

# Psychiatrie pro praxi

2016

3E

[www.solen.cz](http://www.solen.cz) | [www.psychiatriepropraxi.cz](http://www.psychiatriepropraxi.cz) | ISSN 1213-0508 | Ročník 17 | 2016

## PŘEHLEDOVÉ ČLÁNKY

**Indikátory kvality péče a jejich uplatnění v psychiatrii**

**Závislá porucha osobnosti a deprese**

## SDĚLENÍ Z PRAXE

**Psychosociální rizikové faktory u schizofrenie**

## KONZILIÁRNÍ PSYCHIATRIE

**Konziliární psychiatrie**

**SOLEN**  
MEDICAL EDUCATION

Časopis je indexován  
v Bibliographia Medica  
Čechoslovaca a v EMcare.



## SLOVO ÚVODEM

Vážení a milí čtenáři,  
opět jsme pro Vás připravili rozšířenou elektronickou verzi časopisu Psychiatrie pro praxi.

Doplňuje tištěnou verzi – nabízí Vám další články.

Pěkné čtení Vám přeje

redakce časopisu Psychiatrie pro praxi

## V dalších číslech...



### ... co v tištěném časopisu nenajdete

- ▶ bonusové články
- ▶ abstrakta z kongresů
- ▶ celé prezentace...

### ... a co papír neumí

- ▶ videa z kongresů
- ▶ vyhledávání v článcích
- ▶ odkazy na web...

## PŘEHLEDOVÉ ČLÁNKY

- 3** MUDr. Adam Žaludek  
**Indikátory kvality péče a jejich uplatnění v psychiatrii**

- 11** Mgr. Zuzana Sedláčková, prof. MUDr. Ján Praško, CSc.,  
Mgr. Marie Ocisková, Ph.D.  
**Závislá porucha osobnosti a deprese**

## SDĚLENÍ Z PRAXE

- 20** MUDr. Jana Janoutová, Ph.D., doc. RNDr. Omar Šerý, Ph.D.,  
Mgr. Petr Ambroz, prof. MUDr. Ladislav Hosák, Ph.D.,  
prof. MUDr. Vladimír Janout, CSc.  
**Psychosociální rizikové faktory u schizofrenie**

## KONZILIÁRNÍ PSYCHIATRIE

- 25** MUDr. Michal Vodička  
**Konziliární psychiatrie**

## RECENZE

- 41** prof. Jiří Šípek, CSc., Ph.D.  
**Jaroslava Raudenská a Alena Javůrková (Eds.)**  
**The Psychological Context of Labour Pain.**  
**New York: Nova Science Publishers, Inc. 2016**



# Indikátory kvality péče a jejich uplatnění v psychiatrii

**MUDr. Adam Žaludek**

Psychiatrická nemocnice Bohnice

I přes velké pokroky v oblasti péče o pacienty a probíhající reformu psychiatrické péče není kvalita zdravotních služeb na poli psychiatrie a její měření příliš rozšířenou problematikou. Článek si klade za cíl podat přehled základních charakteristik indikátorů kvality a nabídnout jejich možné zdroje.

**Klíčová slova:** kvalita zdravotní péče, indikátory kvality.

## Summary

The quality of health care and its measurement is not a widespread issue despite great progress in the field of patient care and ongoing reform of psychiatric care.

The aim of this article is to provide an overview of basic characteristics of quality indicators and to provide possible resources of those indicators.

**Key words:** quality of health care, quality indicators.

## Co je to kvalita zdravotní péče?

Přes to, že základním požadavkem na službu je, aby byla dostatečně kvalitní, není snadné tuto vlastnost definovat. Donabedianova široce uznávaná definice popisuje kvalitu jako míru pravděpodobnosti přínosu

žádoucího výsledku zdravotních služeb pro populaci či jednotlivce a které jsou zároveň konzistentní se stupněm současného vědeckého poznání. Tentýž autor také charakterizoval zdravotní péči jako syntézu vstupů, procesů a výstupů (1).

---

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Adam Žaludek, adam.zaludek@bohnice.cz  
Psychiatrická nemocnice Bohnice  
Ústavní 91, 181 02 Praha 8

---

Cit. zkr: Psychiatr. praxi 2016; 17(3e): e3–e10  
Článek přijat redakcí: 4. 3. 2016  
Článek přijat k publikaci: 28. 8. 2016



Z definice vyplývá, že se jedná pouze o pravděpodobnost žádoucího výsledku. Samotná kvalitní zdravotní péče ještě neznamená, že výsledek bude vždy žádoucí a přínosný pro pacienta – jedinečnou osobnost se svou vlastní, individuální reakcí na onemocnění či léčbu. Špatné výsledky se tedy mohou dostavit navzdory špičkové péči, a naopak i nekvalitní zdravotní služby mohou přinést dobré výsledky (2).

Kvalitu zdravotní péče, stejně jako všechny oblasti, které mají být řízeny, je potřeba měřit, například pomocí tzv. indikátorů kvality.

### Indikátory kvality

Indikátory – ukazatele – kvality je možné podle literatury definovat různými způsoby:

1. Měření, které hodnotí určitý proces či výstup zdravotních služeb (3).
2. Kvantitativní vyjádření, které může být využito pro sledování, hodnocení kvality důležitých správních, klinických a doplňkových funkcí, které ovlivňují výstupy péče o pacienta (4).
3. Měřicí nástroje, které jsou využívány jako vodítka pro sledování, hodnocení a zlepšování kvality péče o pacienta, podpůrných klinických služeb a organizačních funkcí, které ovlivňují výstupy péče (5).

Klinický indikátor tedy hodnotí určitý klinický proces nebo výstup, je kvantitativním vyjádřením kvality zdravotní péče (6). S ohledem na výše uvedenou Donabedianovu definici lze rozlišit indikátory vstupů, procesů a výstupů.

### Indikátory vstupů

Indikátory vstupů, jindy též zvané indikátory struktury, popisují typ a množství zdrojů, které zdravotnická organizace využívá, aby naplnila po-

třeby pacientů. Vztahují se na počty pracovníků, peněz, lůžek a podobně. Vyhodnocením indikátorů vstupu je tak zodpovězena otázka, zda poskytovaná péče probíhá v podmínkách příznivých či nepříznivých. Příkladem může být například přístup k určitým technologiím, proporce specialistů k ostatním lékařům a další (7).

### Indikátory procesů

Indikátory procesů jsou senzitivní na rozdíly v kvalitě poskytované péče. Další výhodou je jednoduchost jejich interpretace, například počet pacientů bez kontraindikací k zákroku, kteří daný zákrok podstoupí. Toto je rozdíl oproti indikátorům výstupu, kdy je potřeba hlubších exploračních, aby byly vysvětleny důvody odchylek od požadovaného výsledku (8).

Příkladem takových indikátorů je například podíl pacientů s určitou diagnózou, kteří obdrží adekvátní medikaci s ohledem na její kontraindikace, podíl pacientů, kteří jsou do 24 hodin po přijetí vyšetření lékařem, či podíl pacientů, kteří jsou léčeni podle aktuálních klinických doporučení (9).

### Indikátory výstupů

Znalost výstupů zdravotní péče je důležitá sama o sobě, například, jak se liší mortalita určitého onemocnění mezi jednotlivými poskytovateli zdravotní péče. Indikátory výstupu postihují celou šíři procesů, jež pacient podstoupil. Pokud je technika určitého zákroku (schopnosti operátora, ale například i um psychoterapeuta) důležitá pro výsledek, samotný indikátor procesu, který by hodnotil, zda příslušní pacienti podstoupili zákrok, není dostačující. Zde je potřeba využít indikátorů výstupu, které hodnotí, jak dobře byla procedura provedena. Dalším důvodem pro rozšíření indiká-



torů výstupu je fakt, že data pro jejich získání jsou běžně dostupná (počty úmrtí, počty přijatých pacientů s diagnózou) (10).

Příklady takových indikátorů v somatické péči jsou například lipidový profil pacientů s hyperlipidemií nebo hodnoty krevního tlaku pacientů s antihypertenzní terapií (11).

### Konstrukce indikátorů

Indikátory jsou definovány čitatelem a jmenovatelem. Jmenovatel je většinou definovaná skupina pacientů s určitými prvky (diagnóza, věk, komorbidita). V čitateli je zahrnuta podskupina jmenovatele, která je vymezena vysokou kvalitou péče na základě vědeckých důkazů (12).

### Měření kvality zdravotní péče v psychiatrii

Psychiatrická péče se odehrává v komplexním bio-psycho-socio-spirituálním rámci, jehož jednotlivé prvky nejsou dodnes plně pochopeny. I přes snahy definovat jednoznačné ukazatele kvality psychiatrické péče, záleží především na tom, do jaké hloubky a za jakým účelem má být kvalita hodnocena (13).

Center for Quality Assessment & Improvement in Mental Health vyvinula sadu více než 300 indikátorů procesu, které pokrývají různé domény psychiatrické péče. Každý indikátor je přesně popsán, včetně čitatele, jmenovatele, uvádí zdroje dat pro indikátor, jeho účel i sílu. Indikátory této organizace umožňují specifikovat diagnózu, populaci, zdroj dat, sílu vědeckého důkazu, léčbu, doménu kvality a charakter poskytované péče (14).

Další významnou organizací, která se indikátory kvality zabývá, je Joint commission on accreditation. Ve svém manuálu se věnuje sedmi oblastem kvality: screening rizika násilí, hodiny omezení pacienta, hodiny

izolace pacienta, pacienti propuštění s více než jedním antipsychotikem a ti, u nichž byla dokumentována indikace k podávání více antipsychotik, a následná péče o pacienta po propuštění, zahrnující přenos doporučení pro další poskytovatele. Výhodou těchto indikátorů je, že jsou velmi podrobně definovány, včetně algoritmu výpočtů (15).

### Proces tvorby indikátoru

I přes rozsáhlé databáze klinických indikátorů není nutné, aby se zdravotnické zařízení omezovalo na tyto ukazatele, a může vyvinout vlastní. Nejdříve je potřeba vymezit účel měření (16). Z podstaty soustavného zlepšování kvality je potřeba si uvědomit, že není žádoucí měřit ty oblasti, kde očekáváme výborný výsledek, a naopak měřit, když je očekávaný výsledek katastrofální, aniž by následně byla provedena opatření pro zlepšení.

Dále je potřeba definovat klinickou oblast hodnocení, je důležité vybírat ty oblasti, které mají dopad na mortalitu, morbiditu a cenu péče. Tým kvality musí následně jasně definovat indikátor, který hodlá zavádět v organizaci – zda se bude jednat o podíl určitého spektra pacientů, čas do obdržení léků na onemocnění (pro účely psychiatrie například doba do podání stabilizátoru nálady u manické fáze) nebo poměr pacientů, kteří určitou proceduru podstoupili za určitý čas (podíl pacientů s omezením volného pohybu za 24 hodin). Aby měření mělo smysl, tým kvality by měl také určit, co je to přijatelné rozmezí indikátoru. Proto je nezbytné, aby tým kvality tvořili jedinci s klinickou a vědeckou erudicí, kteří jsou schopni na základě vědeckých poznatků a klinických zkušeností určit vědeckou sílu indikátoru kvality (17).

Při výběru indikátorů z databází je proces obdobný, praktickým příkladem budiž výběr indikátoru z databáze výše zmíněné Center for Quality



Assessment & Improvement in Mental Health. Podmínkou využití databáze indikátorů jsou alespoň 2 kritéria. Pro kombinaci diagnózy schizofrenie a vědecké síly indikátoru A je možné najít například indikátory kvality (18):

### Dávkování antipsychotik pro akutní péči o pacienty se schizofrenií

**Jmenovatel:** Počet pacientů nad 18 let věku, kteří byli hospitalizováni za určité období s diagnózou schizofrenie, kteří měli antipsychotickou medikaci při propuštění.

**Čítatel:** Pacienti ze jmenovatele, kteří měli předepsané dávky v rozmezí 300-1000 chlorpromazinových ekvivalentních jednotek při propuštění.

**Význam indikátoru:** Vědecké důkazy ukazují, že dostatečné dávkování antipsychotik je efektivní v léčbě akutních exacerbací schizofrenie a snižuje pravděpodobnost relapsu. Randomizované kontrolované studie prokázaly jako dostatečné dávkování v rozmezí 300-1000 chlorpromazinových ekvivalentů. Pod touto hodnotou je vyšší riziko nedostatečné odpovědi a vyšší dávky vedou k více nežádoucím účinkům bez dalších terapeutických benefitů.

### Dávkování antipsychotik v udržovací léčbě pacientů se schizofrenií

**Jmenovatel:** Všichni pacienti s diagnózou schizofrenie nad 18 let, kteří dostávají antipsychotickou medikaci mimo akutní psychiatrickou léčbu během určité doby.

**Čítatel:** Ti ze jmenovatele, kteří dostávají medikaci v rozmezí 300–600 chlorpromazinových ekvivalentních jednotek.

**Význam indikátoru:** Doporučené postupy uvádí udržovací antipsychotickou léčbu jako prevenci akutní exacerbace onemocnění. Kontrolované studie prokázaly, že jedinci, kteří během uplynulých 12

měsíců prodělali ataku onemocnění, jsou mnohem méně náchylní k relapsu, pokud užívají antipsychotika v dávce 300–600 chlorpromazinových ekvivalentů za den. Vyšší dávky přináší zvýšené riziko výskytu nežádoucích účinků, zatímco nižší riziko exacerbace.

### Současný stav měření kvality psychiatrické péče v České republice a v zahraničí

V současné době není v České republice zaveden standardizovaný způsob měření kvality péče v psychiatrii, ani doporučený panel indikátorů zdravotní péče. Řada akreditovaných pracovišť přitom vychází zejména z Akreditačních standardů Spojené akreditační komise, přitom je jasný přínos pro fungování psychiatrických nemocnic jako takových, například zavedení bezpečných způsobů ordinace léků či vedení zdravotnické dokumentace, ovšem jedná se o všeobecné zvyšování úrovně kvality daných zařízení, ne specializované psychiatrické péče (19).

Při poskytování zdravotních služeb v zahraničí je již běžné, že je současně měřena a vyhodnocována jejich kvalita, naproti tomu v České republice se stále, zvláště na poli psychiatrie, jedná spíše o ojedinělý úkaz. Přitom měření kvality je velmi cenné jak pro konzumenty služeb, tak pro poskytovatele, kteří tak mají možnost se věnovat oblastem, které nedosahují kýžené úrovně (20).

V roce 2010 vyšla v publikaci Doporučené postupy psychiatrické péče III. kapitola, která se zabývá indikátory kvality v této oblasti. V návaznosti na Donabedianovy dimenze kvality jsou zde uvedeny příklady indikátorů vstupu, procesu a výstupu, navíc v souvislosti s doporučením Světové zdravotnické organizace se přidružuje také oblast vnímání péče (21). Od této doby dosud ovšem nebyly přijaty nabídnuté indikátory do běžné praxe.



Dalším přístupem k hodnocení psychiatrické péče v České republice je nástroj QuIRC, Quality indicator for rehabilitative care, který se na pacienty psychiatrických zařízení dívá optikou dlouhodobé péče, zohledňuje přitom také pro psychiatrii charakteristický znak, tedy to, že samotné vymizení či zmírnění příznaků není dostatečným faktorem úzdravy, avšak stejně tak je důležité začlenění nemocného zpět do běžného fungování ve společnosti. QuIRC je dotazník s mezinárodním uznáním, který hodnotí nemocné umístěné v psychiatrických zařízeních či v zařízeních sociální péče. Velkou výhodou dotazníku je možnost jeho online vyplnění a také poměrně velká šíře, věnuje se sedmi oblastem: prostředí, terapeutické prostřední, léčba, sebepečení a autonomie, sociální začlenění, lidská práva, praxe vedoucí k úzdruvě. Vzhledem k mezinárodnímu rozsahu obsahuje také doporučení, jak péči zlepšovat, a soustavně tak přispívat ke zvyšování kvality služeb. Českou verzi dotazníku je možné nalézt na webových stránkách [www.quirc.eu](http://www.quirc.eu) (22).

V zahraničí, a to i přes vstřícnější přístup k hodnocení kvality (daný zejména bonifikacemi pojišťoven), je psychiatrická péče také v závěsu za ostatními obory. Je tomu tak proto, že v psychiatrii je náročnější nalézt na důkazech založené podklady pro vývoj jasných indikátorů a také neexistuje jednotná strategie implementace hodnocení napříč celým spektrem poskytované péče.

Pravdou zůstává, že i přes to, že standardizace patří k základním principům řízení kvality (23) a že v České republice existují snahy o to měřit kvalitu poskytované péče v psychiatrických zařízeních, chybí ucelený systém indikátorů, který by umožňoval srovnání napříč poskytovateli, tzv. benchmarking. V tomto ohledu velké změny nepřinesl ani věstník Ministerstva zdravotnický 5/2016, který je dostupný na stránkách ministerstva, který stanovuje požadavky zejména na technické a personální vybavení, jinými slovy, indikátory vstupu (24).

V zahraničí je situace o něco příznivější, avšak stále je daleko za ideálem. Jedna studie, zabývající se vývojem indikátorů pro psychiatrickou péči, sledovala 656 indikátorů v 11 státech a dvou mezinárodních programech, přičemž pokrývaly celkem 17 domén kvality (25). Tabulka 1 udává přehled počtu indikátorů a domén v jednotlivých státech a společnostech a Tabulka 2 přehled sledovaných domén a subdomén.

