

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky

Psychotické stavy vyvolané užíváním návykových látek



Bakalářská práce

Autor: Michal Danda

Vedoucí práce: Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Datum obhajoby: 29. 01. 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci „Psychotické stavy vyvolané užíváním návykových látek“ zpracoval samostatně a všechny použité prameny jsem citoval a uvedl.

V Praze 2. ledna 2009

.....

Poděkování

Mé poděkování patří Doc. MUDr. PhDr. Kamilu Kalinovi, CSc. za odborné vedení a rady při zpracování bakalářské práce.

Obsah

7	Úvod
8	Duševní zdraví a psychická porucha – Co je to duševní zdraví a psychická porucha
9	Vztah duševního zdraví a psychické poruchy
10 – 12	Mechanismus vzniku psychóz
13 – 14	Symptomy psychóz
15 – 21	Poruchy chování jedince
7	Vnímání a jeho poruchy
8	Emotivita a její poruchy
9	Myšlení a jeho poruchy
10	Bludy
11	Jednání a jeho poruchy
12	Sugestibilita, vědomí a jeho poruchy
13	Osobnost a její poruchy
22 – 23	Psychotické syndromy
24 – 25	Seznam duševních poruch a poruch chování vyvolaných užíváním návykových látek
26 – 27	Specifické psychotické poruchy vyvolané různými psychoaktivními látkami
28	Abúzus rodičů a poruchy chování jejich dětí
29	Akutní intoxikace
30 – 31	Neurobiologie psychóz vyvolaných užíváním návykových látek
32 – 33	Molekulární změny jedince při užívání návykových látek
34 - 48	Kasuistika
49	Závěr
50	Seznam použité literatury

Souhrn

Bakalářskou práci jsem zaměřil na téma psychotické stavy vyvolané užíváním návykových látek. V první části práce, která je teoretická a kompilační, se zaměřuji nejprve na to co je duševní zdraví a co je psychická porucha. Dále rozebírám psychické poruchy, mechanismus jejich vzniku z hlediska neurobiologického a symptomy. Popisuji, jaké části lidské psychiky a chování jedince mohou postihovat a jaké jsou psychotické syndromy.

V další části práce se již zaměřuji na vztah psychotické poruchy a návykových látek. Poruchy ve vztahu s návykovými látkami prezentuje MKN 10. Popisuji specifické poruchy vyvolané různými látkami, zejména alkoholem, pervitinem či halucinogeny. Ke konci teoretické práce jsem se snažil poukázat na to, jak působí návykové látky z hlediska chemického a neurobiologického a jaký to má vztah s psychikou a jejími poruchami.

Ve druhé, praktické části, jsem uvedl 2 kasuistiky osob. První je příkladem psychiatrické komorbidity. Pojednává o klientovi, který je postižen paranoidní schizofrenií a zároveň je závislým uživatelem pervitinu. Druhá kasuistika je o akutní psychotické poruše, která byla vyvolána alkoholem. Obě kasuistiky jsou popsány z osobního hlediska i z hlediska lékařského hodnocení.

Summary

I focused my bachelor's thesis on a topic of psychotic state caused by the use of addictive substances. In the first part of my thesis, which is theoretical and compilatory, I am firstly focusing on what is mental health and what is psychological disorder. I further discuss mental disorder, mechanisms of its production in neurobiological terms, and its symptoms. I describe what parts of human psyche and behavior can cause mental health problems to an individual as well as what are its psychotic symptoms.

In the next part of my thesis I focus on the relationship between psychotic disorders and addictive substances. Disorders in relation to addictive substances are represented in MKN 10. I describe the specific disorders caused by various substances including alcohol, metamphetamine (pervitin) or hallucinogens. At the end of the theoretical work, I tried to point out how addictive substances operate in chemical and neurobiological terms and what is the relationship with the psyche and its disorders.

In the second (practical) part, I introduced two casuistries of individuals. The first is an example of psychiatric co-morbidity. It discusses a client, which is affected by paranoid schizophrenia and is metamphetamine (pervitin) dependent user at the same time. The second casuistry is about an emergent psychotic failure, which was caused by alcohol. Both casuistries are described from both personal and medical evaluation aspects.

