

SCHIZOTYPNÍ, SCHIZOIDNÍ, SCHIZOMORFNÍ

MUDr. Libor Chvíla, CSc., MUDr. Soňa Staňková

Psychiatrický stacionář Ostrava, Psychiatrická léčebna Opava

Úvod

Při hodnocení klinického stavu a aktuální psychopatologie pacientů s problémem abuzu drog narážíme na spektrum nejasností. Akutní psychopatologie demonstruje často bouřlivou psychotickou poruchu, jindy zase projevy trvalejších reziduálních změn. Často tápeme v hodnocení primárnosti problémů a následně ve volbě terapeutické pomoci.

Ocitáme se tak ve spektru tří základních diagnostických kategorií.

Schizotypní – s výraznou poruchou myšlení, bludnou produkcí, narušením rovnováhy osobnosti, neschopnost sociálního chování, depersonalizace až derealizační zážitky.

Schizoidní – nejvýraznější je chudost akčního chování, emoční chlad, lhostejnost k hodnocení okolí, nedostatek sociálních kontaktů, výrazná necitlivost vůči sociálním normám a konvencím.

Schizomorfni – bludná porucha nejčastěji s paranoidním obsahem, následně narušené chování pod vlivem této psychotické poruchy, zachované ostré vnímání, souvztažnost s akutními intoxikacemi.

Různorodost prezentovaného spektra odráží převažující symptomatologii podle různých diagnostických os od osobnostní roviny, přes akutní psychopatologii v poruše myšlení a chování až k reakci na externí drogu, vyvolávající psychotický stav.

Společnou rovinou je pak zmíněná porucha myšlení, sociální stažení a neschopnost komunikace s rezultující poruchou chování.

Z uvedeného spektra symptomů, věkové a osobnostní charakteristiky pacientů užívajících drogy vyplývá také soubor požadavků na terapeutické agens, psychofarmakum. Je potřebné, aby došlo k výraznému ovlivnění pozitivní i negativní symptomatiky, aby příznivě stabilizovalo afektivitu, nepůsobilo kognitivní postižení, mělo přitom minimální prokonvulzivní efekt a kardiotoxicitu a současně rychlý nástup účinku.

Proto jsme se zaměřili na podávání quetiapinu pacientům v ambulantní i ústavní praxi s problémem abuzu drog a spektrem psychopatologie s převahou schizoformní poruchy. Jsou prezentována dvě kazuistická sdělení.

Kazuistika – pan roztržitý

Devatenáctiletý muž, přichází na naše oddělení jako jeden ze zájemců o léčbu závislosti. V patnácti letech začal kouřením marihuany, postupně vyzkoušel všechny běžně dostupné drogy, nejčastěji bere Pervitin. Poslední dobou má pravidelné několikadenní jízdy, prokládané 48hodinovým spánkem, v intoxikacích halucinace – doma matku zdravil „dobrý den sedmihlavý draku“. Pacient byl od dětství vychováván matkou, biologický otec se ho zřekl, náhradní otec byl nakonec postaven do role společného nepří-

tele, matka vystřídala ještě další partnery. Vztah k matce je velmi kladný, patrna snaha o roli hodného chlapce, což zvládá vždy jen dočasně.

Když už je doma neúnosný, matka zajistí umístění „někde“.

Dobře zvládl základní školu, ze střední průmyslové školy odešel, nedokončil učební obor kuchař – číšník, dnes je nezaměstnaný v evidenci úřadu práce.

Bydlí v bytě společně se svou matkou, pokud fetuje, tak u kamarádů.

Bez závažných onemocnění v minulosti, před rokem a půl ale byla zjištěna HCV pozitivita, má mírnou elevaci jaterních testů, subjektivní somatické potíže nemá.

Právě absolvoval třítydenní detoxifikaci, občas ale měl pocity, že vystoupil z těla. Na oddělení byl zpočátku nejistý, pozorovali jsme nesoustředěnost, roztržitost, nevěděl kam jde, co chtěl, zapoměl přijít na skupinu, nechápal režimová opatření. Občas prožíval podivné stavy, že je pozorován, má zvláštní schopnosti, pozoruje lidi, umí odhalit jejich úmysly. Nechápal, proč je terčem posměchu ostatních, mrzelo ho to, trápil se tím, měl obavy, že jej ostatní budou mít za blázná, tato představa v něm vyvolávala silnou úzkost. Postupně byl schopen o tomto hovořit, získával důvěru k terapeutům, snažil se.