**Tab. 1.** Indikátory ve státech a územích

| Stát/území                                                                                            | Počet indikátorů | Domény |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------|
| USA                                                                                                   | 211              | 15     |
| Kanada                                                                                                | 101              | 12     |
| Velká Británie                                                                                        | 88               | 15     |
| Nový Zéland                                                                                           | 65               | 10     |
| Austrálie                                                                                             | 46               | 8      |
| Nizozemí                                                                                              | 33               | 8      |
| Německo                                                                                               | 30               | 6      |
| Evropská unie                                                                                         | 27               | 7      |
| Dánsko                                                                                                | 19               | 5      |
| Skotsko                                                                                               | 14               | 5      |
| Státy OECD                                                                                            | 12               | 6      |
| Norsko                                                                                                | 7                | 3      |
| Japonsko                                                                                              | 3                | 2      |
| Zdroj: Fisher E. C et al. Developing mental health-care quality indicators: toward a common framework |                  |        |

**Tab. 2.** Domény a příklady subdomén psychiatrické péče, které jsou měřeny v zahraničí

| Domény                                                                                                | Příklady subdomén                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Symptomy, diagnostika                                                                                 | Psychotické poruchy, afektivní poruchy                           |
| Na důkazech založená farmakoterapie                                                                   | Rizika polyfarmacie, farmakocompliance                           |
| Na důkazech založená psychosociální intervence                                                        | Psychoterapie, případové vedení, vzdělávání v krizové intervenci |
| Další tělesné zákroky                                                                                 | Elektrokonvulzivní terapie                                       |
| Léčba závislostí                                                                                      | Screening rizika závislosti, zahrnutí rodiny do péče             |
| Všeobecná zdravotní péče                                                                              | Management péče o chronicky nemocné                              |
| Kontinuita péče                                                                                       | Plánované propuštění a návaznost na ambulantní péči              |
| Přístup k péči                                                                                        | Přístup k centrům krizové intervence                             |
| Cena a efektivita péče                                                                                | Délka hospitalizace                                              |
| Bezpečí pacientů                                                                                      | Prevence pádů, léková pochybení                                  |
| Dodržování legislativy                                                                                | Porušení zákona                                                  |
| Sledování výstupů                                                                                     | Změna symptomů, mortalita                                        |
| Uzdravení pacientů                                                                                    | Zahrnutí pacienta do rozhodování o péči                          |
| Kulturní a etické oblasti                                                                             | Přístup ke kulturně specifické péči                              |
| Populační dopady                                                                                      | Celkové náklady na psychiatrickou péči                           |
| Vnímání péče klientem a rodinou                                                                       | Nerozděleno                                                      |
| Další                                                                                                 | Nerozděleno                                                      |
| Zdroj: Fisher E. C et al. Developing mental health-care quality indicators: toward a common framework |                                                                  |

## Diskuze

Měření kvality na poli psychiatrie není jednoduchý úkol. I přes velkou paletu ukazatelů kvality, z nichž může česká psychiatrická péče čerpat, není

v současné době standardizován postup, jak kvalitu této péče hodnotit. Vzhledem k tomu, že se jedná o podfinancovaný obor, je smutnou skutečností, že navzdory velkým pokrokům ve farmakoterapii, biologické léčbě



a diagnostice je ve většině psychiatrických nemocnic a léčeben kámen úrazu samotná oblast ukazatelů vstupu, například vybavenost pokojů. Při absenci uceleného, standardizovaného přístupu k měření kvality na poli psychiatrie nelze očekávat srovnání napříč jednotlivými poskytovateli, což v konečném důsledku vede k tomu, že je pro konzumenty péče obtížné rozhodovat se o tom, v kterém zařízení budou chtít být léčeni.

Největší problémy, které ve vytváření indikátorů kvality v psychiatrii brání, jsou nedostatečné vědecké důkazy o vhodnosti postupů, například dodnes není shoda ve výběru antidepresiv či managementu péče u posttraumatické stresové poruchy, dále špatně definované parametry (není jasně definováno, co lze chápat jako uzdravení ani zlepšení). (26)

V České republice není dán jednotný způsob hodnocení psychiatrické péče, vychází se ze standardů akreditačních společností, nebo je možno v případě zájmu zařízení se zapojit do mezinárodních QulRC dotazníků. V zahraničí je k dispozici velké množství ukazatelů kvality, jejich implementace do českých podmínek vyžaduje zapojení zkušených manažerů kvality, kteří znají své pracoviště a mohou vybrané a mohou posoudit, které je vhodné převzít a které ne. Tento způsob umožní, aby byly kritické oblasti péče zlepšovány, avšak bez sjednocení napříč poskytovateli nebude možné jejich srovnávání.

## LITERATURA

1. Donabedian A. The quality of medical care. Science 1987; 856-864.
2. Donaldson SM. Measuring the quality of health care. Washington, D.C.: National academy press 1999; 42 s.
3. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. International journal for quality in health care 2003; 15(6): 523-530.
4. JCAHO. Characteristics of clinical indicators. Qual rev bull 1989; 11: 330-339.

## Závěr

Každý poskytovatel zdravotní péče, který má zájem o kvalitu svých služeb a její soustavné zlepšování, potřebuje buď vyvinout, nebo implementovat již existující systém měření kvality. Indikátory kvality zdravotní péče nemají sloužit jako pochvala zdravotnického zařízení, jejich smyslem je monitorovat rizikové a problematické oblasti, a pokud se jejich hodnoty vychylují mimo daná rozmezí, je potřeba, aby organizace vynaložila veškeré úsilí pro to, aby zjistila důvody těchto odchylek a zavedla případná opatření. Pokud organizace hodlá měřit pouze ty oblasti, kde očekává výborné výsledky, měla by si být vědoma toho, že takové hodnocení nemá smysl.

Paleta indikátorů, z níž mohou poskytovatelé vybírat, je zejména v zahraničí široká, samozřejmostí je také možnost vyvinout si indikátory vlastní. Do budoucna by bylo vhodné do praxe zavést standardizovaný způsob měření kvality v psychiatrii, který by umožnil srovnání výsledků napříč poskytovateli, a umožnil tak pacientům, aby mohli aktivně vybírat zařízení, v nichž chtějí být léčeni. S přihlédnutím k faktu, že probíhající přípravy na reformu psychiatrické péče počítají s velkou redukcí počtu lůžek v psychiatrických nemocnicích, je zajištění jejich kvality klíčové.

5. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. International journal for quality in health care 2003; 15(6): 523-530.
6. Mainz J. Developing evidence-based clinical indicators: a state of art methods primer. International journal for quality in health care 2003; 15(1): i5-i11.
7. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. International journal for quality in health care 2003; 15(6): 523-530.



8. Mant J. Process versus outcome indicators in the assessment of quality of healthcare. International journal for quality in health care 2001; 13(6): 475-480.
9. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. International journal for quality in health care 2003; 15(6): 523-530.
10. Mainz J. Process versus outcome indicators in the assessment of quality of healthcare. International journal for quality in health care 2001; 13(6): 475-480.
11. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. International journal for quality in health care 2003; 15(6): 523-530.
12. Hermann CR, Leff HS, Logodmos G. Selecting process measures for quality improvement in mental healthcare. Cambridge MA: 2002 Dostupný z <http://hsri.org/index.asp?id=pubs>.
13. Wobrock, WS, Falkai P, Gaebel W. Quality assurance in psychiatry: quality indicators and guideline implementation. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 2009; 259(Suppl 2): 219-226.
14. <http://www.cqaimh.org/quality.html> (Center for Quality Assessment & Improvement in Mental Health)
15. <https://manual.jointcommission.org/releases/TJC2013A/HospitalBasedInpatientPsychiatricServices.html> (Joint commission on accreditation)
16. Rubin HH, Pronovost, P, Diette, GB. From a process of care to a measure: the development and testing of a quality indicator. International journal for quality in health care 2001; 13(6): 489-496.
17. Rubin HH, Pronovost, P, Diette, GB. From a process of care to a measure: the development and testing of a quality indicator. International journal for quality in health care 2001; 13(6): 489-496.
18. <http://www.cqaimh.org/searchmeasures.asp> (Center for Quality Assessment & Improvement in Mental Health. Search for quality measures)
19. Kališová L, Raboch J, Nawka A, Černý M. Kvalita péče o dlouhodobě nemocné umístěné v psychiatrických zařízeních v ČR. Jaké možnosti máme? Česká a slovenská psychiatrie 2013; 109(5): 211-217.
20. Kališová L, Raboch J, Nawka A, Černý M, Killaspy H. Hodnocení kvality péče o dlouhodobě psychiatricky nemocné osoby. Česká a slovenská psychiatrie 2011; 107(1): 28-32.
21. Raboch J, Anders M, Hellerová P, Uhlíková P. Doporučené postupy psychiatrické péče III. Tribun 2010; 268.
22. Kališová L, Raboch J, Nawka A, Černý M, Killaspy H. Hodnocení kvality péče o dlouhodobě psychiatricky nemocné osoby. Česká a slovenská psychiatrie 2011; 107(1): 28-32.
23. Byers JF, White SV. Patient safety: Principles and practice. Springer publishing company 2004; 560 s.
24. [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c5/2016\\_11835\\_3442\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c5/2016_11835_3442_11.html) (Věstník Ministerstva zdravotnictví 5/2016)
25. Fisher CE, Spaeth-Rublee B, Pincus HA. Developing mental health-care quality indicators: toward a common framework. International journal of quality in health care 2013; 25(1): 75-80.
26. Kilbourne AM, Keyser D, Pincus H. Challenges and opportunities in measuring the quality of mental health care. Canadian journal of Psychiatry 2010; 55(9): 549-557.



# Závislá porucha osobnosti a deprese

**Mgr. Zuzana Sedláčková, Ph.D.<sup>1</sup>, prof. MUDr. Ján Praško, CSc.<sup>2</sup>, Mgr. Marie Ocisková, Ph.D.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

<sup>2</sup>Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci a Fakultní nemocnice Olomouc

Jedinci se závislou poruchou osobnosti jsou nerozhodní, přenášejí odpovědnost na druhé, cítí se neschopní a bojí se opuštěnosti. Často se u nich vyskytuje komorbidní psychiatrická diagnóza (úzkostné poruchy, poruchy přizpůsobení, poruchy osobnosti aj.). Depresivní porucha je jednou z možných komorbidit. V terapii se nejprve soustředíme na stabilizaci aktuálního psychického stavu jedince, tj. redukujeme depresivní symptomy. Dlouhodobě se zaměřujeme na úpravu maladaptivních postojů a vzorců chování jedince.

**Klíčová slova:** depresivní porucha, závislá porucha osobnosti, komorbidita, terapie.

## Dependent personality disorder and depression

Individuals with dependent personality disorder are indecisive, transfer responsibility to others, feel incapable and are afraid of abandonment. Comorbid psychiatric diagnosis are often in these individuals (anxiety disorders, adjustment disorders, personality disorders etc.). Depression is one of the possible comorbidities. In therapy we initially focus on stabilization of the current psychological state of the individual, i. e. we reduce depressive symptoms. In the long-term perspective, we focus on the change of the maladaptive schemas and patterns of behavior.

**Key words:** depressive disorder, dependent personality disorder, comorbidity, therapy.

---

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: Mgr. Zuzana Sedláčková, sedlackovaa.zuzana@gmail.com  
Katedra psychologie, Filozofická fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci  
Křížkovského 10, 771 80 Olomouc

---

Cit. zkr: Psychiatr. praxi 2016; 17(3e): e11–e19  
Článek přijat redakcí: 2. 6. 2015  
Článek přijat k publikaci: 12. 9. 2016



## Úvod

Závislá porucha osobnosti ovlivňuje prožívání jedince a jeho každodenní jednání. Jedinec s touto diagnózou je nadměrně závislý na názoru druhých osob, bez nichž se velmi obtížně rozhoduje. Nemá totiž důvěru ve vlastní kompetentnost a schopnosti. Je pro něj obtížné jednat v rozporu s přáním druhých osob, a aby druhému vyhověl, učiní i to, co je mu nepříjemné. Tato porucha se může vyskytovat spolu s dalšími psychiatrickými onemocněními. Častými komorbiditami jsou úzkostné poruchy, poruchy přizpůsobení či další poruchy osobnosti (především hraniční, vyhýbavá a histriónská). Rovněž je možná komorbidita s depresivní poruchou (1). Komorbidní porucha osobnosti pak může mít negativní vliv na terapii depresivní poruchy a zvyšovat riziko její chronifikace (2).

## Závislá porucha osobnosti

Závislá porucha osobnosti (F60.7) je dle mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 (3) charakteristická pervazivním pasivním spoléháním se na druhé osoby při potřebě učinit nějaké rozhodnutí, přenášením odpovědnosti na druhé, pocity neschopnosti a bezmocnosti, strachem z opuštěnosti, pasivním souhlasením s ostatními a malou iniciativou při samostatném řešení požadavků v každodenním životě. Dle manuálu APA (1) je závislá porucha osobnosti (301.6) popisována obdobně. Je charakterizována zvýšenou potřebou být opečováván, submisivním chováním či strachem z opuštěnosti. Typické jsou obtíže s vyjadřováním nesouhlasu s ostatními, těžkosti v iniciaci samostatné aktivity či učinění čehokoliv pro získání podpory ostatních.

Rysy závislé poruchy osobnosti se vyskytují u mnoha jedinců, ale u většiny z nich pouze v takové míře, které jim nebrání v běžném fungování.

Pokud se rysy závislosti vyskytují ve větší míře, můžeme mluvit o akcentovaných osobnostních rysech či závislé poruše osobnosti. Takový jedinec je závislý na názoru druhých osob, málo se spoléhá na vlastní názory a postoje. Snaží se ostatním vyhovět, i když je to na úkor jeho vlastních přání. Má obtíže se samostatným rozhodováním. Činí mu problém i rozhodnutí typu, co si obléct do práce, jakou si vzít tašku aj. Nezvládá rovněž iniciovat nějakou činnost. Vyhledává proto pomoc okolí, které by jej nasměrovalo, co má aktuálně dělat, jakou možnost má zvolit. Za vlastní činy nechce nést zodpovědnost. Tu přenechává svým blízkým, ať už rodičům, partnerce či partnerovi. Obrací se na ně jak s nepodstatnými, tak důležitými volbami, jakými jsou výběr školy pro studium, budoucí práce aj. (1). Jeho okolí jej proto může zneužívat pro vlastní prospěch. V přítomnosti někoho dalšího se chová submisivně. Jeví se jako skromný, laskavý a dobrosrdečný.

Jedinec se závislou poruchou osobnosti je velmi citlivý na názory okolí. Pokud někdo nesouhlasí s jeho plány, činy, může to interpretovat jako vlastní bezcennost. Často zažívá pocity bezmocnosti, pesimismu, nevěří sám v sebe. „Ochránit“ jej může pouze někdo další. Z důvodu potřeby vedení se vyhýbá pracovním pozicím vyžadujícím zodpovědnost a samostatnost. Preferuje spíše pozice, které vyžadují méně zodpovědnosti a kde má nadřízeného, který jej usměrňuje. Jestliže se z různých důvodů necítí psychicky dobře, lehce se u něj rozvine úzkostné prožívání (4). V osobních vztazích se v mladším věku může fixovat na rodiče, později na svého partnera. Vybírá si partnera, na kterém bude moci být dostatečně „závislý“. Aby jej získal, podbízí se mu, nebo mu přehnaně lichotí, ve všem s ním souhlasí. Vztah s přehnaně závislým jedincem však může být obtížně udržitelný, jelikož jsou na partnera kladeny nadměrné nároky. Partner je nucen přebírat za jedince nepřiměřenou zodpovědnost. Jeho pozice se



mu může zamlouvat, pokud má zájem druhého zneužívat. Zároveň to však pro většinu partnerů může být role značně obtížná. Proto část partnerů má postupně narůstající tendenci ze vztahu unikat. Vztah se může jednoduše rozpadnout, což jedinec se závislou poruchou osobnosti nese těžce, ale často je schopen si brzy najít nového partnera. U jedince totiž nehraje hlavní roli, na kom je závislý, ale že může být na někom závislý (5).

### Epidemiologie

Poruchy osobnosti se dle Ekselia et al. (6) vyskytují přibližně u 11 % běžné populace. Výskyt závislé poruchy osobnosti v běžné populaci dle DSM-IV je 1,8 % a dle MKN-10 je 0,78 %. Tato porucha osobnosti je častější u žen než u mužů (7, 8). Rozložení poruchy v populaci podle věku není známo. Častěji se vyskytuje u hospitalizovaných pacientů ve srovnání s ambulantně léčenými jedinci. Z hlediska etnik je pravděpodobně její výskyt častější u bělochů ve srovnání s afro-americkou populací (9).

### Etiopatogeneze

Ačkoli přesná příčina závislé poruchy osobnosti není známa, s největší pravděpodobností zahrnuje biologické i psychologické faktory. Z biologických je důležitá zejména dědičnost. U jednovaječných dvojčat korelují faktory submise nebo dominance významněji než u dvojvaječných (10). Závislá porucha osobnosti může reprezentovat zesílenou a maladaptivní variantu normální závislosti. Podobně jako u jiných poruch osobnosti se lze na projevy závislé poruchy osobnosti dívat jako na výsledek směsi geneticky ovlivněného temperamentu a charakteru vyvinutého zkušeností (11). Získanými dispozičními faktory pak mohou být chronické tělesné onemocnění nebo separační úzkostná porucha v dětství. Někteří vědci

se domnívají, že také autoritativní nebo nadměrně kritický výchovný styl může vést k rozvoji závislých rysů. Zdá se, že závislá porucha osobnosti vzniká interakcí mezi z velké části vrozeným úzkostným inhibovaným temperamentem a nadměrně protektivní, infantilizující výchovou (12, 13). Centrální pro vývoj závislé poruchy osobnosti je nejistá interpersonální vazba v dětství (14, 15, 16). Nejistá vazba a bezmoc se vytvoří ve vztahu k rodičům, kteří nedůvěřovali v samostatnost dítěte a jeho další schopnosti. Spíše se o něj přehnaně starali v období, kdy se přirozeně objevují separační tendence dítěte (17, 18). V dospělosti tito jedinci nevěří, že jsou schopni se sami dobře rozhodnout a raději přenesou zodpovědnost na druhé osoby (19).