Úvod

Téma svojí práce jsem si vybral, protože mě zajímá problematika psychotických poruch, která je významným jevem u uživatelů návykových látek. Myslím, že návykové látky působí na lidskou psychiku velmi silně a jsou jedním z nejnápadnějších „spouštěčů“ psychického rozvratu a poruch chování jedince. Samotná návyková látka působí na neuronové synapse a ovlivňuje tok neurotransmiterů. Nervový systém reguluje to, co z reality ohodnotí jako významné a co vpustí dovnitř k jednotlivým mozgovým centrům ke zpracování. Poruchy zpracování těchto informací podporují vznik psychóz..

V práci jsou rozebrány různé druhy psychických poruch - od poruch chování, syndromy a hlavně psychotické stavy, které jsou indukovány návykovými látkami. Hodně lidí má problémy s konzumací návykových látek a může u nich vzniknout akutní intoxikace. Ta může být sice přechodným fenoménem, ale často souvisí s poruchami vstřebávání informací a vyústí až k psychotickým příznakům. To může ohrozit psychické zdraví, které je jedním z prvků celého modelu bio – psycho – sociálního zdraví.

Vybral jsem si kasuistickou práci, protože jsem chtěl zjistit, jakým způsobem postižený prožívá situaci při psychotické atace, jak se to dotýká jeho osobnosti a jaký to má vztah s návykovou látkou, jak z hlediska psychiatrického, tak z hlediska subjektivního.

Duševní zdraví a psychická porucha

Co je to duševní zdraví?

V duševním zdraví se prolínají všechny stránky celku osobnosti – biologický základ, psychologické projevy a individualita, či sociální podmínky existence – „Zdraví je stav tělesného, duševního i sociálního **well-being**, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.“ (WHO, 1967). Duševní zdraví má stránku prožitkovou, subjektivní a stránku projevovou, objektivní. Je také jednotkou zdravého chování a intenzivního prožívání své vlastní činnosti. Duševní zdraví je tedy možné považovat za stav, kdy psychické procesy probíhají nerušeně a optimálně jsou mezi sebou dobře vyváženy. Kdy je člověk schopen správně odrážet vnější svět a postihovat realitu, pohotově a přiměřeně reagovat a řešit běžné i mimořádné úkoly. Být aktivní, využívat všech možností své osobnosti. Dále se také stále vyvíjet a zdokonalovat vlastní osobnost, aktualizovat potřeby, udržovat kontinuitu a celek své osobnosti přes jednotlivá vývojová období. Mít správné sebehodnocení a sebezřetivost. Mít správný vztah k okolnímu světu, být schopný do něj zasahovat. Ve vztahu k ostatním lidem mít odpovídající stupeň samostatnosti, nezávislosti a sebeurčení. Přesně toto nazývá C.G. Jung „proces individuace“. Ze sociálních aspektů modelu duševního zdraví je nejvýraznější vztah především k rodině, která zabezpečuje jeho vývoj a vyznačuje se v emoční kapacitě a kvalitě vzájemného emočního působení. V aktivním přístupu k okolnímu světu, ujasňování vlastního vztahu k druhým lidem, sebeřízení, kontrole vlastních emočních a morálních funkcí, využívání osvojených forem chování a naučeného adaptivního stylu.

Co je to psychická porucha ?

Za psychickou poruchu považujeme každou zřetelnou poruchu duševní činnosti, která je rozpoznatelná v klinických projevech podle určitých symptomů. Její projevy omezují pracovní schopnost nebo mění sociální vztahy a účast v sociálních aktivitách. Porucha se týká obou stránek psychické činnosti, chování i prožívání a dotýká se celé osobnosti.

Vztah duševního zdraví a psychické poruchy

Při posuzování vztahu mezi duševním zdravím a psychické poruchy docházíme ke dvěma modelům tohoto vztahu :

1. Mohou být považovány za protikladné procesy, které se dostávají do interakce až sekundárně, kde porucha není včleněna do vývoje osobnosti a vpadá do něj jako exogenní faktor a dochází k interakci, přerušení nebo zastavení.
2. Mohou být posuzovány v kontinuitě, kde porucha navazuje na dynamiku vývoje osobnosti a vstupuje do interakce s jejími vlastnostmi od samého vzniku. Porucha je tedy včleněna do vývojového cyklu osobnosti a tím se také její projevy individuálně u každého jedince mění.