V průběhu pobytu provedeno psychologické vyšetření, které vyloučilo intelektovou deterioraci či poškození centrálního nervového systému, potvrdilo diskretní encefalopatické změny jako pravděpodobný následek opakovaných intoxikací.

V první fázi byl bez trvalé medikace, ve třetím týdnu byl proveden pokus o ovlivnění emoční dysbalance sertralinem (bez výrazného efektu). Po dalších 4 týdnech byl nasazen quetiapin v minimálních dávkách 25 mg na den ve večerních hodinách. Zpočátku měl subjektivní pocity útlumu, dávka nepřesahovala 50 mg, postupně pacient vnímal subjektivně jisté vnitřní zklidnění. Objektivně bylo pozorováno celkové zklidnění, ústup paranoidity. Schopnost koncentrace byla ovlivněna natolik, že ze strany personálu bylo konstatováno zlepšení spolupráce, známky jistého náhledu. Pacient byl schopen aktivně se účastnit skupinové psychoterapie, kde prokazoval zlepšenou schopnost soustředění a přeladění na zvolené téma. Nutnost pravidelného užívání léků však přijímá stále s jistou dávkou ostražitosti, opakovaně se ujišťoval o její dočasnosti. Při propuštění do terapeutické komunity medikace byla ponechána s doporučením ještě 2–3 měsíční preskripcí quetiapinu.

Diskuze

Předpokládáme možnost farmakoterapeutického ovlivnění posunů vnímání a jednání u schizotypního osobnostního okruhu. Vycházíme z předpokladu, že malé, podprahové dávky antipsychotik dokáží kupírovat vjemovou roz-

volněnost, myšlenkovou odbržděnost a poruchy koncentrace vnímané klientem jako nepříjemné a nezvladatelné.

V námi uvedeném případě nedošlo sice k jednoznačným a nevratným změnám, pozorovali jsme však pozitivní posun v této oblasti. Nevýhodou zůstává problematická compliance u pacientů, které již samotný fakt nutnosti dlouhodobější medikace znejišťuje. O to důležitější je pak systematické terapeutické vedení směřující k samostatnému zvládnutí zátěže běžného života a možnosti sebekontroly zajišťující přijatelnou životní pozici.

Kazuistika – mladý, rozhněvaný muž M. K.

Čtyřicetiletý muž. První kontakt s psychiatrií měl v květnu 2000, kdy byl přeložen do Psychiatrické léčebny v Opavě z interního oddělení nemocnice v Novém Jičíně. Tam byl přijat pro intoxikaci toluenem a po revitalizaci předán do PLO.

Zjišťujeme, že v rodině není psychiatrická zátěž, ale žije u matky po rozvodu rodičů, otec protialkoholně léčen. Sám nebyl vážněji nemocen, porod a raný vývoj byl v normě. Jako dítě měl jen operaci mandlí pro časté anginy. Později až v souvislosti s abúzem drog opakovaně ležel v nemocnici pro intoxikaci toluenem, vše v rozmezí 1999–2000. Absolvoval základní školu, pak byl krátce na učilišti, ale pro absence byl propuštěn. Pracoval u dvou stavebních firem a v Technických službách. Před nástupem do léčebny byl bez práce. Byl také opakovaně trestán, vždy podmíněně pro krádeže. Také byl stíhán pro vyhýbání se vojenské službě. Je svobodný, nemá vážnější známost, sexuální zkušenosti mnohočetné.

Drogová anamnéza byla velmi pestrá. Od jeho 15 let měl téměř denní abúzus těkavých rozpouštědel, mimo sniffingu také toluen několikrát pil a několikrát byl proto v nemocnici pro stav bezvědomí. Vyzkoušel marihuanu, pervitin, hašiš, heroin – ale ten jen šňupal, také LSD, tripy. Přednost ale dává toluenu a amfetaminu.

V prvních dnech hospitalizace byl detoxikován, došlo ke stabilizaci základních psychických funkcí. Také se upravil toxikologického nálezu v moči – kyselina hippurová jako metabolit těkavých rozpouštědel. V rámci detoxifikace byl přeložen na oddělení v Horních Holčovicích, kde byl zařazen do léčebného režimu. Po třech týdnech detoxifikace byl přeložen na léčebné toxikomanické oddělení a zařazen do psychoterapeutického léčebného programu. Od počátku měl problémy se sociální adaptací a chováním. Byl agresivní vůči spolupacientům, nerespektoval personál, nedocházel včas na terapeutické programy. Laboratorní nálezy, včetně toxikologického vyšetření, byly negativní a nebyla podávána psychofarmaka.