Z psychodynamického hlediska jsou zvažovány poruchy orálního stádia psychosexuálního vývoje s odmítavým přístupem matky. Dítě, které nemá nasyceny orální potřeby bezpečí (které souvisí s krmením, blízkostí matky a její péčí v raném dětství), se může na matku zlobit. Ze strachu ještě z většího odmítání matkou se na ni však dítě někdy doslova pověsí. Nadměrně vyžadovaná pozornost vlastně působí jako nevědomá obrana proti agresivním přáním. Abraham (20) popsal „orálně přijímající“ osobnost u pacienta toužícího po náhradní osobě za matku, která by se o něj starala a poskytovala mu péči, což vede k jeho inaktivitě a vyhýbání se smysluplné činnosti. Freud (21) se domníval, že excesivní vztahová závislost je způsobena fixací v orálním stadiu psychosexuálního vývoje. Bowlby (22) vykládal závislou poruchu osobnosti jako následek selhání připoutání v raném dětství.

Dle kognitivního modelu je možné závislou poruchu osobnosti chápat jako poruchu pramenící z určitých klíčových předpokladů. Tito jedinci vidí sebe sama jako neschopné a bezmocné, tudíž jsou i přesvědčeni, že



sami nedokážou zvládat život (23). Docházejí k tomu, že jediným možným řešením, jak koexistovat s tímto dilematem v tomto nebezpečném světě, je nalézt někoho, kdo je dle jejich mínění schopen zvládat život, bude je chránit a starat se o ně. Věří, že stojí za to vzdát se odpovědnosti a neustále někomu podřizovat své potřeby a přání, jelikož se o ně může postarat. To však samozřejmě přináší nepříznivé důsledky. Jedinec se spoléhá na ostatní při zvládání problémů a při rozhodování. Má málo možností naučit se dovednostem potřebným k autonomii. Někteří lidé se nikdy nenaučí dovednostem nezávislého života (jako jsou asertivita, řešení problémů a rozhodování), zatímco jiní nevědí, že některé dovednosti mají, a proto je nepoužívají, čímž prohlubují svou závislost (19).

Řada dalších směrů popisuje vývoj závislé poruchy osobnosti. Tuto problematiku shrnuje například Bornstein (9), kdy popisuje tři teoretické koncepty – psychodynamický, kognitivní a behaviorální. Psychodynamická teorie mluví o konfliktech v závislosti, například konflikt v touze být opečováván a v přání dominovat. Kognitivní teoretici popisují, že nezdravá závislost pramení z myšlenkových vzorců pro obranu self (automatické myšlenky způsobující pocity bezmoci aj.). Behavioristé vidí závislé chování jako efektivní způsob získání odměny.

### Komorbidity závislé poruchy osobnosti a deprese

Závislá porucha osobnosti se může vyskytovat komorbidně s dalšími diagnózami, jakými jsou úzkostné poruchy, poruchy přizpůsobení, další poruchy osobnosti aj. (1). U závislé poruchy osobnosti je při porovnání s ostatními poruchami osobnosti častější výskyt deprese (31,8 % ku 19,8 %), bipolární poruchy (12,3 % ku 7,4 %) a nižší výskyt závislosti na alkoholu (21,1 % ku 26,6 %) či jiných návykových látkách (9,1 % ku 13 %) (8). Jako

nejčastější komorbidity u závislé poruchy osobnosti bývají uváděny depresivní a úzkostné poruchy (zejména agorafobie), poruchy příjmu potravy, histriónská a emočně nestabilní porucha osobnosti (23, 24). Orální dispozice se manifestují jako problémy s jídlem, alkoholem nebo návykovými látkami. Tito pacienti rozvíjejí abúzus sedativ, hypnotik, anxiolytik a analgetik. Mohou se stávat oběťmi domácího násilí, protože jsou ochotni udělat cokoliv pro udržení vztahu se svými pečovateli. Následující tabulka č. 1 ukazuje prevalenci komorbidity závislé poruchy osobnosti a některých poruch z osy I. Uvedené výzkumy, s výjimkou studie Loase s kolektivem (25), která zahrnuje více než 1 300 probandů, měly malé velikosti vzorků, což nabádá k jisté opatrnosti při interpretaci jejich výsledků. Mnohé z těchto údajů jsou ale zajímavé a dávají prostor k dalším studiím.

**Tab. 1.** Prevalence komorbidity závislé poruchy osobnosti s jinými poruchami (25, 26)

| Porucha         | Prevalence komorbidity se závislou poruchou osobnosti |
|-----------------|-------------------------------------------------------|
| Agorafobie      | 15 %                                                  |
| Alkoholizmus    | 36 %                                                  |
| Anorexie        | 37 %                                                  |
| Úzkost          | 24 %                                                  |
| Bulimie         | 45 %                                                  |
| Deprese         | 41 %                                                  |
| Zneužívání drog | 20 %                                                  |

U jedinců se závislou poruchou osobnosti tedy může být zvýšené riziko výskytu deprese (1). Řada studií uvádí 10–20 % výskyt deprese u lidí s touto



poruchou. Studie Armanda Lorangera (8) ukazuje vyšší výskyt deprese u jedinců se závislou poruchou osobnosti (31,8 %) ve srovnání s ostatními poruchami osobnosti (19,8 %). Výskyt deprese je signifikantně vyšší pouze u anankastické poruchy osobnosti. Dystymie se pak u závislé poruchy osobnosti (7,3 %) nevyskytuje častěji při porovnání s dalšími poruchami osobnosti (7,5 %).

Je obtížné říci, jaká je přesná spojitost závislé poruchy osobnosti a deprese. Obecně je vyšší riziko výskytu deprese u poruch osobnosti, ale u závislé poruchy osobnosti je vyšší, jak jsme již uvedli. Lidé s poruchou osobnosti mohou být více zranitelní pro budoucí výskyt depresivních epizod, ale musí existovat specifika pro závislou poruchu osobnosti, která ji odlišují od jiných kategorií poruch osobnosti. Je možné, že tyto poruchy mají společný genetický základ či specifické environmentální faktory. Z hlediska některých studií se zdá, že deprese je pouze určitou gradací závislostních rysů (8). Tyto rysy tudíž rovněž můžeme chápat jako zranitelnost pro depresivní rozlady, jakými jsou pocity neschopnosti, méněcennosti, ztráty sebedůvěry aj. (5). Deprese se pak může rozvinout například na základě ztráty blízké osoby (rozchod, ukončení terapeutického vztahu), na které byl jedinec s touto poruchou závislý.

### Terapie deprese a závislé poruchy osobnosti

Terapie jedinců s depresí a závislou poruchou osobnosti je obecně podobná jako u lidí s depresí a jinými komorbidními poruchami osobnosti. Nejprve je potřeba soustředit se na redukci aktuálních depresivních symptomů. Až po stabilizaci stavu pacienta pracujeme na modifikaci maladaptivních rysů osobnosti pacientů. Terapie deprese však může být ztížena komorbidní poruchou osobnosti. Zároveň přítomnost některých

komorbidit může zvyšovat hladinu osobnostní patologie. U těchto jedinců může jít například o přítomnost úzkostné poruchy a současné deprese, které zvyšují hladinu symptomů závislosti u jedinců se závislou poruchou osobnosti (27).

Jedinci se závislou poruchou osobnosti a komorbidní depresí často léčbu sami vyhledávají se záměrem redukovat aktuální depresivní rozlady. Jejich cílem vyhledání terapie však nemusí být pouze snížení depresivní symptomatiky, ale i touha nalezení osoby, tj. terapeuta, ke kterému by bylo možné se upnout. V terapii jsou tyto jedinci velmi spolupracující, vděční. Terapeutovi dávají najevo spokojenost, souhlasí s jeho postupem, často mu děkují za jeho intervenci. Pokouší se být na něm závislí, aby jim ulehčil jejich rozhodování, plánování činností aj. V terapii chtějí pokračovat co nejdéle, tudíž prodlužují sezení, zveličují symptomy. Při hospitalizaci se jejich příznaky zhoršují s očekávaným datem ukončení léčby a s cílem prodloužení pobytu v nemocnici (16, 23).

Terapie se tedy nejprve soustředí na snížení aktuální depresivní symptomatiky, která může být ohrožující z hlediska rizika suicidálního pokusu. Využívá se jak biologická terapie, zejména podávání antidepresiv, tak psychoterapie. U lehčích forem deprese si můžeme vystačit s psychoterapií, při středně těžké a těžké depresi je nezbytné podávat psychofarmaka. Z biologické terapie je primární volbou podávání antidepresiv či dalších doprovodných psychofarmak. V případě těžších forem deprese či farmakorezistentních depresí indikujeme elektrokonvulzivní terapii. V psychoterapii se soustředíme rovněž na redukci depresivních symptomů prostřednictvím přímé práce s pacientem. Efektivitu při léčbě deprese prokázala interpersonální psychoterapie, krátká dynamická psychoterapie a kognitivně behaviorální terapie. V kognitivně behaviorální



terapii pracujeme s psychoedukací, pochopením konkrétních intra i interpersonálních korelátů deprese u daného jedince (za pomoci bludných kruhů, záznamů denních činností a nálady apod.), poté na kognitivní restrukturalizaci (tj. práce s negativními myšlenkami, kognitivními omyly a dysfunkčními schémata). Plánujeme smysluplné aktivity s důrazem na realizaci činností, které v pacientovi vyvolají spokojenost. Po zmírnění deprese přecházíme k řešení životních problémů, které souvisejí s udržováním deprese (partnerský konflikt, změna role v životě, neodžité truchlení po ztrátě, izolace a chybění podporující sociální sítě) a dále se soustředíme na projevy závislé poruchy osobnosti. Přehledy fáze léčby u závislé poruchy osobnosti jsou shrnuty v tabulce č. 2. Základní zásady a přístupy v kognitivně behaviorální terapii závislé poruchy osobnosti lze shrnout do následujících bodů (19, 23):

1. nejprve pracujeme na dosažení těch cílů, které si stanovil pacient, týkajících se problémů, pro které pacient vyhledal terapii;
2. není vhodné stanovit jako cíl nezávislost, protože v rámci černobílého myšlení se tyto pacienti velmi bojí opuštění. Vhodnější je mluvit společně o autonomii, ke které patří jak nezávislé jednání, tak schopnost vytvářet blízké a intimní vztahy;
3. vztah terapeut-pacient, v němž má pacient tendenci vytvářet závislost, využíváme k práci na této autonomii, prostřednictvím dvou procesů:
  - a) pacienta od začátku zapojujeme do spolupráce, kde pomalu postupně zvyšujeme jeho podíl např. na vytváření programu sezení, při stanovení postupné hierarchie expozic;
  - b) jakoukoliv úzkost ve vztahu k terapeutovi můžeme využít k identifikaci automatických negativních myšlenek (ANM), které můžeme společně s pacientem na sezení písemně přerátovat;
4. pacienta postupně učíme zvýšit svou nezávislost na příbuzných i terapeutovi, a také mu postupně pomáháme zvýšit sebedůvěru (např. pomocí hledání konkrétních pokroků, úspěchů a silných stránek), která je u lidí se závislou poruchou osobnosti velmi nízká;
5. pokud je to vhodné, provádíme s ním nácvik sociálních dovedností (např. sdělování a přijímání kritiky, odmítání, reakce na odmítnutí, sebeoceňování);
6. pacienta postupně povzbuzujeme k postupným expozicím vyvolávajícím úzkost, pacient si dělá záznamy z průběhu expozic, včetně záznamu negativních myšlenek, a po úspěšných expozicích se odměňuje;
7. učíme pacienta pracovat s jádrovými schémata a podmíněnými předpoklady, které vyhledáváme standardními technikami (např. pomocí techniky padajícího šípu, kdy se pomocí induktivních otázek pacient dopracuje k pojmenování hlubšího postoje k sobě, druhým a světu, pak mapuje odvozené předpoklady a pravidla, kterými se díky hlubším postojům řídí v životě), testujeme je (pomocí Sokratovského dialogu nebo behaviorálních experimentů) a hledáme vyváženější alternativy. Důležité je také zpracování emocionálních zážitků z dětství, které se schémata souvisí (pomocí re-skripce v imaginaci, hraní rolí nebo psaním terapeutických dopisů);
8. pacienta velmi citlivě připravujeme na ukončení terapie, jedním ze způsobů je postupné prodlužování intervalu mezi sezeními. I sám pacient může někdy říci, že se již cítí připraven na ukončení terapie, nesmíme mu však zapomenout říci o možnosti kontaktovat terapeuta, pokud se objeví závažnější problém.

Bornstein (9) shrnuje, že se jako nejefektivnější jeví kombinace technik z více psychoterapeutických škol. Zmiňuje 5 kroků využitelných v psy-



**Tab. 2.** Přehled fází léčby u závislé poruchy osobnosti (upraveno dle 28)

| Fáze léčby                                                                                                                | Témata léčby                                                                                                                                        | Strategie/Taktika                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Zapojení do léčby</b>                                                                                               | Nevyslovený požadavek, aby terapeut (T) rozhodoval za pacienta (P) a vyřešil jeho problémy<br>Spíše poslouchá, než spolupracuje                     | Zpočátku dovolit určitou míru závislosti<br>Postupně otevřít téma rovnoprávné spolupráce<br>Odlišit poslušnost od spolupráce                                                                                                                                                                                                                               |
| <i>Přenos</i>                                                                                                             | Nadměrná závislost na T<br>Četné požadavky a žádosti<br>Idealizace T                                                                                | Stanovit jasné hranice vztahu T a P<br>Pacientovy fantazie o všemocnosti T zpochybňovat a neustupovat pacientovým požadavkům                                                                                                                                                                                                                               |
| <i>Protipřenos</i>                                                                                                        | Fantazie o „roli záchránce“ P<br>Nadměrné ochraňování<br>Nadměrná direktivita<br>Opomenutí konfrontovat P s jeho nedostatečným pokrokem a pasivitou | Sledovat vlastní pocity a myšlenky ohledně „zachraňování“ pacienta a jeho vedení<br>Citlivě konfrontovat P s jeho pasivitou a nedostatečným pokrokem                                                                                                                                                                                                       |
| <b>2. Analýza vzorců</b>                                                                                                  | <b>Spouštěče:</b> Situace, které vyžadují nutnost spolehnout se na sebe; být sám                                                                    | Empatická konfrontace snahy vyhnout se, předem si zajistit pomoc, převést na druhou osobu odpovědnost, analýza krátkodobých a dlouhodobých pozitivních a negativních důsledků závislého chování                                                                                                                                                            |
| <b>3. Změna vzorců</b>                                                                                                    | <b>Cíle terapie:</b><br>Autonomie a vzájemnost/<br>zdravější závislost                                                                              | Postupné stále náročnější experimenty se samostatným rozhodováním a zvládáním bez spoléhání se na druhé, reskripce stresujících a traumatizujících událostí z dětství a dospívání, které se spolupodílely na vzniku závislého chování, nácvik asertivity                                                                                                   |
| <i>Schémata</i>                                                                                                           | Schéma závislost/neschopnost<br>Schéma očekávání neúspěchu                                                                                          | Metody modifikace schémat (kognitivní mapování a akomodace schémat, experienciální techniky ke zpracování dětských traumat; behaviorální experimenty s novými postoji)                                                                                                                                                                                     |
| <i>Styl/dovednosti</i><br><i>a) Afektivní styl</i><br><i>b) Behaviorální a vztahový styl</i><br><i>c) Kognitivní styl</i> | Nadměrná úzkostnost<br>Pasivita, spoléhání na druhé, neschopnost řešit problémy<br>Nekritické nadhodnocení druhých; podhodnocování sebe             | Postupná expozice situacím rozhodování a samostatné činnosti; Nácvik zvládání úzkosti<br>Nácvik asertivity (zejména asertivní ne, vyjadřování potřeb, sdělování a přijímání kritiky, řešení konfliktů; Nácvik řešení problémů<br>Zapojení blízkých lidí do terapie (párová nebo rodinná terapie)<br>Sledování a zpochybňování ANM a maladaptivních schémat |
| <b>4. Udržení dosažených výsledků/ukončení terapie</b>                                                                    | Udržení dosažených výsledků/<br>ukončení terapie                                                                                                    | Predikce zhoršení stavu<br>Snížení frekvence sezení<br>Stanovit předem dobu trvání terapie<br>Dohodnout podpůrná sezení                                                                                                                                                                                                                                    |



choterapii závislé poruchy osobnosti, které vychází z psychodynamické, kognitivní a behaviorální terapie.

- 1) prozkoumat klíčové vztahy z pacientovy minulosti, které mohly posilovat závislé chování, a dále určit, jestli se podobné vzorce chování vyskytují v aktuálně existujících vztazích;
- 2) zkoumat pacientovo „bezmocné sebepojetí“ („helpless self-concept“), tj. klíčovou kognitivní komponentu pro pacientovu závislost (nápomocné může být instruovat pacienta, aby napsal text, v němž popisuje sám sebe);
- 3) identifikovat všechna sebeočerňující tvrzení, která podporují pacientovy pocity bezmocnosti a zranitelnosti, a až to bude vhodné, pracovat na zpochybnění platnosti těchto tvrzení;
- 4) pomoci pacientovi získat náhled na způsoby, jakými vyjadřuje svoji závislost v různých situacích, a postupně pracovat na adaptivnějších způsobech vyjadřování vlastních potřeb;
- 5) pomoci pacientovi učit se autonomnějšímu jednání prostřednictvím hraní rolí při terapii a zadávání domácích úkolů.