Mechanismus vzniku psychóz

Psychóza jako porucha zpracování informací

Svět či realita se skládají z nekonečného množství informací a vjemů, které vstupují prostřednictvím nervového smyslového systému na úrovni čidel a talamu do některých korových blastí CNS. Zpracování informací v kortexu je založeno na schopnosti vytvářet kognitivní mentální mapy reprezentace světa v tzv. „neuronálním kódu“. Tyto mapy se tvoří v průběhu celého života. Na tvorbě kognitivních map se podílejí dva nejdůležitější neurotransmitérové systémy – excitační glutamatergní a inhibiční GABAergní systém. Oba tyto systémy reagují především prostřednictvím receptorů spřažených s rychlými iontovými kanály, a proto zprostředkují rychlé a efektivní zpracování informací.

Psychózy lze v tomto ohledu definovat jako stavy, při kterých dochází ke tvorbě odlišných kognitivních map v oblasti vyšších stádií zpracování sensorických informací (halucinace) a v oblasti integrace různých kognitivních map, tedy v myšlení (bludy).

Pro porozumění klinickým aspektům psychóz dělíme poruchy zpracování na tři úrovně : kortikální reprezentace, kortiko – subkortikálních okruhů a poruchy neuromodulace.

1. Úroveň kortikálních reprezentací

Proces začíná sensorickým receptorem, od kterého aferentními drahami je vedena informace do kortexu, kde je dále zpracovávána. Zpracování zde probíhá v několika úrovních.

Primární sensorická kůra je zodpovědná za zprostředkování počitků. V unimodální asociační kůře dochází ke spojování počitků a jejich zpracování. Tím se zvyšuje komplexnost sensorické formy. Je zprostředkováno mnohočetnými neuronálními sítěmi, které pracují paralelně a jsou rozloženy ve velkých oblastech kůry. Zde se z počitků vytváří vlastní vjem. Dysfunkce zpracování informace na jakékoli úrovni od receptoru po unimodální komplex, může vést k elementární halucinaci jednoho smyslu. Komplexnost falešných vjemů se zvyšuje s hierarchickou úrovní, na které se vyskytuje poškození. Dále zpracování informací pokračuje

do oblasti heteromodální asociační kůry. Zde dochází k integraci vjemů různých smyslů mezi sebou a rovněž k integraci s paměťovým registrem minulých zkušeností, s emocemi a limbickými okruhy. To vede k vzniku vlastního obrazu světa. Tato vyšší úroveň informačního processingu je již označována jako kognice, myšlení. Při patologickém fungování této oblasti může docházet ke vzniku poruch vnímání (halucinací) a kvalitativních poruch myšlení (bludů) a jejich styku.

2. Úroveň kortiko – subkortikálních okruhů

Tato úroveň obsahuje hierarchické zpracování informací mezi talamem a neokortexem a mezi neokortexem a limbickým systémem. Talamus se podílí na filtrování nedůležitých informací a výběru informací, které jsou pro nervový systém relevantní a tudíž postoupí do dalších forem zpracování. Dysfunkce v této oblasti vede k nekontrolovatelnému průniku informací do kortexu, které nemohou být adekvátně zpracovány. Důsledkem toho vzniká dezorganizace činnosti nebo tvorba patologických silných mentálních reprezentací, které na sebe strhávají jinak nezpracovatelné informace. Z toho vzniká obraz vcelku uniformních bludů a halucinací, jako kompenzační proces.

V souvislosti se schizofrenií je v patofyziologii nejčastěji porucha integraci neokortexu a limbického systému. Vývojově mladší oblasti neokortexu regulují činnost limbického systému. K rozvoji psychotického syndromu může dojít v případě poruchy těchto neokortiko – limbických oblastí.