Pro uvedené problémy byl opět přeložen do H. Holčovic do režimu zaměřeného na rehabilitaci s pracovní aktivitou. V průběhu tohoto programu se rozhodl pro další léčebné zařazení do terapeutické komunity Renarkon na Čeladné. Po dohodě s pracovníky komunity je pobyt ukončen po 4 měsících hospitalizace a předán do tohoto typu péče.

V době jeho pobytu v terapeutické komunitě Renarkon navštívil Psychiatrický stacionář pro léčbu závislosti v Os-

travě s tím, že se nedokáže v rámci komunity udržet. Má problémy se svou agresivitou, stále přemýšlí nad další dávkou drog, vyvolává konflikty s dalšími klienty komunity, izoluje se, je vztahovačný, stále má představu, že jej chtějí z komunity vyštval.

V rámci ambulantní péče ve Stacionáři byl ordinován quetiapin v dávce 25 mg večer. Po týdnu byla dávka zvýšena na 2× 25 mg ráno a večer. Stav se stabilizoval, byl schopen komunikace s terapeutem i spolupacienty v komunitě. Není paranoidní nastavení vůči okolí, je sociabilní a je schopen dodržovat režim. Tato medikace byla ponechána po celou dobu pobytu v komunitě, celkem dva měsíce. Poté byly řešeny sociální problémy v rámci možného nástupu pracovního poměru. Zhodnocení pracovní aptibility si vyžádalo rehospitalizaci v PLO. Pacient byl proto opět přijat k diagnostickému psychologickému zhodnocení stavu. V průběhu dalších 15 dnů hospitalizace byl psychický stav pacienta kompenzován, nebylo paranoidity, nebyla sociální maladaptace na prostředí a dokázal dodržovat režim. Práceschopnost v rámci možného nástupu do stavební firmy byla zhodnocena pozitivně, včetně možnosti pokračovat v medikaci quetiapinem. Nebyl pozorován útlum, došlo ke stabilizaci sociálních projevů a vymizení hraniční bludné paranoidní produkce.

Pacient byl propuštěn jako práce schopen a byla mu doporučena ambulantní medikace quetiapinu 2× 25 mg pro die.

Diskuze

Představená kazuistika demonstruje kombinaci problémů závislosti na drogách v rovině aktuální psychopatologie – zde paranoidní nastavení až bludná produkce s izolací a nepřátelským postojem vůči spolupacientům a terapeutům, osobnostní – neschopnost komunikace, agresivní řešení problémů a sociální – neschopnost udržet se v pracovním zařazení, přijímat příkazy nadřízených a dodržovat režim terapeutický či pracovní.

Pokud by byl kladen důraz jen na dodržování abstinence, pak po celou dobu terapeutické práce – rozmezí 6 měsíců hospitalizace a pobytu v terapeutické komunitě – by bylo hodnocení vysoce úspěšné. Nikdy nedošlo k porušení abstinence. Pacient byl ale po dobu do nasazení medikace quetiapinem neschopen zvládnout složitější režim, byl paranoidně nastaven a nedokázal komunikovat s terapeutem a spolupacienty. Teprve korekce těchto projevů medikací umožnila jeho plnou adaptaci a umožnila propuštění s nástupem do práce.

Závěr

Frekvence výskytu poruchy osobnosti mezi toxikomany opravňuje k úvahám o podvojnosti diagnózy. V literatuře nejsou vzácná schémata přiděluje k jednotlivým typům návykových látek příslušné osobnostní charakteristiky.

K těmto závěrům je nutno přistupovat s určitou opatrností a brát v úvahu spíše podíl zvýšené vulnerability psychopaticky strukturované osobnosti v kombinaci s dnešní širokou a snadnou dostupností celého spektra návykových látek.

Z běžného pozorování, jak se zdá, nevyplývá profilace některé z poruch v populaci toxikomanů oproti běžné populaci, přesto však pozorujeme poměrně častou akcentaci osobnostních rysů směrem ke schizoidnímu a schizotypnímu okruhu.

Otázkou pak je jen míra zvýraznění a dekompanzace příslušných rysů vlivem abúzu drog.