Jedinec se závislou poruchou osobnosti často nevnímá své chování jako problematické a k terapii jej přivede spíše komorbidní porucha než maladaptivní projevy spojené se závislou poruchou osobnosti. Vyhledání terapeuta pro jiné účely však může být dobrou možností pro zahájení psychoterapeutické intervence, která se soustředí na poruchu osobnosti. V psychoterapii se můžeme zaměřit na řešení nějakého aktuálního problému nebo systematicky dlouhodobě pracovat na celkové změně myšlení, prožívání a chování. Pacienta vedeme k postupné samostatnosti, což se však může jevit jako velmi obtížné, jelikož se pacient výrazně fixuje na terapeuta.

Proto je nezbytné vést pacienta k samostatnosti pomocí postupných kroků velmi opatrně. Poskytovat mu ochranu a do určité míry ponechávat možnost závislého chování, ale zároveň postupně zvyšovat podíl jeho samostatného rozhodování. Důležité je pomoci pacientovi si uvědomit, co vedlo k jeho závislosti v minulých vztazích, pomoci mu nahlédnout protikladné aspekty těchto vztahů, a poté propojit minulé důležité vztahy a zážitky v nich se současnými závislými vztahy. Pacient si postupně uvědomuje jak výhody, tak nevýhody současných závislých vztahů a učí se postupně od nich separovat nebo je přetvořit na svobodnější. Důležité je odhalit kognitivní vzorce, které podporují pacientovo nefunkční závislé prožívání a chování, a pracovat na tom, aby pacient získal náhled na své obtíže. Jakmile si je vědom svého závislostního jednání, je nezbytné s ním pracovat na případných pocitech ohrožení. Dále jej podporujeme v rozvoji rozhodovacích kompetencí, které můžeme trénovat například formou hraní rolí v bezpečném prostředí terapie. Pacient se rovněž učí asertivnějšímu jednání, které může uplatnit v řadě situací, kdy může být jeho autonomie ohrožována. S pacientem trénujeme vyjadřování vlastních emocí a názorů na ostatní jedince. Nacvičujeme řešení problémů v různých situacích (23).

## Závěry

Závislá porucha osobnosti je jednou z častých psychiatrických diagnóz. Struktura této osobnosti zvyšuje míru zranitelnosti pro vznik depresivní poruchy. Léčba depresivní epizody u pacientů se závislou poruchou osobnosti se řídí stejnými doporučeními jako léčba deprese u pacientů bez poruchy osobnosti. Depresivní symptomy léčíme nejčastěji pomocí farmakoterapie kombinované s psychoterapií. Po stabilizaci psychického stavu pacienta se zaměřujeme na léčbu závislé poruchy osobnosti prostřednictvím psychoterapie.



## LITERATURA

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Arlington 2013.
2. Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T: Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *British J Psychiatr* 2006; 188: 13–20.
3. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: Diagnostická kritéria pro výzkum. (přeloženo z anglického originálu) Praha, Psychiatrické centrum 1996, Zprávy č. 134, 179s.
4. Millon T. Disorders of Personality. DSM-III, Axis II. New York: John Wiley 1981.
5. Sturman ED, Rose S, McKeighan KM, Burch J, Evanico K. Personality and the generation of defeat, involuntary subordination, and depression. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement* 2015; 47(1): 47–58.
6. Ekselius L, Tillfors M, Furmark T, Fredrikson M. Personality disorders in the general population: DSM-IV and ICD-10 defined prevalence as related to sociodemographic profile. *Personality and Individual Differences* 2001; 30(2): 311–320.
7. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, & Ruan WJ. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal Of Clinical Psychiatry* 2008; 69(4): 533–545.
8. Loranger AW: Dependent personality disorder: Age, sex, and Axis I comorbidity. *J Of Nervous And Mental Disease* 1996; 184(1): 17–21.
9. Bornstein RF. Dependent personality disorder: Effective time-limited therapy. *Current Psychiatry*, 2007; 6(1): 37–45.
10. Gottesman II. Heritability of personality: a demonstration. *Psychol Monogr* 1963; 77(9): 1–21.
11. Nigg JT, Goldsmith HH. Genetics of personality disorders: perspectives from personality and psychopathology research. *Psychol Bull* 1994; 115(3): 346–380.
12. O'Neil FA, Kendler KS. Longitudinal study of interpersonal dependency in female twins. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 154–158.
13. Rothbart MK, Ahadi SA. Temperament and the development of personality. *J Abnorm Psychol* 1994; 103: 55–66.
14. Bornstein RF. Dependent and histrionic personality disorders. In: Millon T a Blaney PH (eds): *Oxford Textbook of Psychopathology*. Oxford University Press, New York 1999; 535–554.
15. Pincus AL, Wilson KR. Interpersonal variability in dependent personality. *J Pers* 2001; 69: 223–252.
16. Stone MH. Abnormalities of Personality. Within and Beyond the Realm of Treatment. WW Norton, New York 1993.
17. Gabbard GO: *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, 3rd ed. American Psychiatric Press, Washington DC 2000.
18. Thompson S, Zuroff DC. Dependent and self-critical mothers' responses to adolescent autonomy and competence. *Pers Indiv Diff* 1998; 24: 311–324.
19. Beck AT, Freeman A (eds): *Cognitive therapy of personality disorder*. The Guilford Press, New York 1990.
20. Abraham K. The Influence of Oral Eroticism on Character Formation. In: *Selected Papers of Karl Abraham* (D. Bryan and A. Strachey, Trans.). New York, Basic Books 1924/1948.
21. Freud S: *Sebrané spisy*. Praha, Psychoanalytické nakladatelství 1999.
22. Bowlby J: The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. An expanded version of the Fiftieth Maudsley Lecture, delivered before the Royal College of Psychiatrists, 19 November 1976. *Br J Psychiatry* 1977; 130: 201–210.
23. Praško J, Herman E, Horáček J, Kosová J, Možný P, Pašková B, Preiss M, Šlepecký M: *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2003.
24. Widiger TA, Mangine S, Corbitt E, et al. The personality disorder interview – IV: a semistructured interview for the diagnosis of personality disorders. *Psychological Assessment Resources*. Odessa, Florida 1995.
25. Loas G, Corcos M, Perez-Diaz F, Verrier A, Guelfi JD, Halfon O, Lang F, Bizouard P, Venisse JL, Flament M, Jeammet P: Criterion validity of the interpersonal dependency inventory: a preliminary study on 621 addictive subjects. *Eur Psychiatry* 2002; 17(8): 477–478.
26. Mavissakalian M, Hamann MS: Correlates of DSM-III personality disorder in panic disorder and agoraphobia. *Compr Psychiatry* 1988; 29(6): 535–544.
27. Bornstein RF: Comorbidity of dependent personality disorder and other psychological disorders: An integrative review. *J Of Personality Disorders* 1995; 9(4): 286–303.
28. Sperry L. Cognitive behavior therapy of DSM-IV personality disorder. Taylor and Francis Group, London 1999.



# Psychosociální rizikové faktory u schizofrenie

**MUDr. Jana Janoutová, Ph.D.<sup>1</sup>, doc. RNDr. Omar Šerý, Ph.D.<sup>2</sup>, Mgr. Petr Ambroz<sup>1</sup>, prof. MUDr. Ladislav Hosák, Ph.D.<sup>3</sup>,  
prof. MUDr. Vladimír Janout, CSc.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Ústav epidemiologie a ochrany veřejného zdraví, LF OU v Ostravě

<sup>2</sup>Ústav živočišné fyziologie a genetiky, AV ČR v Brně

<sup>3</sup>Psychiatrická klinika, Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové a Fakultní nemocnice Hradec Králové

Psychosociální rizikové faktory se uplatňují v etiopatogenezi schizofrenie spolu s faktory environmentálními a genetickými. V práci jsou prezentovány výsledky vyhodnocení úlohy psychosociálních faktorů u schizofrenie v rámci projektu Epidemiologie a genetika schizofrenie. Faktory jako nižší vzdělání, nezaměstnanost, rodinný stav, počet dětí, problémy s blízkými osobami, úmrtí blízké osoby, domácí násilí, fyzické nebo emocionální strádání, šikana a komplikace v těhotenství matky byly u nemocných schizofrenií statisticky významně více vyjádřeny než u skupiny kontrolních osob.

**Klíčová slova:** schizofrenie, psychosociální rizikové faktory, výsledky projektu IGA MZČR.

## Psychosocial risk factors in schizophrenia

Psychosocial risk factors are together with environmental and genetic factors engaged in etiopathogenesis of schizophrenia. In this paper, the results of the project Epidemiology and Genetics of Schizophrenia are presented. Factors like a lower education, unemployment, family status, number of children, problems with close persons, death of the closest person, home violence, physical or emotional deprivation, bullying and complication in the mother's pregnancy have been statistically more pronounced in the patients with schizophrenia in comparison with control subjects.

**Key words:** schizophrenia, psychosocial risk factors, results of the project IGA MZ ČR.

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Jana Janoutová, Ph.D., jana.janoutova@osu.cz  
Ústav epidemiologie a ochrany veřejného zdraví, Lékařská fakulta Ostravské univerzity v Ostravě  
Syllabova 19, 703 00 Ostrava – Zábřeh

Cit. zkr: Psychiatr. praxi 2016; 17(3e): e20–e24  
Článek přijat redakcí: 20. 1. 2016  
Článek přijat k publikaci: 21. 3. 2016



## Úvod

Schizofrenie je velmi závažné psychické onemocnění, které je charakterizováno zásadní poruchou myšlení a vnímání, neadekvátní emotivitou a narušenou schopností srozumitelného chování a jednání. Jedná se o chronické onemocnění s vysokou proměnlivostí stavů, které dočasně nebo i v mnohých případech trvale naruší pacientovu schopnost řídit svůj život a omezí jeho vyhlídky na společenské uplatnění.

V celosvětové populaci je udáván výskyt 0,5–1 %. Schizofrenie se řadí k dosud nevyléčitelným chorobám, jasné nejsou ani samotné příčiny nemoci. Nejrizikovějším obdobím pro propuknutí nemoci je období mezi 15. až 30. rokem života.

Přes extrémní názory, které na jedné straně přisuzovaly vznik schizofrenie jen genetickým vlivům a na druhé straně uznávaly jen působení okolních nepříznivých vlivů nebo jen psychologických příčin a konfliktů, jsou v současné době genetické faktory považovány za součást předpokládaných dispozic ke vzniku schizofrenie.

Vzhledem k tomu, že se jedná o onemocnění se závažným průběhem a důsledky, jehož etiologie stále není zcela známá, je potřeba věnovat významnou pozornost studiu možných rizikových faktorů a přispět tak k prevenci tohoto onemocnění (1–5).

V letech 2013–2015 byl na Ústavu epidemiologie a ochrany veřejného zdraví LF OU v Ostravě ve spolupráci s Ústavem živočišné fyziologie a genetiky AV ČR v Brně realizován projekt Epidemiologie a genetika schizofrenie, který byl podpořen grantem IGA MZ ČR. Projekt byl zaměřen na identifikaci významu nejvýznamnějších rizikových faktorů formou epidemiologické studie případů a kontrol, ve které byl na souboru 400 nemocných a 400 kontrolních osob ověřován vliv interakce studovaných rizikových faktorů na patogenezi schizofrenie.

Cílem předložené práce je prezentace vybraných výsledků tohoto projektu, které se zabývají psychosociálními rizikovými faktory schizofrenie.

## Metodika

Projekt zahrnoval vzorek osob s příznaky schizofrenie, které byly získány ze spolupracujících pracovišť: Psychiatrická nemocnice Opava, Psychiatrická léčebna Šternberk, Psychiatrická léčebna Kroměříž, Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové, Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod. Vstupními kritérii pro nemocné schizofrenií byla: muži a ženy české populace s nepřítomností jiné psychiatrické diagnózy, kteří byli ochotni spolupracovat a podepsali informovaný souhlas. Informovaný souhlas podepisoval pacient, v případě potřeby jeho zákonný zástupce.

Kontrolní osoby byly získávány jak ve spolupracujících zdravotnických zařízeních, tak i u praktických lékařů v Ostravě, Olomouci, Českých Budějovicích, a na vybraných odděleních nemocnice v Havířově. Kritéria pro výběr kontrolních osob zahrnovala: muži a ženy z české populace ve věku plus minus 5 let k věku případu.

Po podepsání informovaného souhlasu byl od všech osob ve studii proveden odběr venózní krve. Současně byl s respondenty vyplněn dotazník, který kromě základních demografických údajů obsahoval i otázky na psychosociální rizikové faktory týkající se období 12 měsíců před propuknutím choroby (otázka na ztrátu blízkého, problémy v partnerském vztahu, otázky na problémy v zaměstnání a bydlení, otázky, které se týkaly různých stresových situací v životě, jako jsou právní problémy, oběť násilí včetně domácího nebo svědek útoku či vážné traumatické události). Dále byly zahrnuty otázky, týkající se raného období a dětství.



Tento dotazník byl sestaven autory na základě studia příslušné literatury a vlastních zkušeností.

Pro popis dat byla použita základní popisná statistika v závislosti na druhu veličin. Pro popis kvalitativních veličin byly použity frekvenční tabulky s absolutními a relativními počty, pro metrické veličiny byl použit aritmetický průměr, směrodatná odchylka. Pro hodnocení výskytů sledovaných parametrů u skupiny případů a kontrol byly použity statistické testy pro dva výběry – t-test,  $\chi^2$  test a Fischerův exaktní test.

Statistické testy byly hodnoceny na hladině významnosti 5 %. Pro statistické zpracování byl použit program Stata v. 10 a MS Excel.

## Výsledky

Demografické údaje sledovaných souborů:

Celkem bylo do studie zahrnuto 400 nemocných schizofrenií a 400 kontrolních osob.

Ve sledovaném souboru byli více zastoupeni muži, v poměru 1:2. Mužů bylo ve skupině případů 68,7 %, žen 31,3 %. Průměrný věk respondentů v obou souborech byl při zařazení do studie 39 let. Průměrný věk na začátku onemocnění ve sledovaném souboru byl 24,5 let. Do 15. roku věku bylo diagnostikováno 6,8 % případů, mezi 16. a 30. rokem věku pak 74,9 % případů.

Byl zjištěn statisticky významný rozdíl v počtu sourozenců v rodině. Z rodiny, kde byly více než 3 děti, bylo 21 % nemocných a 9,5 % respondentů z kontrolní skupiny ( $p < 0,001$ ). Z 51 osob ve skupině případů, které uvedly výskyt schizofrenie v rodině, šlo v 51 % o matku, ve 27 % o otce. Schizofrenii v druhé linii v rodině uvedl jen velmi malý počet dotázaných.

Ve sledovaném souboru nemocných bylo 66 % respondentů se vzděláním nižším než středoškolským. 26,5 % mělo vzdělání základní, v kontrolní

skupině mělo 69 % dotázaných vzdělání minimálně středoškolské (SŠ a VOŠ) a 27 % dotázaných uvedlo vzdělání vysokoškolské. Mezi sledovanými soubory byl u těchto parametrů zjištěn statisticky významný rozdíl ( $p < 0,001$ ).

Před propuknutím nemoci bylo na plný úvazek zaměstnáno 46 % případů ve srovnání s kontrolami, kde práci na plný úvazek uvedlo 59 % dotázaných ( $p < 0,001$ ). Dalším sledovaným faktorem byl rodinný stav. Vztahy a kvalitní sociální vazby jsou důležitým pozitivním faktorem v životě každého člověka. V kontrolní skupině sledovaného souboru bylo nejvíce osob ve skupině ženatých nebo vdaných (48,7 %), zatímco u případů bylo v této skupině před počátkem nemoci v tomto stavu pouze 13,7 %, svobodných bylo 62 % ( $p = < 0,001$ ). 67 % respondentů ve skupině případů uvedlo, že nemá žádné dítě oproti kontrolní skupině, kde bylo bezdětných 35 %. Také zde byl zjištěn statisticky významný rozdíl ( $p < 0,001$ ).

Hodnocené psychosociální rizikové faktory:

Ve skupině nemocných v 30,6 % zemřel někdo blízký, v kontrolní skupině to bylo 23,4 % ( $p = 0,046$ ). Odloučení partnerského vztahu uvedlo 15 % osob ve skupině nemocných, 8,8 % v kontrolní skupině ( $p = 0,023$ ). Závažné problémy ve vztahu s blízkými mělo 14,5 % nemocných a 8,3 % respondentů v kontrolní skupině ( $p = 0,017$ ).

Neúspěšně hledání zaměstnání mělo 7 % dotázaných ve skupině nemocných a ve skupině kontrol tento stav uvedlo 8,5 % respondentů ( $p < 0,001$ ). Propuštění ze zaměstnání uvedlo 25 % respondentů ve skupině nemocných oproti 6 % v kontrolní skupině ( $p < 0,001$ ). Významné finanční potíže mělo 33 % dotázaných ve skupině případů oproti 9,5 % v kontrolní skupině ( $p < 0,001$ ). S tímto faktem může souviset i problém s bydlením, který uvedlo 16 % dotázaných ve skupině případů a 1,4 % ve skupině kontrolní ( $p < 0,001$ ).



Skupina nemocných byla častěji exponována různým stresovým situacím v životě, jako jsou právní problémy, oběť násilí (včetně domácího) nebo svědek útoku či vážné traumatické události a to signifikantně častěji ( $p < 0,001$ ).

Nemocní schizofrenií uvedli komplikace v těhotenství matky v 29 % ve srovnání s 4,8 % v kontrolní skupině ( $p < 0,001$ ). Nemocní schizofrenií také uvedli v 15,2 % komplikace při porodu ve srovnání se 4,8 % u kontrol. Jako nejčastější komplikace, které se u porodu vyskytly, byly dotázanými uváděny porod kleštěmi, hypoxie a pupeční šňůra kolem krku dítěte.