3. Úroveň poruchy neuromodulace

Představuje klinicky nejlépe prozkoumanou složku rozvoje psychóz. V mozku se vyskytuje řada přenašečových systémů jako jsou glutamatergní a GABAergní neurotransmise. Mezi neuromodulátory patří: dopamin, noradrenalin, serotonin, acetylcholin, histamin a další, včetně peptidů. Jsou hlavními cílovými neuromodulátory při působení psychofarmak i antipsychotik. Neuromodulátory ovlivňují celkové nastavení struktur odpovědných za tvorbu a aktivaci mentálních prezentací. Mohou měnit citlivost pro důležité a nedůležité informace a jejich zpracování. Například dopamin zvyšuje poměr zpracování nedůležitých informací, které mohou nabýt významu. Příkladem toho je symbolické myšlení nebo bludné ladění. Z tohoto pohledu jsou vysvětlitelné psychotické stavy po dopaminergních látkách jako jsou amfetaminy a částečně se tím dá i vysvětlit dopaminergní teorie schizofrenie.

V části Mechanismus vzniku psychoz jsem čerpal informace z knihy: Jiří Raboch, Petr Zvolský, et al., Psychiatrie, první vydání, Galén, Karolinum 2001.

Symptomy psychóz

Některé symptomy jsou u řady poruch podružné a vyskytují se spíše obecně, označujeme je za nespecifické symptomy. Patří sem např. nespavost nebo bolest. U některých nemocí naopak můžou mít vážnější význam, např. poruchy spánku u narkolepsie. Označujeme je potom za symptomy specifické.

Symptomatologie studuje příznaky nemocí, sleduje jejich vztah k základnímu poškození, poruše a jejich význam pro stanovení diagnózy. Rozlišujeme příznaky objektivní, které můžeme zjistit pozorováním nemocného, jeho vyšetřením nebo pomocí laboratorních zkoušek. Druhou skupinou jsou příznaky subjektivní, o kterých informuje pacient, a které souvisí s jeho subjektivními prožitky.

Neklid

Bývá jedním z důležitých projevů psychické poruchy. Z hlediska symptomatologického jde o poruchu jednání. Zde se zabýváme otázkou patologicky zaměřeného jednání. Jednání je spojeno s vůlí, jedná se proto o volní jednání a jeho poruchy.

V jednání se mohou při častém opakování zafixovat patologické automatizace, ke kterým patří např. anankazmy či kompulze (jde o formy obsedantního jednání). K patickým návykům patří atické vášně, toxikomanické reakce. K patologickým automatizmům řadíme tiky, kdy jde o neúčelné opakování různých pohybů: mrkání, pošubávání rameny apod.

Tyto reakce bývají u neurotiků, stupňují se při rozrušení a slouží k uvolnění vnitřního napětí. Dlouhodobě trvající neklidy jsou vnitřní a zevní neklid (psychomotorický neklid). Mezi krátkodobé neklidy patří impulz a již zmíněné další stavy. Neklid může být silně vystupňován, postižení se chovají agresivně nejen slovně, ale i brachiálně. Rozlišuj se neklid krátkodobý a neklid dlouhodobý. Neklid může být vyvolán nejen samotnou psychickou poruchou, ale i arteficiálně např. různými psychofarmaky. Podle toho se pak řídí i terapie.

O neklidu z psychiatrického hlediska hovoříme tehdy, když je psychická aktivita postiženého zvýšená a provázena pocity napětí. K jeho potlačení musí postižený vynakládat určité úsilí podle intenzity napětí. Přitom napětí překáží optimální sociální interakci. Základem těchto pocitů bývá emoční tenze (strach, úzkost, obavy, vztek). V případě, že se postiženému pocity napětí podaří potlačit, neodrazí se v jeho projevech. Potom na situaci nahlížíme na základě subjektivních údajů postiženého nebo sledováním jiných psychických kvalit (myšlení, pozornost, reaktivita). Jestli postižený není schopen pocity napětí zvládnout, projeví se to v jeho mimice, pantomimice a v jednání. Tehdy hovoříme o psychomotorickém neklidu.

Pro potřeby první pomoci je nejvhodnější vycházet ze struktury neklidu, jeho dynamiky a trvání a z jeho projevovalé stránky včetně intenzity.

Podle trvání lze psychomotorický neklid rozdělit na krátkodobý a dlouhodobý. V případech dlouhodobého neklidu hovoříme i o trvalých sklonech k psychomotorickému neklidu, jak je tomu u některých osobností.

Podle struktury neklidu rozlišujeme mezi neklidem motivovaným a nemotivovaným.