Chceme-li ovlivnit obě složky problému (poruchu osobnosti, abúzus drog a následnou závislost se všemi dopady), stojíme před celým komplexem otázek, vyžadujících si inte-

graci léčebných postupů. Tyto jsou zaměřeny nejen na změny stereotypů v adaptačních a obranných mechanismech, podporu osobnostního vyzrávání a integrace v přijatelném sociálním prostředí, ale v neposlední řadě i pokus o zvládnutí biologické složky problému na úrovni psychofarmakoterapie.

Farmakoterapie se na tomto místě jeví jako významný prostředek zvládnutí většinou neurovnaného a nestabilního systému na počátku terapeutického procesu a v období dekompenzaci.

Literatura

specifická literatura nebyla nalezena

1. P. Smolik: Duševní a behaviorální poruchy, Maxdorf Jessenius, 1996.

2. J. Švestka: Nová (atypická) antipsychotika 2. Generace.

3. Remedia 9, č. 6., 1999.

PŘEDBĚŽNÝ PROGRAM CELOSTÁTNÍHO PEDOPSYCHIATRICKÉHO SEMINÁŘE XII. OPAŘANSKÉ DNY

POŘÁDÁ DPL OPAŘANY POD PATRONACÍ
SUBSEKCE DĚTSKÉ A DOROSTOVÉ PSYCHIATRIE ČLS J. E. PURKYNĚ

DATUM KONÁNÍ: 21.-22. 9. 2001

PÁTEK 21. 9. 2001 13.00–18.00

1. Hodková I. MUDr. DPL Opařany
Zkušenosti s internetovou linkou důvěry Majáky – Trápení
2. Holendová J. MUDr. DPL Opařany
Kazuistika drogově závislé dívky
3. Miklasová E. MUDr. DPL Opařany
Nové pohledy na práci na dorostovém odd.
4. Viktorová L. MUDr. DPL Opařany
Možnosti psychoterapie na odd. mladších dětí – zkušenosti
5. Hort V. MUDr., Kocourková J. PhDr., Koutek J. MUDr.,
Zámečníková R. MUDr., DPK FN Motol, Praha
Mentální anorexie s raným počátkem onemocnění
6. Hrdlička J. MUDr., Kocourková J. PhDr., Koutek J. MUDr.,
DPK FN Motol Praha
Organické postižení CNS – kazuistika neuropsychiatrické problematiky
7. Kunst I. MUDr. H. Králové
Pozice ambulantní dětské a dorostové psychiatrie v systému pomáhajících profesí
8. Babáková L. MUDr., Balaštíková B. PhDr., Blažek J. MUDr.,
DPK FN Brno
Poruchy chování a automutilační jednání v adolescenci
9. Balcarová M. MUDr., DPO FTN Praha
Atypický průběh OCD u třináctiletého chlapce – kazuistika
10. Zemanová H., DPL Opařany
OCD – kazuistika, zkušenosti s léčbou
11. Diskuze

SOBOTA 22. 9. 2001 8.00–12.00

1. Kadubcová B. PhDr., DDÚ Č. Budějovice
Spolupráce DDÚ s pedopsychiatrií
2. Štětínová M. MUDr., DPA Litoměřice
Poruchy příjmu potravy v dět. psych. ambulanci za 15 let
3. Šírková Z. PhDr., odd. klin. psychologie Č. Krumlov
Možnosti využití externalizace v rámci systemické rodinné terapie při léčbě dětí s poruchami psychického vývoje
4. Holečková H., Kruh střed. pro ml. Klíčov
Probační a mediační činnost – terapie
5. Platz I. MUDr., Středisko pro mládež Řevnice
Jak jsme úspěšní – inspirace k hodnocení léčby drogově závislých
6. Hrdlička Michal doc. MUDr. Csc., Propper L. MUDr., DPK FNM
Úzkostné poruchy v dětství a postavení buspironu v jejich léčbě
7. Petr J. PhDr., DPL Opařany
Problematika rodinných vztahů z pohledu dospívajících dívek
8. Diskuze

13.00–16.00

- Holubová O. PhDr., Radosová M. MUDr., DPA Havl. Brod
KOSA – myslíš tím, že... aneb komunikace dle Satirové V.
(teoret. úvod, workshop)

KONTAKT: tel. 0361/881011, fax 0361/881922, e-mail dpl.opar@nwt1.cz
prim. MUDr. Holendová Jana – koordinátor odborné části, prim. MUDr. Hodková Iva – ředitelka DPL