Při vzpomínkách na dětství uvedlo 43,4 % ve skupině nemocných hádky rodičů (27,9 % v kontrolní skupině), 18,8 % týrání (7,7 % v kontrolní skupině) a sexuální zneužívání 8,4 % (v kontrolní skupině uvedlo tento závažný stav 3 % dotázaných). U všech těchto faktorů byla zjištěna statistická významnost rozdílu mezi sledovanými soubory. Statisticky významný rozdíl mezi soubory byl zjištěn i v otázce šikany. 34,6 % respondentů ve skupině případů uvedlo, že bylo obětí šikany v dětství, v kontrolní skupině se jednalo o 14 % ( $p < 0,001$ ).

## Diskuze

Nedávné metaanalýzy uvádějí, že muži jsou častěji postižení schizofrenií než ženy. RR je 1,4 (6). To je v souladu s údaji zjištěnými v předloženém projektu. V literatuře je uváděno, že počátek onemocnění postihuje většinou osoby ve věku 15–30 let, což také koresponduje s předloženými údaji (7).

Ve velké mezinárodní studii „European Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood“ ELSPAC (8), která zahrnovala více než 5 000 rodičovských párů a jejich dětí v Brně a Znojmě, bylo zjištěno, že 46 % pacientů se schizofrenií prožilo stresové situace během tří měsíců před první atakou nemoci. Také na tyto otázky odpovídaly osoby ve skupině případů statisticky významně kladně.

Jako významné rizikové faktory schizofrenie jsou v literatuře uváděny komplikace v průběhu těhotenství matky a problémy při porodu (9). Nemocní schizofrenií uváděli jak komplikace v těhotenství, tak při porodu u svých matek významně častěji než ve skupině kontrolních osob.

Mary Clarke (10) ve své publikaci uvádí, že v Irsku 59 % mužů a 69 % žen hospitalizovaných pro schizofrenii zažilo v dětství fyzické nebo emocionální strádání. Děti, které vyrůstají v dobře fungujících rodinách, nemají problémy, na rozdíl od rodin, které jsou hodnoceny jako špatně fungující (3). Také ve sledovaném souboru pacienti se schizofrenií udávali častější hádky rodičů, týrání i sexuální zneužívání ve srovnání s osobami v kontrolním souboru.

Jak je zřejmé z uvedených výsledků, byla většina nálezů u psychosociálních faktorů v souladu s dostupnými informacemi z literatury. Psychosociální rizikové faktory u nemocných schizofrenií se mohou také uplatňovat ve smyslu zvýšeného rizika vzniku schizofrenie u jejich dětí (11). Ve sledovaném souboru bylo zjištěno ještě vyšší procento postižení mužů, než je udáváno v literatuře. To však může být způsobeno tím, že případy onemocnění byly vyhledávány z již hospitalizovaných jedinců a nejednalo se tedy o incidenci onemocnění v pravém slova smyslu, ale o prevalenci hospitalizovaných případů onemocnění.

Řada psychosociálních rizikových faktorů je velmi silně asociována s rizikem vzniku schizofrenie. Jedná se na příklad o situaci, kdy jedinec žije sám, má jen základní kvalifikaci, je nezaměstnaný, má malý kontakt s přáteli, má strasti v dětství nebo nemá důvěrné přátele (12).

V etiologii schizofrenie jsou uváděny jak psychosociální, tak environmentální a genetické rizikové faktory. Považuje se za důležité, že tyto faktory působí společně jako „gene-environmentcorrelation“ a gene-environmentinteraction“ (13).



V posledním období se klade důraz na časný vývoj neurokognitivních funkcí, které představují cíl pro časnou psychosociální intervenci ještě v období před onemocněním na příklad v časném těhotenství (14).

## Závěr

Projekt Epidemiologie a genetika schizofrenie přinesl v oblasti psychosociálních rizikových faktorů potvrzení literárních údajů, které jsou obecně považovány za velmi důležitou skupinu rizika vzniku onemocnění schizofrenií.

## LITERATURA

1. Češková E. Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře. 2nd ed. Praha: Maxdorf; 2007.
2. Hosak L. New findings in the genetics of schizophrenia. World J Psychiatr 2013 September 22; 3(3): 57-61 ISSN 2220-3206 (online).
3. Motlová L, Koukolík F. Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie. Praha: Galén; 2004.
4. Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, Kuoppasalmi K, Isometsä E, Pirkola S, Partonen T, Tuulio-Henriksson A, Hintikka J, Kieseppä T, Härkänen T, Koskinen S, Lonnqvist J. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar disorders in a general population. Arch Gen Psychiatry 2007; 64: 19–28.
5. Vinař, O. Schizofrenní onemocnění: informace pro nemocné a jejich blízké. Praha: Galén, 2002: 15 s. ISBN 80-726-2202-1
6. Aleman A, Kahn RS, Selten JP. Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. Arch Gen Psychiatry 2003; 60(6): 565–571.
7. Malá E. Schizofrenie v dětství a adolescenci. Grada Publishing. 2005. ISBN 978-80-247-6908-0.
8. European Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood“ (ELSPAC).
9. Cannon M, Jones PB, Murray RM. Obstetric complications and schizophrenia and meta-

Tyto poznatky mohou být podle některých zahraničních autorů využity v časně intervenci například v období časného těhotenství pro prevenci tohoto onemocnění. Také ostatní psychosociální rizikové faktory, které se uplatňují při vzniku onemocnění schizofrenií, by měly být sledovány jak odborníky ve zdravotnictví, tak i v sociální oblasti, aby se mohla přijmout adekvátní preventivní opatření, která by snížila riziko vzniku onemocnění schizofrenií.

*Práce byla podpořena grantem IGA MZ ČR č. NT/14504-3.*

-analytic review. Am J Psychiatry 2002; 159(7): 1080–1092.

10. Clarke M, Whitty P, Browne S, McTigue O, Kamali M, Gervin M, Kinsella A, Waddington JL, Larkin C, O'Callaghan E. Untreated illness and outcome of psychosis. Br J Psychiatry 2006; 189: 235–240.

11. Harder S, Davidsen K, MacBeth A, Lange T, Minnis H, Andersen MS, Simonsen E, Lundy JM, Nyström-Hansen M, Trier CH, Røhder K, Gumley A. Wellbeing and resilience: mechanisms of transmission of health and risk in parents with complex mental health problems and their offspring-The WARM Study. BMC Psychiatry. 2015; 15(1): 310.

12. Heslin M, Desai R, Lappin JM, Donoghue K, Lomas B, Reininghaus U, Onyejiaka A, Croudace T, Jones PB, Murray RM, Fearon P, Doody GA, Dazzan P, Fisher HL, Demjaha A, Craig T, Morgan C. Biological and psychosocial risk factors for psychotic major depression. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2015 Oct 31. [Epub ahead of print]

13. Murray RM, Sideli L, LA Cascia C, LA Barbera D. Bridging the gap between research into biological and psychosocial models of psychosis. Shanghai Arch Psychiatry. 2015 Jun 25; 27(3): 139–143.

14. Seidman LJ, Nordentoft M. New Targets for Prevention of Schizophrenia: Is it Time for Interventions in the Premorbid Phase? Schizophr Bull. 2015; 41(4): 795–800.



# Konziliární psychiatrie

**MUDr. Michal Vodička**

Psychiatrické oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s.

Konziliární psychiatrie se zabývá diagnostikou a léčbou duševních onemocnění u somaticky nemocných pacientů. Duševní stav zapříčiněný psychiatrickým nebo somatickým onemocněním je v řadě případů obtížné zhodnotit nejen pro psychiatry, ale i pro somatické lékaře, kteří mohou bagatelizovat nebo opominout příznaky duševního onemocnění. Nedostatečná léčba duševních onemocnění u somaticky nemocných pacientů zvyšuje morbiditu a mortalitu pacientů.

**Klíčová slova:** somatizace, deprese, delirium, suicidium.

## Liaison psychiatriy

Liaison psychiatry specializes in diagnosis and treatment of mental disorders in patients with somatic pathology. In many cases it is difficult to assess, whether mental disease is due to somatic or mental disease not only for psychiatrists, but also for somatic doctors, who may play down or disregard symptoms of mental disease. Insufficient treatment of mental disorders in somatic ill patients increase morbidity and mortality of patients.

**Key words:** somatization, depression, delirium, suicide.

## Úvod

Konziliární psychiatrie se zabývá diagnostikou a léčbou duševních onemocnění u somaticky nemocných pacientů. Při vyšetření pacienta musí

psychiatrický konziliář znát nejen psychopatologii, ale i somatické choroby s jejich projevy v kontextu duševního onemocnění. Vždy je třeba zvažovat biopsychosociální model, podle kterého biologické, psychické a sociální

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Michal Vodička, vodicka.michal@gmail.com  
Psychiatrické oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s.  
Milady Horákové 18, 370 05 České Budějovice

Cit. zkr: Psychiatr. praxi 2016; 17(3e): e25–e40  
Článek přijat redakcí: 6. 9. 2015  
Článek přijat k publikaci: 4. 8. 2016



faktory ovlivňují vnímání a chování pacienta, a tedy rovněž i pocit nemoci či zdraví (1). Biomedicínská teorie předpokládá, že nemoc vzniká v důsledku tělesné patologie a duševní symptomy nesouvisí s tělesným onemocněním. Somatičtí lékaři se snaží určit a léčit somatickou patologii. Symptomy jsou pro ně pouze vodítkem k identifikaci nemoci, proto mají sklon popisovat pacienty na základě patologie, a ne na základě symptomů (např. pacient netrpí slabostí a nechutenstvím, ale má tumor) (2). Pokud se ale nenalezne tělesná příčina, která by přiměřeně vysvětlila obtíže pacienta, mohou somatičtí lékaři přisoudit aktuální stav pacienta psychické příčině. V důsledku toho může dojít k opomenutí somatického onemocnění, ke zhoršení celkového stavu pacienta a ve vážnějších případech k úmrtí.

## Důvody psychiatrického konzilia

Prevalence pacientů na somatickém oddělení je odlišná od struktury pacientů, kteří jsou hospitalizováni na psychiatrii nebo kteří jsou ambulantně léčeni psychiatrií. V primární ambulantní péči se nejčastěji setkáváme s depresí, úzkostí, somatoformními poruchami, abúzem či závislostí na alkoholu (3). Na akutních somatických odděleních převažují akutní organické psychiatrické poruchy, zejména deliria. Funkční psychózy, jako je schizofrenie či schizoafektivní poruchy, jsou na somatických odděleních relativně vzácné (4). K nejčastějším důvodům, proč somatické oddělení požaduje konziliární vyšetření, patří:

### Somatoformní poruchy

Tělesné příznaky nevysvětlitelné onemocněním se často nazývají funkční somatické příznaky. V primární péči je přibližně 25 % všech nových vyšetření v důsledku funkčních somatických symptomů (4). U hospitalizovaných pacientů patří funkční somatické symptomy k nejčastějším důvodům hos-

pitalizace na základě doporučení praktického lékaře. Somatické symptomy u 1/3 všech pacientů přijatých na gastroenterologii, neurologii a kardiologii jsou při propuštění diagnostikovány jako funkční (4). Somatizaci neboli přítomnost somatických symptomů bez prokazatelných organických patologických změn lze rozdělit na tzv. pravou a funkční. U pravé somatizace se jedná o somatický projev duševního onemocnění, nejčastěji deprese nebo úzkosti, a předpokládá se, že léčba základního duševního onemocnění povede ke zmírnění funkčních somatických symptomů (5). Funkční somatizace zahrnuje somatoformní poruchy. Více než 1/3 pacientů se somatoformními poruchami má komorbidní úzkostnou či depresivní poruchu (6).

## Gastrointestinální poruchy

Syndrom dráždivého tračníku je charakterizován chronickou nevysvětlitelnou abdominální bolestí nebo potížemi spojenými s průjmem, zácpou nebo obojím (7). Klíčovou vlastností je intestinální hyperalgezie – nadměrně bolestivá reakce z pochodů ve střevě. U tohoto onemocnění je často přítomna komorbidita s dalšími psychiatrickými poruchami, zejména s úzkostnými a afektivními poruchami (8). Až 1/3 pacientů se syndromem dráždivého tračníku má komorbidní posttraumatickou stresovou poruchu (9). Sexuální zneužívání je prediktivní faktor pro vznik syndromu dráždivého tračníku.

## Plicní a kardiovaskulární poruchy

U pacientů s nedostatečně kompenzovaným astmatem hrají úzkostné poruchy významnou roli, zejména panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha a specifické fobie (9).

Chronický stres, deprese a úzkost jsou rizikovými faktory vzniku kardiovaskulárních onemocnění a komplikují zotavení z akutní kardiální příhody.



Deprese zvyšuje morbiditu a mortalitu v období po infarktu myokardu, nestabilní angině pectoris a po operaci bypassu koronární arterie. Deprese a úzkostné poruchy zvyšují riziko rozvoje kardiovaskulárních onemocnění, jako je infarkt myokardu, angina pectoris a hypertenze (9, 10).

## **Maligní onemocnění**

U maligních onemocnění je vysoká komorbidita s depresí a s úzkostnými poruchami s prevalencí 10–30 % (9). Z úzkostných poruch jsou časté specifické fobie, panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, porucha přizpůsobení a posttraumatická stresová porucha.

## **Bolest**

Bolest patří k nejčastějším chorobným příznakům. Je to komplexní a subjektivní vjem určený senzorickými, psychickými a sociálními faktory. Bolest je nezbytný adaptivní pochod, který brání dalšímu poškození a umožňuje zotavení. Pokud se bolest stane chronickou, ztrácí své adaptivní vlastnosti. S chronickou bolestí je výrazně komorbidní depresivní porucha (11). Strach a úzkost velmi přispívají k prožitku chronické bolesti. Pacienti v primární péči se somatickými potížemi (např. bolest hlavy, břicha, svalů) mají vysokou míru depresivních a úzkostných symptomů (12). U pacientů s chronickými bolestmi páteře, bolestmi u revmatoidní artritidy, fibromyalgie a migrény je velká míra úzkostných poruch (9). U pacientů s bolestí na hrudi a negativním kardiálním nálezem je značná komorbidita zejména panické a depresivní poruchy (13). Psychiatrická symptomatika může být u bolesti jak primární, např. deprese může vést ke zvýšené senzitivitě k bolestivým symptomům, tak sekundární, kdy chronická bolest vede k rozvoji depresivních či úzkostných symptomů.

## **Neobvyklé chování v nemoci**

Pacienti často popírají nebo potvrzují řadu symptomů, které vedou buď k přílišnému vyšetřování, nebo naopak k nedignostikování závažného onemocnění. Toto chování lze označit jako neobvyklé chování v nemoci, což je kvantifikace sociologického konceptu „chování v nemoci“, které popisuje chování a sociální roli nemocného (14). Jedná se o kognitivní, percepční a behaviorální aspekty reakce jedince na nemoc. Často bývá spojené s depresivními, úzkostnými a somatoformními poruchami, kdy pacient vnímá symptomy základního onemocnění výrazněji. Motivace k tomuto chování může být vědomá i nevědomá a obojí může být směřováno jak k popření choroby (např. riziko ztráty zaměstnání v případě nemoci či anosognozie u psychotického onemocnění), tak k jejímu potvrzení (faktivní porucha, somatoformní poruchy) (4).

## **Delirium**

Delirium patří k nejčastější diagnóze na somatických odděleních. Až 1/5 pacientů během pobytu v nemocnici prodělá delirium, na JIP je to až 87 % pacientů (15). Delirium je třeba odlišit zejména od demence vzhledem k podobným příznakům a časté komorbiditě. Některé studie popisují, že až 89 % případů demence u pacientů nad 65 let je komplikováno deliriem (16).

## **Diagnóza a diferenciální diagnóza**

Typické vlastnosti deliria, tj. náhlý vznik, kolísavý průběh spolu s poruchou vědomí a pozornosti, u Alzheimerovy demence chybí a hlavním příznakem jsou poruchy paměti. Odlišení deliria od demence s Lewyho tělísky je velmi obtížné vzhledem k podobné symptomatice, tj. přítomnost poruch pozornosti, zrakových halucinací a kolísání závažnosti příznaků,



avšak senzitivita na antipsychotika, autonomní dysfunkce a systematizované bludy jsou u deliria vzácné (17).

Test MMSE umožňuje odhalit přítomnost kognitivního deficitu, ale není schopen odlišit delirium od demence. Vhodnějšími nástroji pro zjištění deliria jsou CAM-ICU (the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit) a ICDSC (Intensive Care Delirium Screening Checklist) (18).

Náhlá změna duševního stavu by měla vést k předpokladu deliria, dokud se neukáže jiná příčina. Hypoaktivní delirium je často zaměněno za depresi (19). I když některé příznaky depresivní epizody se vyskytují i u deliria (např. psychomotorické zpomalení, poruchy spánku, podrážděnost, myšlenky na smrt), je vznik symptomů u depresivní epizody méně rychlý, poruchy nálady jsou stabilnější a typicky dominují klinickému obrazu. Delirium rovněž napodobuje symptomy úzkostných poruch a kolísavý průběh může vést k mylné domněnce, že se jedná např. o panickou poruchu (20). Podáním benzodiazepinů u somatického deliria ve snaze zmírnit úzkost u předpokládané úzkostné poruchy může vést ke zhoršení symptomů deliria. Především u mladých jedinců je třeba odlišit delirium od funkčních psychóz, zejména schizofrenie. Na rozdíl od schizofrenie jsou halucinace u deliria častěji zrakové a občas čichové, taktilní nebo gustatorní. U schizofrenie není výrazný kognitivní deficit, halucinace jsou zejména sluchové, bludy jsou komplexnější a pozornost není tak výrazně narušena jako u deliria (18).