Motivovanost je nutno chápat i obšírněji a to jako determinovanost, např z hlediska biologických nebo fyziologických potřeb organismu. Z tohoto pohledu i pudovou reaktivitu chápeme jako motivovanou, i když si jedinec tuto determinovanost svého jednání subjektivně nemusí uvědomovat. Není tedy kritériem otázka, zda reakce proběhla za úplného vědomí, ale posouzení finality jednání. U motivovaných neklidů musíme rozlišovat, zda jde o motivaci fyziologickou nebo patologickou.

Agrese

Ve frustrační situaci, kdy se nějaké potřebě, zájmu nebo zálibě klade do cesty překážka při uskutečnění, dochází ke stupňování napětí a ke snaze po vyrovnání. Jedním z adaptačních mechanismů sloužících k vyrovnání se s těmito situacemi je agrese. Agrese může být slovní nebo fyzická a může být namířena proti věcem, lidem, ale i proti vlastní osobě.

V části Symptomy psychoz jsem čerpal informace z knihy: Jiří Raboch, Petr Zvolský, et al., Psychiatrie, první vydání, Galén, Karolinum 2001

Poruchy chování jedince

Vnímání a jeho poruchy

Vnímání je psychický proces, umožňující člověku poznávat objektivní realitu. Člověk vnímá svět okolo sebe, tělové pocity, vlastní duševní stavy. Mezi poruchy vnímání patří pseudoiluze, kde člověk zkresleně vnímá něco, co na něj skutečně působí v okolí, ale považuje to za něco, co by ho mohlo ohrozit. Když se však přesvědčí o svém omylu, uvědomí si, že šlo o zkreslené vnímání. Bývá obvyklé i u psychicky zdravých osob.

Závažnější jsou iluze. Pacient vnímá něco, co skutečně na něj v okolí působí, avšak zkresleně a není schopen to poznat. O správnosti svého vjemu tedy vůbec nepochybuje. Iluze se vyskytují při chorobných stavech organismu.

U halucinací nepůsobí na člověka z okolí žádný podnět, člověk má však dojem, že jde o skutečný vjem. Nevěří ani ostatním, při tvrzení, že nic podobného nevidí, necítí, neslyší. Halucinace mohou být i kombinované. O halucinacích jsou postižení někdy ochotni mluvit, jindy tyto stavy, které prožívají jako velmi nepříjemné skrývají. Halucinace ovlivňují jednání postiženého, někdy se jim brání, dochází k narušení celé osobnosti. Halucinace mohou být i imperativní – rozkazovací, při nichž slyší postižený rozkazy a pacient velmi těžko odolává, aby takovýto rozkaz neprovedl. Může to být příkaz i k sebevraždě, vraždě, zapálení. Postižení s imperativními halucinacemi jsou proto obzvláště nebezpeční.

Emotivita a její poruchy

Emoce jsou subjektivní citové zážitky, které doprovázejí naše duševní dění, zabarvují náš postoj k prožívaným situacím i k ostatním osobám.

Patický afekt

Postižený v patickém afektu jedná prudkou citovou reakcí tak, jako by za něj jednala úplně jiná osoba. Později si na své jednání nevzpomíná. Na vrcholu patického afektu dochází k mráкотným stavům.

Patická nálada

Vzniká bez vyvolání, či udržování ze vnějších příčin, vzniká z vnitřních příčin organismu. Trvá zpravidla týdny, či měsíce a silně ovlivňuje jednání postiženého. Mezi nejdůležitější patické nálady patří :

- Nálada depresivní
- Nálada anxiózní
- Nálada manická
- Nálada expanzivní
- Nálada rezonantní

Myšlení a jeho poruchy

Myšlení je vybavování představ a asociací, zpracování vjemů a představ, provádění abstrakcí, srovnávání, nalézání vztahů a zákonitostí.

Útlum myšlení

Doprovází stavy při kterých je utlumena celá somatická i psychická činnost. Je tomu tak například při zastřeném vědomí.

Zmatené myšlení

Souvisí s obluzeným vědomím. Vnímání postiženého je zkresleno přeludy, střídají se afekty, není možné udržet logický běh myšlenek. Postižený se nevyzná v situaci. Příznaky zmateného myšlení se ukazují ve slovních projevech postiženého. Je častý u deliriózních stavů.

