejvíce mohou rozvinout jeho možný potenciál a schopnosti.
3. Duševně postižený občan má právo na hospodářské zajištění a přiměřený životní standard. Má také právo na produktivní práci nebo odpovídající zaměstnání, které odpovídá, pokud možno jeho schopnostem.
4. Tam, kde je to možné, měl by duševně postižený žít se svojí vlastní nebo opatrovnickou rodinou a s ní společně sdílet život. Rodina, ve které žije, by měla ke společnému životu obdržet podporu. Pokud je nutný pobyt v zařízení, pak by se způsob života v tomto zařízení a podmínky v něm měly přiblížit normálnímu životu, jak je to jen možné.
5. Duševně postižený občan má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud je to k jeho blahu a zájmům žádoucí.
6. Duševně postižený občan má právo na ochranu před zneužíváním, pohrdáním a ponižujícím jednáním. Pokud je obžalován za přečin, pak má právo na řádné soudní vyšetřování a posouzení jeho míry odpovědnosti se zřetelem na jeho postižení.
7. Pokud duševně postižený občan není v důsledku svého postižení schopen v plném rozsahu využít všechna svá práva, nebo pokud by bylo nutné některá nebo všechna práva omezit či odejmout, musí se při průběhu omezení nebo odejmutí práv prokázat příslušná právní jistota proti jakékoliv formě zneužití. Tento proces musí vycházet z odborného posouzení sociálních schopností duševně postižené osoby a musí podléhat pravidelné kontrole, jakož i právu se odvolat k vyšší instanci.

Zdroj: mpsv.cz