## Etiologie

Etiologie deliria je rozsáhlá a multifaktoriální. Obecně je jakékoliv somatické onemocnění, které vede k funkčním či strukturálním změnám

CNS, rizikové k rozvoji deliria. Problematikou se podrobněji zabývá kniha Konziliární psychiatrie (21). K příčinám deliria patří infekce, dehydratace, hypoxie, metabolické encefalopatie (např. kardiální selhání), akutní vaskulární poruchy (infarkt myokardu, plicní embolie), endokrinopatie, poruchy minerálové rovnováhy, zvýšená hladina kortizolu, patologie CNS (cévní mozková příhoda, krvácení), trauma (úraz či operace), exogenní vlivy (vliv medikace – zejména léky s anticholinergním účinkem, opiáty a benzodiazepiny, dále intoxikace a syndrom z odnětí psychoaktivních látek). K deliriu může přispívat spánková deprivace, nedostatečně kontrolovaná bolest, přítomnost kognitivní poruchy a vysoký či nízký věk pacienta (19). Delirium může být způsobeno více etiologickými činiteli a zároveň může být přítomna komorbidita s dalšími duševními poruchami, které nelze odlišit, dokud není zaléčen delirantní stav. Například pacient se závislostí na alkoholu přijatý na traumatologické oddělení po traumatickém poranění mozku. U pacienta se rozvine delirantní stav. Jeho etiologie může být v důsledku syndromu z odnětí alkoholu, může být v důsledku Wernickeovy encefalopatie, nebo v důsledku vlastního traumatického poškození mozku. Rovněž může být v důsledku jaterní encefalopatie. Nelze vyloučit ani centrální pontinní myelinolýzu, minerálovou nerovnováhu, dehydrataci, infekci (např. pneumonii). Při poškození kritických struktur mozku se zde může podílet i endokrinní etiologie (např. diabetes insipidus). Dále zde může být etiologie epileptogenní. Z vzácnějších onemocnění může být u pacienta přítomna např. Wilsonova choroba, kde je jaterní poškození časté, neurologická symptomatika nemusí být patrná a k častým psychiatrickým symptomům patří osobnostní změny s dezinhibovaným chováním s rizikem abúzu alkoholu a drog. A samozřejmě pacient může trpět i jinými somatickými chorobami bez přímé souvislosti s úrazem či závislostí na



alkoholu (např. srdeční selhání) a jinými duševními chorobami (např. depresí). Kromě toho samotná intoxikace alkoholem zhoršuje průběh léčby poranění mozku a může zhoršovat průběh somatického deliria (22, 23).

## Delirium u dětí

Děti jsou velmi citlivé k rozvoji deliria, ale často u nich nebývá diagnostikováno. Celková anestezie a horečka vyvolá delirium u dětí častěji než u dospělých (24). Nejčastější etiologií deliria u dětí jsou infekce, vliv léků a trauma. Diferenciálně diagnosticky je třeba u dětí odlišit poruchy chování, depresi, schizofrenii a bipolární poruchu.

## Organické duševní poruchy

Kromě deliria mohou somatické choroby vyvolat další duševní poruchy, které jsou často nazývané organické. V MKN 10 spadají do kategorie F06.x.

## Minerálové poruchy

Minerálové poruchy jsou u somaticky nemocných pacientů běžné. Vždy je třeba léčit příčinu minerálové poruchy, například pankreatitidu či malabsorbní syndromy. Diagnostické obtíže může činit hypokalcemie bez ohledu na příčinu. Její projevy mohou napodobit demenci, afektivní poruchy, úzkostné poruchy či schizofrenii (22). Příznaky hypofosfatemie mohou být podobné symptomům Wernickeovy encefalopatie a zejména u pacientů se závislostí na alkoholu může dojít k záměně (22), neboť je u nich hypofosfatemie častá. Příznaky hypokalemie i hyponatremie lze zaměnit za depresi i úzkostné poruchy v důsledku podobné symptomatiky (25). Hypernatremie se může vyznačovat slabostí, apatií a depresí. Při vyšším stupni hypernatremie bývá přítomno delirium s častými zrakovými iluzemi a halucinacemi.

U dětí se hypernatremie projeví spíše podrážděností a neklidem. Hyponatremie a hypernatremie jsou spojeny s dalšími somatickými komplikacemi a s nimi souvisejícími změnami duševního stavu (např. centrální pontinní myelinolýza).

## Kardiovaskulární poruchy

Srdeční selhání vede k úzkostným poruchám. Při zhoršení srdečního selhání v noci může docházet k poruchám spánku, neklidu a úzkosti, které lze zaměnit za symptomy depresivní poruchy. Mohou být přítomny i další příznaky deprese, jako je slabost, únava, nechutenství a úbytek váhy (25). Při větší závažnosti srdečního selhání se objevují symptomy demence, deliria nebo obou.

Palpitace jsou způsobeny řadou kardiovaskulárních poruch (angina pectoris, arytmie) a mohou vyvolávat úzkostné symptomy. U infarktu myokardu a prolapsu mitrální chlopně bývají přítomné úzkostné poruchy, zejména panická porucha (25).

Léky na léčbu kardiovaskulárních poruch mohou vyvolat psychiatrická onemocnění. Digoxin může vést k depresi, deliriu, poruchám spánku, halucinacím a bludům. Podávání lidokainu může vést k deliriu a depresi, propranolol může vyvolat depresi, methyldopa způsobuje depresi, delirium a poruchy sexuálních funkcí a klonidin může vést k depresi a reverzibilní demenci (25).

## Respirační poruchy

Mírná hypoxie způsobuje úzkost a neklid. Těžší hypoxie vede k agitovanému deliriu. U pacientů s astmatem jsou časté úzkostné a depresivní poruchy. Při astmatickém záchvatu je přítomna úzkost, neklid a dušnost.



K dalším symptomům doprovázející astmatický záchvat patří únava a slabost. Závažnější forma astmatického záchvatu může vést k deliriu.

Plicní embolie může způsobit úzkost a neklid (25). Mohou se objevit panické ataky a hyperventilace. Závažná plicní embolie vede k deliriu a ke smrti.

Theofylin a aminofylin mohou vést k závratím, úzkosti, nespánku a insomnii. Obě látky rovněž mohou vést u pacientů, kteří podstupují elektrokonvulzivní terapii, k protražovaným záchvatům a zvýšenému riziku rozvoje status epilepticus (26).

### **Hepatální a pankreatické poruchy**

Hepatální encefalopatie se může projevovat euforií, hypománií či mánií, občas i depresí (25). V počátečních stádiích nemusí být symptomy deliria přítomny a onemocnění lze zaměnit za funkční psychiatrické onemocnění. Portosystémová encefalopatie se může manifestovat mánií, depresí, úzkostnými stavy a změnami osobnosti. Posthepatitický syndrom je soubor příznaků, které se mohou objevit u pacientů po proběhlé virové hepatitidě. Může se projevovat slabostí, únavou, nechutenstvím, depresí, úzkostí. Syndrom se spontánně upraví, léčba je symptomatická. Syndrom je třeba diferenciálně diagnosticky odlišit od chronické hepatitidy B a C. Wilsonova choroba je vzácné dědičné onemocnění, které se může projevit hepatální poruchou, neurologickými a psychickými příznaky. Hepatální porucha je přítomna vždy, ale často bývá asymptomatická. Psychiatrické symptomy, které mohou předcházet hepatální a neurologické projevy, jsou přítomny u 1/3 pacientů s Wilsonovou chorobou a zahrnují osobnostní změny s dezinhibovaným chováním a emoční labilitou, poruchy pozornosti a hyperaktivity, které lze u dětí a adolescentů zaměnit za ADHD nebo za

poruchy chování, dále psychózu s halucinacemi a bludy, kognitivní poruchu, úzkostné poruchy včetně obsedantně kompulzivní poruchy a depresi (23, 27). Z neurologických symptomů mohou být přítomny cefalgie charakteru migrén, ataxie, parkinsonský syndrom, dystonie, pseudobulbární paralýza, chorea a epileptické záchvaty.

Akutní pankreatitis se může projevovat akutní psychotickou symptomatikou připomínající toxickou psychózu včetně agitovanosti, paranoidní bludné produkce a sluchových halucinací (25).

### **Vitaminové poruchy**

Wernickeova encefalopatie vzniká následkem akutního deficitu thiaminu, může napodobovat depresi i demenci a bývá komorbidní s dalšími poruchami. Protože se často vyskytuje u alkoholiků, může být léčba zaměřena na delirium v důsledku odnětí alkoholu a deficit thiaminu je opomenut.

Nemoc Marchiafava-Bignami je onemocnění charakterizované demyelinizací a nekrózou corpus callosum. Etiologicky se předpokládá deficit určitých vitaminů v kombinaci s toxickým účinkem alkoholu u disponovaných jedinců. Psychiatrická symptomatika může být zaměněna za depresi, ale i za Wernickeovu encefalopatii, neboť obě onemocnění se vyskytují u alkoholiků a obě mohou mít podobný obraz magnetické rezonance mozku (23).

Chronická hypervitaminóza A se projevuje nespecifickými symptomy, jako je slabost, únava, nechutenství, bolest hlavy, poruchy spánku, deprese a může být zaměněna za funkční psychiatrické onemocnění (25). Deficit vitaminu D se projevuje úzkostnými symptomy, depresí a podrážděností. U dětí mohou být přítomny noční děsy a záchvaty vzteku, proto je třeba



deficit vitamínu D diferenciálně diagnosticky zvažovat při diagnostice ADHD a poruch chování (22).

Deficit vitamínu B12 může vést k depresi, mánii, deliriu nebo změnám osobnosti (23). Psychóza je vzácným projevem deficitu vitamínu B12 (28).

## **Infekční onemocnění**

Z infekčních onemocnění mohou být diagnosticky problematické lymeská borrelióza a neurosyfilis. Obě se mohou projevovat demencí, psychotickou a afektivní symptomatikou. Diagnostika obou je zatížena falešně pozitivními výsledky laboratorních vyšetření a u obou se psychiatrická symptomatika objevuje až po delší době přítomnosti infekce v organismu (23).

## **Autoimunní onemocnění**

Systémový lupus erythematoses (SLE) se může projevovat nejčastěji depresí a kognitivním deficitem, který bývá zpravidla mírný, vzácněji mánií a psychózou. Úzkostné symptomy a poruchy spánku jsou časté (22). Diferenciálně diagnosticky je třeba zvažovat uremii, kde může být podobná psychiatrická symptomatika, a léčbu kortikosteroidy, která se může projevovat podobnými psychiatrickými symptomy jako SLE (23). Léčba kortikosteroidy a imunosupresivy vede ke zvýšenému riziku oportunní infekce CNS a rozvoji deliria.

Kognitivní poruchy jsou přítomny u 40–65 % pacientů s roztroušenou sklerózou (RS) a ve vzácných případech mohou být jediným projevem onemocnění. Deprese bývá přítomna až u 50 % pacientů s RS. K dalším psychiatrickým projevům patří mánie, změny osobnosti a vzácně psychóza, která může být hlavním projevem onemocnění s přítomností nevýrazné

neurologické symptomatiky (29). Psychotické symptomy se podobají schizofrenii, nicméně jsou často přítomny expanzivní bludy a neurologická symptomatika (např. parestezie) je včleněna do bludného systému. Bipolární porucha je u pacientů s RS dvakrát častější než u běžné populace (29).

Limbická encefalitis je onemocnění, jehož nejčastější příčina spočívá v tom, že nádorové protilátky zkříženě reagují s různými strukturami CNS. Proto je u těchto pacientů vždy nutné pátrat po tumoru. Epileptické záchvaty jsou často přítomny. Z psychiatrických projevů je nejčastější delirium, ale mohou být přítomny afektivní poruchy, změny osobnosti, katatonie, amnestický syndrom a psychóza (28, 30).

Sarkoidóza je charakterizována přítomností sarkoidových granulomů v různých orgánech. CNS je zasažena u 5 % pacientů se sarkoidózou (31). Při centrálním postižení je přítomen kognitivní deficit až u 50 % pacientů. Může se objevit apatie, podrážděnost a neklid. Mohou být přítomny změny osobnosti a psychotické symptomy s halucinacemi a bludy, které lze zaměnit za schizofrenii (23, 32). Postižení hypotalamu může vést k somnolenci, hypertermii či diabetu insipidu (22).

## **Spánkové poruchy**

Obstrukční spánková apnoe může vést k depresi, často je přítomen kognitivní deficit, úzkostné stavy, delirium a u dětí ji lze zaměnit za ADHD (23, 33). Etiologicky je nutné u dětí zvažovat kromě dalších příčin zejména zvětšení tonzil a rovněž Downův syndrom. Obstrukční spánková apnoe může způsobovat srdeční arytmie včetně fibrilace síní, systolickou hypertenzi, plicní hypertenzi a epilepsii. Proto je třeba zvažovat psychiatrickou symptomatiku v kontextu těchto poruch včetně rizika cévních mozkových příhod či krvácení do CNS a s tím souvisejícími symptomy.



Narkolepsie je vzácné onemocnění charakterizované epizodami záchvatu spánku během dne a kataplexií, tj. ztrátou tonu kosterního svalstva. Ta může být celková, nebo omezená jen na určité skupiny svalů. Může docházet k úrazům. Dále se onemocnění projevuje spánkovou obrnou a hypnagogickými a hypnopompnými halucinacemi. U 60–70 % pacientů jsou rovněž přítomny poruchy spánku charakterizované častým nočním probouzením a obtížemi s usínáním. Přes 50 % pacientů s narkolepsií má depresivní poruchu (34). Úzkostné poruchy jsou rovněž časté. Panické ataky jsou zejména vyvolány děsivými prožitky během hypnagogických a hypnopompných halucinací. Bývají přítomny specifické fobie (např. strach z pádu, strach z nakažlivé nemoci). Hypnagogické a hypnopompní halucinace je třeba odlišit od psychotického onemocnění. Narkoleptické halucinace jsou živé, většinou zrakové, mohou být i sluchové a taktilní. Typický je pocit přítomnosti někoho nebo něčeho v místnosti. Občas se tyto halucinace mohou objevit i během dne, kdy narušují běžné denní aktivity. Spánková obrna je přechodná neschopnost pohybu a řeči během přechodu z bdění do spánku nebo naopak. Může vyvolávat masivní úzkost, protože je často doprovázena pocitem neschopnosti dýchat. Rovněž se někdy mohou u pacientů s narkolepsií objevit epizody amnézie s přítomností automatického chování (22). Diferenciálně diagnosticky je třeba zvažovat obstrukční spánkovou apnoei i proto, že u narkolepsie může dojít k nárůstu hmotnosti a obě onemocnění mohou být přítomna zároveň, dále tumory, hypotyreózu, hypoglykemii, epilepsii, myastenii gravis, roztroušenou sklerózu a Klein-Levinův syndrom. Z psychiatrických onemocnění kromě psychózy a deliria je třeba zvažovat disociativní poruchy a ADHD. Stimulancia, která se používají na léčbu narkolepsie, mohou vést k epileptickým záchvatům, ke kardiálním poruchám a k deliriu. Stejně poruchy

vyvolávají tricyklická antidepresiva, která se používají k léčbě kataplexie, spánkové obrny a hypnagogických a hypnopompných halucinací (25).

## Epilepsie

Epilepsie, zejména dlouhotrvající, může vést k interiktální psychóze napodobující schizofrenii, k interiktální depresivní poruše, k postiktální psychóze s výraznou agitovaností a neklidem, k postiktálnímu deliriu nebo k úzkostným poruchám (22). Nejčastější psychiatrické komorbidity u pacientů s epilepsií jsou deprese, bipolární porucha a ADHD (35).

Nekonvulzivní status epilepticus může napodobit řadu duševních poruch. Mohou být přítomny poruchy myšlení, vnímání, emocí i psychomotoriky. Proto zejména u náhle vzniklých duševních symptomů je třeba vyloučit epileptickou etiologii. Epilepsii je nutno odlišit od psychogenních neepileptických záchvatů (PNES). Odlišení bývá obtížné zejména u pacientů s komorbidní epilepsií. Video-EEG může pomoci k odlišení, ale záchvat nemusí být při monitoraci zachycen. Přibližně 25 % pacientů léčených pro farmakorezistentní epilepsii má PNES (22, 36). Diferenciálně diagnosticky je třeba u PNES vyloučit epilepsii, endokrinní příčiny, kardiovaskulární příčiny (arytmie, plicní embolie), migrénu, cerebrální příčiny (cévní mozková porucha, krvácení) a poruchy spánku (narkolepsie).

## Endokrinní poruchy

Hypoparatyreóza se může projevovat zejména kognitivním deficitem, rovněž depresí s únavou a úzkostnými symptomy. Vzácněji se mohou objevit psychotické příznaky, a to zejména u sekundární hypoparatyreózy. Nejčastějším projevem hyperparatyreózy je deprese s apatií, únavou a nedostatkem iniciativy. Někdy se může objevit úzkost a podrážděnost.



Psychotické symptomy jsou vzácné a mohou se objevit pod obrazem paranoidní psychózy s halucinacemi, paranoidními bludy a agresivním chováním (28).

Hypertyreóza se může projevovat depresí, úzkostnými stavy, manickou anebo psychotickou symptomatikou. Hypotyreóza se může manifestovat kognitivními poruchami, poruchami pozornosti, depresí často doprovázenou úzkostnými stavy a vzácně psychózou s paranoidními bludy a sluchovými halucinacemi (23).