Roztříštěné myšlení

Vyskytuje se při schizofrenii. Postižený může mluvit i normálním tempem, produkovat i velmi dlouhé řečové projevy, avšak jejich obsah je nápadný tím, že jedna věta nesouvisí s druhou, často nenavazuje logicky ani jedno slovo na druhé.

Vtíravé, obsedantní myšlenky

Jsou chorobným příznakem nejčastěji neurotického onemocnění. Vtíravá myšlenka se objevuje proti vůli nemocného, nedá se zaplašit, většinou bývá pro postiženého nepříjemná. Postižený ví, že je to jeho myšlenka, avšak nezapadá do toku myšlenek a proto ji považuje za chorobný příznak. Většinou se objevují i vtíravé nejistoty.

Bludy

Jsou velmi závažným příznakem duševních poruch, kde pacient je chorobně přesvědčen o něčem co se ho týká. Toto přesvědčení je nevývratné a silně ovlivňuje jeho jednání.

Rozeznáváme bludy :

- Makromanické - kdy je postižený chorobně přesvědčen o svých zvláštních schopnostech, poslání, původu, hodnostech, znalostech, síle apod.
- Mikromanické – kdy postižený se považuje za těžce tělesně postiženého, jsou přesvědčeni o jejich špatném konci, nebo i úplně popírají svou existenci
- Paranoidní – kdy postižený je chorobně přesvědčen o hrozícím nebezpečí, které mu hrozí, patří sem např. blud pronásledování

Bludy mohou být skloubeny i ve složitý celek, kde jeden blud doplňuje druhý a vysvětluje. Jindy mohou být bludy izolované na několik bludů, které si odporují. Před osobami, ke kterým mají psychotičtí pacienti důvěry většinou o bludech mluví.

Jednání a jeho poruchy

Jednání způsob, kterým zasahuje osoba do prostředí. Aby k jednání došlo je potřeba vůle, neboli chtění do prostředí svým jednáním zasáhnout. Bez existující vůle k jednání vůbec nedojde.

Impulsivní jednání

Je kvalitativní odchylkou jednání. Je prováděno náhle bez úvahy a nemá žádný, předem stanovený cíl. Jsou popsány i provleklé impulsivní stavy, které trvají několik hodin až dní. V takových stavech se postižený bezdůvodně potuluje, může požívat velké množství alkoholu nebo se může např. dopustit bez zjevného důvodu zhářství. Mimo tyto stavy zpravidla impulsivně nejedná.

Zkratkové jednání

Je to jednání, které má sice účel, cíle je však dosaženo zbrkle, nevhodným způsobem. Příkladem zkratového jednání může být rozpoutání požáru ve škole u studenta, který se nepřipravil na písemku. Aby ji nemusel psát, založí oheň.

Stereotypní jednání

Bývá častým u duševně nemocných. Projevuje se opakováním, stále stejným vykonáváním jednoho pohybu, nebo jednoduchého jednání. Může se projevovat i v opakování několika slov, nebo vět a bývá patrna i v písemném projevu. Schizofrenici často opakují úšklebky, neboli dělají tzv. grimasování.

Stupor

Je nápadná porucha chování, kdy se postižený nepohybuje, nemluví, nereaguje na okolí, nepřijímá potravu, močí a kálí pod sebe. Chceme li s ním pohnout, buď klade odpor, nebo plasticky tlaku povoluje a zachovává polohu do níž byl uveden.

Dále mezi poruchy jednání patří také negativismus, sebepoškozování, sebevražda, vražda a projevy úchylek sexuálního pudu.

Sugestibilita

Sugesce je navození duševního stavu, který neodpovídá dosavadnímu a který vznikl zásahem z vnějšku.. Osobu v takovémto stavu lze ovlivňovat v bdělém nebo hypnotickém stavu. Ovlivněno může být vnímání, cítění, chtění, jednání, pozornost, vědomí, tělesné pochody. Sugestibilita je schopnost podléhat sugesci. Nejvíce sugestibilní jsou děti a nevyrovnaní jedinci. Sugesce se používá nejen v lékařství, ale třeba i v pedagogice nebo politice.