Cushingův syndrom a Addisonova choroba se mohou projevovat zejména depresivním syndromem, v závažnějších případech psychotickou symptomatikou a katatonním syndromem. U Addisonovy choroby je třeba diferenciálně diagnosticky zvažovat kromě autoimunitních a infekčních příčin zejména tumory, krvácení do CNS a adrenoleukodystrofii. Dětská forma adrenoleukodystrofie se může projevovat kromě projevů adrenokortikální insuficience rovněž symptomy připomínajícími ADHD a u adultní formy mohou být přítomny manické symptomy a demence (23). U Cushingova syndromu je třeba diferenciálně diagnosticky zvažovat zejména tumory CNS a nadledvin a v kontextu těchto chorob zvažovat psychiatrickou symptomatiku (37).

Hypoglykemie, zejména subakutní, a chronický neuroglykopenický syndrom se mohou projevovat dezinhibovaným chováním připomínajícím intoxikaci alkoholem, kognitivním deficitem, který může imponovat jako demence, a paranoiditou, u které může dojít k záměně za psychózu. U déle trvající hypoglykemie je třeba vždy zvažovat kromě špatně nastavené antidiabetické léčby zejména inzulinom (22).

Počáteční symptomy uremie se mohou podobat depresi se slabostí, únavou a insomnií. Výrazná je porucha pozornosti (25). Mohou se objevit

poruchy paměti, zhoršení úsudku. Při pomalém rozvoji uremie mohou být duševní změny její první manifestací (22). Vzácně se uremie může manifestovat mánií (23). Pokud je přítomno delirium, jsou často přítomny zrakové halucinace.

Diabetes insipidus, který vzniká v důsledku nedostatečné produkce antidiuretického hormonu (ADH), může vést k hypernatremii, a s tím souvisejícím psychiatrickým symptomům. Důležité je odlišit diabetes insipidus od primární polydipsie, která je přítomna u řady duševních poruch (mánie, schizofrenie, poruchy osobnosti). Pokud je primární polydipsie léčena desmopresinem (syntetický analog ADH), může dojít k intoxikaci vodou. U každého psychotického pacienta s poruchami vědomí a epileptickými záchvaty je třeba diferenciálně diagnosticky zvažovat primární polydipsii.

## Trauma

Traumatické poškození mozku se projevuje řadou psychiatrických symptomů, které závisí na rozsahu a umístění hematomu. Po akutní fázi, kdy je přítomno delirium, které je typicky agitované s výraznými halucinacemi a bludy, se může objevit rozmanitá psychiatrická symptomatika. Kognitivní deficit se postupně upravuje. Agitovanost je častá v následujících měsících po úraze a rovněž se postupně upravuje. Poúrazové změny osobnosti jsou časté, ale je třeba vzít v úvahu premorbidní osobnost (zejména disociální a hraniční) (23). Deprese se objeví až u 50 % pacientů s traumatickým poškozením mozku. Může spontánně odeznít, nebo přetrvávat (38). Depresi je nutné odlišit od emoční inkontinence, která je po traumatickém poškození mozku častá. K zjištění etiologie deprese je třeba zjistit, zda pacient netrpěl depresivní poruchou již před úrazem (23). Mánie je relativně vzácná a častější při poškození temporálních lalo-



ků (23). Mánii je třeba odlišit od dezinhibovaného chování u syndromu frontálního laloku, mozečkového kognitivně-afektivního syndromu, od Klüver-Bucyho syndromu a premorbidní diagnózy bipolární poruchy. Trauma může vést k sekundárnímu ADHD nebo zhoršit již existující symptomy ADHD (39). Na traumatickou příčinu zhoršení symptomatologie ADHD je třeba myslet i proto, že u dětí s ADHD je trojnásobně vyšší riziko poranění CNS ve srovnání s dětmi bez ADHD.

### Cévní mozkové příhody

Cévní mozková příhoda vede k demenci a deliriu. Přibližně u 40 % pacientů se týdnů až měsíců po mozkové příhodě rozvine depresivní porucha (23). Úzkostné poruchy se objeví u přibližně 20 % pacientů po cévní mozkové příhodě, a to zejména při postižení pravé hemisféry. K dalším symptomům patří emoční inkontinence, syndrom frontálního laloku, mánie (při postižení frontálního, temporálního laloku, thalamu, mesencefala a nucleus caudatus) a psychóza (zejména při postižení frontálního, temporálního laloku a thalamu) (23).

### Nádory

Nádory CNS se mohou projevovat příznaky demence (zejména ve frontálním laloku, temporálním laloku a corpus callosum), deprese (umístění nádoru ve frontálním a temporálním laloku), mánie (temporální lalok, frontální lalok, thalamus a hypotalamus) a psychózy (umístění ve frontálním laloku, temporálním laloku a corpus callosum). Rovněž mohou být přítomny změny osobnosti (zejména v oblasti frontálního laloku, temporálního laloku a corpus callosum) (22). U pacientů s náhle vzniklou změnou duševního stavu, zejména ve vyšším věku spolu s přítomností bolesti hlavy, je třeba

vždy zvažovat nádorovou příčinu. Nádory se rovněž mohou projevovat řadou endokrinních příznaků (diabetes insipidus, hyperfagie, nechutenství, insomnie), které mohou vést k dalším metabolickým poruchám.

### Katatonie

Organická katatonní porucha může být způsobena řadou somatických stavů, jako jsou endokrinopatie (feochromocytom, hypoparatyreóza, thyrotoxikóza), infekce (lymeská borrelióza), tumory (zejména frontálního, temporálního laloku a corpus callosum) (22), cévní mozková příhoda, traumatické poranění mozku (subdurální frontoparietální hematoma), epilepsie (nekonvulzivní status epilepticus, interiktální psychóza), autoimunní onemocnění (systémový lupus erythematosus), dědičná onemocnění (Wilsonova choroba, Tay-Sachsova choroba), dále popáleniny, SIADH syndrom, deficit vitamínu B<sub>12</sub>, Cushingův syndrom, Addisonova choroba (40) a centrální pontinní myelinolýza (41). Katatonní symptomatiku mohou vyvolat antipsychotika, syndrom z odnětí benzodiazepinů, náhlé vysazení dopaminergních látek, stimulancia, opiáty, rovněž i disulfiram a ciprofloxacin (23).

Neproduktivní katatonní poruchu je nutné odlišit od kómatu, hypoaktivního deliria, abulie, psychózy a depresivní poruchy. Produktivní katatonii je třeba odlišit od mánie, protože se může objevit až v 15 % manických epizod u pacientů s bipolární poruchou, od schizofrenie (10% pacientů s katatoníí splňuje kritéria pro schizofrenii) (40) a od hyperaktivního deliria. Opakující se povaha stereotypií, grimasování a manýrování mohou připomínat obsedantně kompulzivní poruchu či Tourettův syndrom. Z dalších významných chorob je z diferenciálně diagnostického hlediska důležité odlišení Parkinsonovy choroby, maligní hypertermie, stiff-person syndromu a locked-in syndromu (40).



## Další poruchy

Osmotický demyelinizační syndrom, který zahrnuje centrální pontinní a extrapontinní myelinolýzu, je závažné onemocnění, které vzniká v důsledku řady poruch, ale nejčastěji při rychlé úpravě hyponatremie. Projevuje se neurologickou a psychiatrickou symptomatikou. Přibližně 25 % pacientů má pouze psychiatrické symptomy (42). Onemocnění se může projevovat osobnostními změnami, depresí, úzkostnými příznaky a agitovaností s psychotickými symptomy (41). Nejrizikovější skupinou pacientů jsou pacienti s malnutricí, chronickou závislostí na alkoholu a pacienti po transplantaci jater (23). Diferenciálně diagnosticky je třeba odlišit zejména delirium po odnětí alkoholu a hepatální encefalopatii.

Mozečkový kognitivně-afektivní syndrom vzniká v důsledku řady afekcí postihující mozeček. V popředí je změna osobnosti charakterizovaná dezinhibovaným chováním, impulzivitou nebo naopak oploštěním afektivity, dále je přítomna porucha pozornosti, řečových a exekutivních funkcí a kromě záměny za ADHD, která je zvažována spíše u dětí, může dojít k záměně za depresi, máni, poruchu osobnosti a demenci (43).

## Odmítání podrobit se léčbě

Za normálních okolností je třeba respektovat přání pacienta odmítnout léčbu. U závažných duševních poruch, jako je například schizofrenie nebo demence, může být schopnost úsudku výrazně narušena. U schizofrenie může být přítomno bludné přesvědčení, že okolí chce pacientovi ublížit, a to se může vztahovat i na léčbu.

Zhodnotit schopnost pacienta posoudit svůj zdravotní stav je důležité zejména, pokud pacient odmítá život zachraňující výkony či léčbu (například krevní transfuzi nebo operaci nádoru), odmítá užívat léky, nebo když pacient

vyžaduje, aby ošetřující personál ukončil jeho život (44, 45). Problém nastává u hraničních stavů, například u deprese bez psychotických symptomů nebo u lehkého stupně demence. Je odmítání léčby v důsledku snahy zemřít, nebo pacientovi například nevyhovuje postup navržený lékařem a v důsledku omezené schopnosti komunikace není schopen se adekvátně vyjádřit? Odmítání může být i v důsledku nepochopení sdělované informace, což bývá běžné u pacientů s demencí a u pacientů s nasedajícím delirantním stavem. Nemusí se jednat přímo o odmítání, ale o výraznou nerozhodnost. Suicidalita nemusí být spojena se zhoršenou schopností posoudit situaci a rozhodnout se nepřijmout léčbu, pokud vychází ze zdravého uvažování a chápání situace, jako například u terminálně nemocných pacientů. Psychiatr je v těchto případech volán, aby zhodnotil duševní stav pacienta a rozhodnul, jestli je pacient schopen odmítnout léčbu.

## Sebevražedné a automutilační pokusy

Jedním z nejčastějších důvodů psychiatrického konzilia na JIP je sebevražedný pokus (46). Zde je psychiatr žádán, aby rozhodl, zda je možné propuštění pacienta, či zda je vhodná psychiatrická intervence.

K predisponujícím rizikovým faktorům suicidia patří vyšší věk, mužské pohlaví, nízký socioekonomický stav, nízké vzdělání, chudoba, rodinný stav (svobodní či rozvedení), rodinné prostředí (zejména problematické rodinné prostředí s hádkami, týráním, sexuálním zneužíváním), zaměstnání (např. lékaři, manažeři (47)), homosexualita, psychiatrické onemocnění, somatické onemocnění, sebevražedný pokus v anamnéze, kontakt s lidmi, kteří se pokusili o suicidium, abúzus alkoholu či jiných návykových látek (48).

K precipitujícím rizikovým faktorům patří nepříznivé životní události (např. rozvod, rozchod, úmrtí blízké osoby, zjištěná diagnóza závažného



onemocnění), intoxikace alkoholem či jinými návykovými látkami (46). Podle K. Skegga není sebevražedný pokus nemoc, ale chování. „Proto další postup velmi závisí na základním problému, který může sahat od psychózy s intenzivními suicidálními myšlenkami vyžadující hospitalizaci k impulzivním činům na stresovou událost, která se zvládne s podporou rodiny“ (str. 1478–1479)(46). Impulzivní činy jsou charakterizovány nedostatečnou rozvahou, jsou vedené z náhlého popudu, nejsou dostatečně promyšlené, jsou nepřiměřeně rizikové a mnohdy vedou k nežádoucím následkům. Impulzivní chování je charakteristické pro hraniční a disociální poruchu osobnosti a pro ADHD. Impulzivní činy jsou často spojené se sebevražedným a násilným chováním (49).

U některých pacientů po suicidálním pokusu je potřeba hospitalizace na psychiatrii, u jiných je hospitalizace naopak kontraproduktivní. J. Paris (50) tvrdí, že hospitalizace chronicky suicidálního pacienta s hraniční poruchou osobnosti vede k tomu, že je tento pacient přijat do prostředí, které posiluje právě to chování, které se psychoterapie snaží změnit. To vede k opakovaným hospitalizacím kvůli suicidálním pokusům (chronicky suicidální chování popisuje Paris jako způsob chování, kterým pacienti s hraniční poruchou osobnosti sdělují úzkost). Příčina může být v tom, že hospitalizace poskytuje sociální zázemí, které pacientovi extramurálně chybí. Dalším důvodem může být to, že když se pacient poraní, získá více péče od ošetřujícího personálu, čímž se posiluje jeho patologické chování.

### Zhodnocení vhodnosti léčby pacienta

Po psychiatrovi se může požadovat, aby zhodnotil, zda je pacient schopen pochopit a dát validní souhlas s určitým výkonem či postupem, např. transplantace, dárčovstvím orgánu, žádost o kosmetickou

chirurgii. Taktéž se po psychiatrovi může žádat, aby rozhodl, zda je pacient vhodný k danému výkonu (např. transplantace jater u pacienta se závislostí na alkoholu) či zda je schopen dodržovat pravidla v období po výkonu (např. setrvání v lůžku, nenašlapování na nohu u fraktury apod.). Rovněž může být po psychiatrovi požadováno, aby zhodnotil riziko dekompenzace psychického stavu v souvislosti s výkonem a období po něm.

### Reaktivní stavy, úzkostné a depresivní poruchy

U somaticky nemocných pacientů jsou často přítomny stresové události. Může se jednat o poranění nebo o akutní dekompenzaci somatického onemocnění.

Akutní stresové reakce jsou běžné po závažných událostech, jako jsou automobilové nehody. Pacienti mohou být úzkostní, neklidní, podráždění. Mohou popírat skutečnost nebo následky toho, co se jim stalo (51).

Poruchy přizpůsobení jsou přechodné reakce na stresovou událost a obvykle se manifestují jako depresivní nebo úzkostné poruchy. Mohou se rovněž projevovat poruchami chování a špatnou compliance při léčbě. Závažnost symptomů často kolísá spolu s kolísáním závažnosti somatického stavu a úspěšností jeho léčby. U části pacientů s poruchou přizpůsobení se rozvine trvalé duševní onemocnění, obvykle deprese.

Posttraumatická stresová porucha je dlouhodobá emoční reakce na události v minulosti, které byly vnímány jako život ohrožující. Počátek příznaků může být týdnů i měsíců po kritické události. Typické je znovuprožívání stresující události v představách, myšlenkách či v tělesných příznacích jako tzv. flashbacky. Dále jsou přítomny noční můry, přetrvávající úzkost, poruchy spánku a snaha vyhnout se situacím, které kritickou udá-



lost připomínají. Často se vyskytuje u účastníků dopravních nehod a jako komplikace závažného somatického stavu a jeho léčby (52).

Panická porucha je častou příčinou návštěvy nemocnice, ale nejednou zůstává nerozpoznána (53). Bývá obvyklou příčinou závratí, parestezií, dušnosti, palpitací a bolestí na hrudi. Generalizovaná úzkostná porucha se může projevovat únavou, povšechnými bolestmi nebo obavami z nemoci. Její přítomnost často přispívá k funkčním somatickým symptomům a nadměrnému využívání lékařských služeb (9). Specifické fobie mohou bránit diagnostice a léčbě pacienta. Zejména strach z krve a injekčních jehel představují závažný problém na chirurgických a interních odděleních. Klaustrofobie může bránit provedení CT či MR vyšetření.

Deprese je častá u pacientů s tělesným onemocněním, u nichž se může vyskytovat v komorbiditě, tj. nezávisle na somatické diagnóze. Může být rovněž považována za důsledek tělesného onemocnění, pak by měla být diagnostikována jako organická depresivní porucha. Ale přesné oddělení těchto dvou poruch v řadě případů není možné. Např. deprese po cévní mozkové příhodě může být důsledkem vlastního somatického onemocnění, ale i jako psychický stresor. Kromě toho diagnóza organické deprese může vést k opominutí psychogenního a sociálního aspektu etiologie a léčby. Diagnostika deprese je u těchto pacientů důležitá, protože zvyšuje jejich morbiditu a mortalitu.

### Zneužívání psychoaktivních látek

Alkohol je nejčastější zneužívanou látkou vyskytující se u pacientů na somatických odděleních, a to zejména na traumatologických JIP (54, 55). K dalším zneužívaným látkám patří zejména opiáty, benzodiazepiny a stimulanty. Pacient se může projevovat symptomy intoxikace, syndromem

z odnětí nebo somatickými komplikacemi spojenými s užíváním těchto látek (např. jaterní encefalopatie). Pacienti s abúzem drog se mohou projevovat agitovaným chováním, agresí, mohou požadovat drogu nebo její ekvivalent, nebo mohou agravovat své somatické onemocnění ve snaze získat větší množství léků proti bolesti. Často jsou to pacienti s kriminální minulostí (56). Po psychiatrovi se požaduje, aby akutní stav zvládl a doporučil další postup v léčbě. Diferenciálně diagnosticky je třeba vždy zvažovat schizofrenii, bipolární poruchu či organicky podmíněné psychiatrické onemocnění.

### Psychotické poruchy

Schizofrenie a další psychotické poruchy jsou na somatických odděleních relativně vzácné. Občas se ale mohou objevit pacienti se zvláštními symptomy nebo stížnostmi. Vždy je třeba vyloučit somatickou etiologii potíží, i kdyby se jednalo o velmi bizarní příznaky (4). Zjištění anamnézy od příbuzných či od praktického lékaře pomůže zjistit, jestli pacient netrpěl duševním onemocněním ještě před hospitalizací a usnadní psychiatrickou intervenci.

### Příčiny psychiatrické poruchy

U pacienta se somatickou chorobou se může rozvinout duševní onemocnění z těchto příčin:

- komorbidita (somatické a psychiatrické onemocnění spolu nesouvisí)
- společná příčina (stresové události mohou ovlivnit jak somatický, tak duševní stav – například může dojít ke vzniku jak deprese, tak cévní mozkové příhody)
- duševní onemocnění může vyvolat somatický stav (suicidální pokus, abúzus psychoaktivních látek)



- tělesné onemocnění nebo jeho léčba může vyvolat duševní onemocnění, a to buď přímou organickou příčinou (např. krvácení do mozku), nebo jako psychický stresor.

Nezáleží jen na objektivní povaze nemoci, ale rovněž na jejím významu pro pacienta. Když se například pacient dozví, že má maligní tumor, může být depresivní, pokud je přesvědčen, že je onemocnění nevyléčitelné (4), nebo může jít o psychickou reakci na sociální důsledky somatického onemocnění – například ztráta zaměstnání nebo sociální stigma spojené s určitými nemocemi (syfilis, AIDS).

### Diagnostika a léčba

Při vyšetřování pacienta psychiatrem je vhodné nalézt klidné a nerušené místo. Informace je třeba získat nejen od pacienta, ale i od ošetřujícího personálu, a pokud lze, tak i od rodinných příslušníků k doplnění objektivní anamnézy. Někdy pacienti mohou zcela odmítat psychiatrické vyšetření. Pak je třeba pečlivě vysvětlit důvody vyšetření a zmírnit jakékoliv obavy ze somatického onemocnění, léčby a z možné stigmatizace. Duševní onemocnění je třeba hodnotit jako přímý důsledek somatického stavu i jako psychický stresor. Psychiatrická diagnóza nemusí být vždy jednoznačná. Při neúplně vyjádřené symptomatice, která je ovlivněna somatickým stavem, může být rozdíl například mezi organickou depresivní poruchou, deliriem a poruchou přizpůsobení velmi úzký, a to zejména v případech, kdy je kontakt s pacientem omezen. Příčiny duševního stavu lze rozdělit na

- biologické (somatické onemocnění)
- duševní (např. nálada, kognitivní funkce)
- sociální (např. interpersonální vztahy, zaměstnání) (2).

Podle podílu jednotlivých příčin psychiatr diagnostikuje onemocnění s doporučením intervence (léčba základního somatického onemocnění, léčba duševního onemocnění, podpůrná či dlouhodobá psychoterapie, sociální intervence) (4). Když psychiatr diagnostikuje duševní onemocnění, kterým lze vysvětlit somatický stav (např. deprese), mohou somatičtí lékaři přestat dále vyšetřovat pacienta či bagatelizovat somatické onemocnění. Pacient se nemusí vůbec dostat do kontaktu s psychiatrem, protože somatičtí lékaři se mohou domnívat, že je třeba léčit akutní somatické onemocnění a duševní onemocnění pro ně není důležité. Pacient rovněž nemusí být schopen sdělit své psychické potíže, ať už v důsledku omezené schopnosti komunikace, nebo proto, že je mu nepříjemné o nich mluvit (4). Pokud je zahájena psychiatrická léčba, je třeba sledovat psychiatrické symptomy, jejich dynamiku a nežádoucí účinky na léčbu. Léčba může být neúčinná kvůli nedostatečnému dávkování nebo nežádoucím účinkům léků a pacient pak může odmítat medikaci. Do dokumentace je třeba podrobně vysvětlit diagnózu s doporučením dalšího postupu léčby včetně další kontroly duševního stavu pacienta. Pouze krátká zmínka o léčbě do konziliárního vyšetření může vést k zanedbání doporučené léčby (57). Při potřebě psychoterapie musí konziliární psychiatr vzít v úvahu dostupnost zkušeného terapeuta. U psychofarmak je nezbytné zjistit, zda je daný lék dostupný. Pokud tomu tak není, může dojít k prodlení zahájení léčby.

### Závěr

Somatická medicína a psychiatrie se vzájemně prolínají a nezvažování duševního rozměru u somatických pacientů může vést k zvýšení morbidit a mortality a celkově zhoršit průběh somatického onemocnění, ať už se jedná



o hospitalizované nebo ambulantní pacienty. Naopak opakované vyšetřování pacienta s tělesnými symptomy na somatickém oddělení může vést

k nákladnější léčbě a v řadě případů může stačit vyšetření a přiměřená léčba psychiatrem, aby došlo k výraznému zmírnění somatické symptomatiky.

## LITERATURA

1. Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *The Annals of Family Medicine*, 2004; 2.6: 576–582.
2. Sharpe M, Walker J. Symptoms: A new approach. *Psychiatry*, 2009; 8.5: 146–148.
3. Roca M, Gili M, Garcia-Garcia M, Salva J, Vives M, Campayo JG, Comas A. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of affective disorders*, 2009; 119.1: 52–58.
4. Johnstone, Eve C, David Cunningham Owens, and Stephen M. Lawrie. *Companion to psychiatric studies*. Elsevier Health Sciences, 2010.
5. De Gucht V, Fischler B. Somatization: a critical review of conceptual and methodological issues. *Psychosomatics*, 2002; 43.1: 1–9.
6. Löwe B, Spitzer RL, Williams JBW, Mussell M, Schellberg D, Kroenke K. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *General hospital psychiatry*, 2008; 30.3: 191–199.
7. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006; 130.5: 1480–1491.
8. Whitehead WE, Palsson O, Jones KR. Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications? *Gastroenterology*, 2002; 122.4: 1140–1156.
9. Roy-Byrne PP, Davidson KW, Kessler RC, Asmundson GJG, Goodwin RD, Kubzansky L, Lydiard RB, Massie MJ, Katon W, Laden SK, Stein MB. Anxiety disorders and comorbid medical illness. *General hospital psychiatry*, 2008; 30.3: 208–225.
10. Albert CM, Chae CU, Rexrode KM, Manson JE, Kawachi I. Phobic anxiety and risk of coronary heart disease and sudden cardiac death among women. *Circulation*, 2005; 111.4: 480–487.
11. Arnow BA, Hunkeler EM, Blasey CM, Lee J, Constantino MJ, Fireman B, Kraemer HC, Dea R, Robinson R, Hayward C. Comorbid depression, chronic pain, and disability in primary care. *Psychosom Med*, 2006; 68.2: 262–268.
12. Means-Christensen AJ, Roy-Byrne PP, Sherbourne CD, Craske MG, Stein MB. Relationships among pain, anxiety, and depression in primary care. *Depress Anxiety*, 2008; 25.7: 593–600.
13. Hocaoglu C, Gulec MY, Durmus I. Psychiatric comorbidity in patients with chest pain without a cardiac etiology. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, 2008; 45.1: 49.
14. Kirmayer LJ, Looper KJ. Abnormal illness behaviour: physiological, psychological and social dimensions of coping with distress. *Current Opinion in Psychiatry*, 2006; 19.1: 54–60.
15. Maldonado JR. Neuropathogenesis of delirium: review of current etiologic theories and common pathways. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2013; 21.12: 1190–1222.
16. Fick D, Agostini JV, Inouye SK. Delirium superimposed on dementia: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2002; 50.10: 1723–1732.
17. McKeith I, Mintzer J, Aarsland D, Burn D, Chiu H, Cohen-Mansfield J, Dickson D, Dubois B, Duda JE, Feldman H, Gauthier S, Halliday G, Lawlor B, Lippa C, Lopez OL, Machado JC, O'Brien J, Playfer J, Reid W. Dementia with Lewy bodies. *The Lancet Neurology*, 2004; 3.1: 19–28.
18. Yudofsky SC, Hales RE. *Essentials of Neuropsychiatry and Behavioral Neurosciences*. American Psychiatric Pub, 2010.
19. Maldonado JR. Delirium in the acute care setting: characteristics, diagnosis and treatment. *Critical care clinics*, 2008; 24.4: 657–722.
20. Fundukian LJ, Wilson J. *The Gale Encyclopedia of mental health* 3<sup>rd</sup> ed. 2012.
21. Herman E, Praško J, Seifertová D (ed.). *Konziliární psychiatrie*. Medical Tribune, 2007.
22. David, A. *Lishman's organic psychiatry: a textbook of neuropsychiatry*. John Wiley and Sons, 2009.
23. Moore DP, Puri BK. *Textbook of Clinical Neuropsychiatry and Behavioral Neuroscience* 3E. CRC Press, 2012.
24. Hatherill S, Flisher AJ. Delirium in children and adolescents: a systematic review of the literature. *Journal of psychosomatic research*, 2010; 68.4: 337–344.
25. Jefferson JW. *Neuropsychiatric features of medical disorders*. Springer Science & Business Media, 2012.
26. Loo C, Simpson B, Macphersom R. Augmentation strategies in electroconvulsive therapy. *The journal of ECT*, 2010; 26.3: 202–207.
27. Ala A, Walker AP, Ashkan K, Dooley JS, Schilski ML. Wilson's disease. *The Lancet*, 2007; 369.9559: 397–408.
28. Hyde TM, Ron MA. *Schizophrenia, Third Edition*, Blackwell Publishing, 2011.
29. Ghaffar O, Feinstein A. The neuropsychiatry of multiple sclerosis: a review of recent developments. *Current Opinion in Psychiatry*, 2007; 20.3: 278–285.



30. Samarasekera SR, Vincent A, Welch JL, Jackson M, Nichols P, Griffiths TD. The course and outcome of acute limbic encephalitis with negative voltage-gated potassium channel antibodies. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 2006.
31. Joseph FG, Scolding NJ. Sarcoidosis of the nervous system. *Practical Neurology*, 2007; 74: 234–244.
32. Green MW, Muskin PR (ed.). *The Neuropsychiatry of Headache*. Cambridge University Press, 2013.
33. Klykylo WM, Kay J. *Clinical child psychiatry*. Wiley-Blackwell, 2012.
34. Mamelak M. Narcolepsy and depression and the neurobiology of gammahydroxybutyrate. *Progress in neurobiology*, 2009; 89.2: 193–219.
35. Ottman R, Lipton RB, Ettinger AB, Cramer JA, Reed ML, Morrison A, Wan GJ. Comorbidities of epilepsy: results from the Epilepsy Comorbidities and Health (EPIC) survey. *Epilepsia*, 2011; 52.2: 308–315.
36. Kotsopoulos IAW, De Krom MCTF, Kessels FGH, Lodder J, Troost J, Twellaar M, van Merode T, Knottnerus AJ. The diagnosis of epileptic and non-epileptic seizures. *Epilepsy research*, 2003; 57.1: 59–67.
37. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J. *Harrison's Principles of Internal Medicine* 18th ed. McGraw-Hill Medical, 2012
38. Jorge RE, Robinson RG, Moser D, Tateno A, Crespo-Facorro B, Arndt S. Major depression following traumatic brain injury. *Arch Gen Psychiatry*, 2004; 61.1: 42–50.
39. Canadian Attention deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (CADDRA). *Canadian ADHD Practice Guidelines*. 2011.
40. Fink M, Taylor MA. *Catatonia: a clinician's guide to diagnosis and treatment*. Cambridge University Press, 2006.
41. King JD, Rosner MH. Osmotic demyelination syndrome. *The American journal of the medical sciences*, 2010, 339.6: 561–567.
42. Lampl C, Yazdi K. Central pontine myelinolysis. *Eur Neurol*, 2002; 47.1: 3–10.
43. Schmahmann JD. Disorders of the cerebellum: ataxia, dysmetria of thought, and the cerebellar cognitive affective syndrome. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 2004; 16.3: 367–378.
44. Rudnick A. Depression and competence to refuse psychiatric treatment. *Journal of Medical Ethics*, 2002; 28.3: 151–155.
45. Banner NF. Unreasonable reasons: normative judgements in the assessment of mental capacity. *Journal of evaluation in clinical practice*, 2012; 18.5: 1038–1044.
46. Skegg, K. Self-harm. *The Lancet*, 2005; 366.9495: 1471–1483.
47. McIntosh WL, Spies E, Stone DM, Lokey CN, Trudeau AT, Bartholow B. Suicide Rates by Occupational Group – 17 States, 2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2016; 65: 641–645.
48. Valenstein H, Cronkite RC, Moos RH, Snipes C, Timko C. Suicidal ideation in adult offspring of depressed and matched control parents: Childhood and concurrent predictors. *Journal of Mental Health*, 2012; 21.5: 459–468.
49. Dolan M, Fullam R. Behavioural and psychometric measures of impulsivity in a personality disordered population. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 2004; 15.3: 426–450.
50. Paris J. Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Serv* 2002; 53: 738–742.
51. Rabinowitz T, Peirson R. “Nothing is wrong, doctor”: understanding and managing denial in patients with cancer. *Cancer investigation*, 2006; 24.1: 68–76.
52. Nickerson A, Aderka IM, Bryant RA, Hofmann SG. The role of attribution of trauma responsibility in posttraumatic stress disorder following motor vehicle accidents. *Depression and anxiety*, 2013; 30.5: 483–488.
53. Roy-Byrne PP, Craske MG, Stein MB. Panic disorder. *The Lancet*, 2006; 368.9540: 1023–1032.
54. Kriston L, Hölzel L, Weiser AK, Berner MM, Härter M. Meta-analysis: are 3 questions enough to detect unhealthy alcohol use?. *Annals of internal medicine*, 2008; 149.12: 879–888.
55. Neumann T, Spies C. Use of biomarkers for alcohol use disorders in clinical practice. *Addiction*, 2003; 98.s2: 81–91.
56. Harris A, Lurigio AJ. Mental illness and violence: A brief review of research and assessment strategies. *Aggression and violent behavior*, 2007; 12.5: 542–551.
57. Kathol RG, Kunkel EJS, Weiner JS, McCarron RM, Worley LLM, Yates WR, Summergrad P, Huyse FJ. Psychiatrists for medically complex patients: bringing value at the physical health and mental health/substance-use disorder interface. *Psychosomatics*, 2009; 50.2: 93–107.

## RECENZE



JAROSLAVA RAUDENSKÁ A ALENA JAVŮRKOVÁ (EDS.)

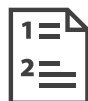
**THE PSYCHOLOGICAL CONTEXT OF LABOUR PAIN.  
NEW YORK: NOVA SCIENCE PUBLISCHERS, INC. 2016**

Dvě české psycholožky spojily své úsilí, sestavily mezinárodní tým a výsledkem je publikace sice rozsahem útlá (94 číslovaných stran), ale obsahem pozoruhodná. Na zadní straně přebalu konstatuje prof. Giustino Varrassi, že v knize jsou významné (mimo jiných) dva aspekty. Jedním je vědeckost přístupu a tím druhým je stále odkazování na mimořádnou lidskost tématu. A čtenář zde musí dát za pravdu. Není to samozřejmě pouze pojednáním o něčem tak bezesporu niterném, jakým je bolest, ale jde o bolest ve spojení s přinášáním nového života, tedy (jak říká název knihy) bolest spojená s rozením.

Struktura textu je dobře volená a napomáhá přehlednosti a srozumitelnosti. Už v Předmluvě se čtenář ve stručnosti seznámí se vším, co může hledat a očekávat, může si potom vybírat jednotlivé kapitoly podle svého osobního a okamžikového zájmu. Každá kapitola je uvedena abstraktem, tedy opět pomocí čtenáři v jeho orientaci. V několika kapitolách autorky (ano, všichni členové týmu jsou ženy) procházejí sociokulturní kontext vnímání porodní bolesti, pokračují tématem psychologických aspektů porodní bolesti, vyrovnávání se s nimi, strachem s nimi a s porodem obecně spojeným. Samostatnou kapitolou je i téma matkou vyžádaného porodu za pomoci tzv. císařského řezu. Některé pasáže jsou ve svém vyznění obecnější a dávají zamyslet se v širším kontextu. Tak je tomu například u komponent bolesti. Stručně, ale srozumitelně je procházena komponenta emoční, behaviorální a kognitivní, včetně možných nástrojů a podob zachycování, měření. Bolest je vždy komplexní, determinovaná zkušeností, očekáváním, osobním i sociálním prostředím. Autorky nabízejí výsledky řady mezinárodních studií zaměřujících se na rozdíly prožitku bolesti. Porovnávají se kulturní a národnostní rozdíly mezi rodičkami, vzdělání, věk, očekávání atd. Ze všech těchto empirických výzkumů spočívajících na co nejkonkrétnějších datech vyplývá cosi zásadního: že totiž ani tak nejde o potlačení bolesti spojené s příchodem nového života, že také ani nejde o bagatelizaci bolesti jako něčeho nepříjemného, nežádoucího, ale bohužel nevyhnutelného, ale o to, dát všem takovým prožitkům, jejich projevům a s nimi spojených kognicí (myšlenek, fantazií apod.) nějaký smysl. Takový smysl, který patří do lidského žití, který pomáhá snášet bolest a diskomfort a zamezuje, aby nastoupilo utrpení. Jako muž, který nepodstupuje zkoušku porodních bolestí si snad mohl dovolit trochu filozofičtější nahléd a přání, aby příchod člověka na svět byl spojen s bolestí, která má smysl a je provázaná s nadějí a vznešeností.

Diskutovaná publikace je povedená jak obsahem, tak tím, že vychází v angličtině, a je tak neomezeně dostupná. Doporučuji tuto publikaci k četbě a diskuzím odborníkům nejrozumnějších specializací, ale také všem, kdo porod a vše, co je s ním spojené, nepovažují jen za rutinní zdravotnický akt.

*prof. Jiří Šípek, CSc., Ph.D.*



**Aktuální strana**

**Místo pro zobrazení:**

- obsahu
- náhledů stránek
- záložek
- výsledků vyhledávání

**Vyhledávání v dokumentu**

**Odkaz na časopis**

**Navigační prvky pro posun stránek**

**Náhledy stránek**

**Záložky**

**Nástroj ke sdílení časopisu na sociálních sítích**

**Nástroj k výběru textu**

**Tisk**

**Nástroje k uložení časopisu do vašeho počítače**

**Nástroj k ovládání zvuku**

**Nástroje k zvětšení strany**



[www.psychiatriepropraxi.cz](http://www.psychiatriepropraxi.cz)