Vědomí a jeho poruchy

Vědomí se definuje jako stav, který nám umožňuje prožívat vlastní duševní pochody, sledovat svou duševní činnost. Obsah vědomí je velmi proměnlivý a uplatňuje se vztah vědomí a podvědomí. K poruchám vědomí dochází při patologických stavech.

Zastřené vědomí

Jsou souměrně postiženy všechny duševní činnosti. Podle hloubky, které zastřené vědomí dosahuje rozlišujeme somnolenci, sopor a kóma.

Obluzené vědomí

Je porušen obsah myšlení postiženého. V popředí stojí zmatený obsah duševní činnosti. Představy se postiženému vybavují nepravidelně, objevují se myšlenky, které neodpovídají situaci. Postižení zkresleně vnímá okolí – iluze, nevyzná se v situaci, není schopen zhodnotit svůj zdravotní stav. Chování bývá nelidné, postižený se snaží uniknout před domnělým nebezpečím.

Mráкотné stavy

Vzniká náhle z jasného vědomí a také tak náhle končí. Trvá minuty či hodiny, výjimečně může trvat i dny až týdny. Mráкотné stavy jsou záchvatovitou záležitostí. Postižený se při atace chová úplně jinak, často velmi afektovaně a poté si zpravidla nic nepamatuje. Nejčastější formy těchto stavů jsou – stuporózní, deliriózní a automatické.

Osobnost a její poruchy

Osobnost můžeme chápat jako souhrn všech tělesných a duševních dějů, přítomných i minulých určitého jedince. Navenek se projevuje povahou, charakterem. Rysy osobnosti jsou z části dědičné a z části se utvářejí během celého života jedince, včetně nitroděložního vývoje.

Depersonalizace

Je porucha subjektivního pocitu, který doprovází prožívání své vlastní osobnosti. Tento pocit se mění v pocit odcizení. Postižený ví, že mluví, pracuje on, má však pocit neskutečnosti, pocit, jako by všechny činnosti jen hrál, jako by žil zcela automaticky. Je pozměněn i vztah k okolí, vnější svět se jeví neskutečným. Depersonalizace se může vyskytovat u vyčerpaných osob, u neurotiků, ale i u osob s vážnou duševní chorobou.

Transformace osobnosti

Postižený považuje svou osobnost za zcela někoho jiného. Může se identifikovat např. s prezidentem, bohem atd. Dochází k transformaci při těžkých duševních chorobách, obzvláště při schizofrenii.

Rozpad osobnosti

Pozoruje se také u těžkých duševních poruch. Postižený ztrácí souvislost se svou původní osobností, její základní stránky jsou zcela změněny, rozvráceny. Někdy není kontakt s postiženým vůbec možný.

V části Poruchy chování jedince jsem čerpal informace z knihy: Jiří Raboch, Petr Zvolský, et al., Psychiatrie, první vydání, Galén, Karolinum 2001

Syndromy psychóz

Příznaky duševních poruch nevystupují v klinickém obraze náhodně, ale mají své určité zákonitosti. Přítomnost určitého příznaku může vylučovat přítomnost jiného nebo naopak: přítomnost některých příznaků podmiňuje výskyt dalších. Seskupením těchto příznaků vzniká syndrom.

Abstinenční syndrom: při dlouhodobém užívání některých psychotropních látek dochází ke vzniku závislosti na těchto látkách. Při jejich náhlém vynechání nebo přerušení užívání vzniká abstinenční syndrom. Jeho obraz nebývá vždy stejný, je naopak velmi mnohotvárný, jelikož užívané látky způsobují závislost somatickou, nebo psychickou, nebo jejich kombinaci. Diagnostika spočívá především ve zjištění, že postižený užíval nějakou psychoaktivní látku a charakter klinického obrazu, jeho rozvoj a průběh.

Akinetický syndrom: příčina tohoto stavu je v útlumu psychické činnosti. Porucha může být přechodná, nebo má trvalý charakter, když je výsledkem organických změn mozku. Projevuje se ve zpomalení až výpadu pohybů, bývá snížena spontanieta. Vyskytuje se u těžkých depresí.

Anxiózní syndrom: v popředí je úzkostná nálada. Obvykle se vyskytuje spolu s depresivním syndromem. Úzkost je obava z něčeho neurčitého, nebo blíže neohrazeného. Ve spojení s depresí se vyskytuje i sebevražedná aktivita. Bývá zvýšen psychomotorický neklid.

Deliriózní syndrom: patří do skupiny kvalitativních poruch vědomí. Vědomí je obluzené a do popředí vystupuje zmatený obsah činností, je zvýšena sugestibilita. Rozvoj syndromu bývá náhlý a průběh je bouřlivý. Někdy nastává výrazný neklid, vyskytují se velmi pestré, měnlivé halucinace i bludy. Porucha vědomí nemá stále stejnou intenzitu a stav postiženého se rychle mění.

Depresivní syndrom: je jedním z nejčastějších syndromů u psychických poruch. Základem bývá chorobně smutná nálada, zpomalené myšlení a utlumená psychomotorika. Rozvoj může být pozvolný, ale i náhlý. Pacient má stísněnou, skleslou náladu, která postupně nabírá na intenzitě. Častá je suicidální aktivita.

Fobický syndrom: v popředí jsou neodbytné, vnucující se samoúčelné pocity strachu – fobie. Strach může být obsahově zaměřen na jakýkoli předmět, jev, osobu nebo situaci.

Halucinatorně paranoidní syndrom: jde o výskyt halucinací a bludů. Je obtížné rozhodnout která složka je primární, protože obě složky se vyskytují už od počátku rozvoje poruchy souběžně. Nejprve se objevují projevy široce nespecifické jako poruchy spánku, nesoustředěnost a později se začnou objevovat iluze, paranoidní symptomatika, později halucinace a bludy. Přítomnost tohoto syndromu svědčí o závažném duševním onemocnění – psychóze.

Manický syndrom: v popředí je povznesená a veselá nálada, zrychlené myšlení až myšlenkový proud a zrychlené psychomotorické tempo. Primární je porucha emotivity a ostatní psychopatologické projevy mají sekundární charakter.

Neurastenický syndrom: jde o nespecifický, smíšený, psychodenně vzniklý syndrom. Na počátku bývají projevy zvýšené dráždivosti, vnitřní neklid, nesoustředěnost, kolísání nálady. Později se objevuje únava, ainsuficience výkonů. Objevuje se pasivita a rezignace.

Obsedantní syndrom: hlavní příznak je výskyt vtíravých samoúčelných myšlenek. Jejich obsahem může být jakákoli situace, osoba či věc v okolí. Od vtíravých myšlenek se nemocný nedovede osvobodit a jeho představy jsou vždy provázeny úzkostí.

Paranoidní syndrom: v popředí jsou kvalitativní poruchy myšlení od difúzní paranoidity po plně rozvinuté systemizované bludy. Paranoidní bludy bývají stálé, nevyvrátitelné.

V části Syndromy psychoz jsem čerpal informace z knihy: Jiří Raboch, Petr Zvolský, et al., Psychiatrie, první vydání, Galén, Karolinum 2001, Klinická neuropsychologie, Marek Preiss a kol., Grada, 1998.

Seznam duševních poruch a poruch chování vyvolaných užíváním návykových látek

Podle MKN 10 se sem řadí každá duševní nebo behaviorální porucha, která vznikla následkem užívání jedné, či více psychoaktivních látek různého původu a chemické struktury. Látky dělíme do těchto skupin :

„ **tlumivé látky** (narkotika) – zpomalují psychomotorické tempo, malé dávky zklidní, vyšší navodí spánek, kóma, až zástavu životních funkcí – benzodiazepiny, barbituráty, alkohol, opiáty, těkavé látky

psychomotorická stimulancia – zbaví člověka únavy, urychlí myšlenkové tempo, aktivují motoriku – pervitin, kokain

halucinogeny – vyvolávají změny vnímání od pouhého zostření až po stavy podobné schizofrenii – kanabis, LSD, psylocybin“

V části Seznam duševních poruch jsem čerpal z knihy: Základy klinické adiktologie, Kamil Kalina a kol., Grada 2008.

MKN 10 prezentuje přehled duševních poruch a poruch chování, které vyvolávají psychoaktivní látky do deseti možných původů vzniku:

- F 10 Poruchy vyvolané užíváním alkoholu
- F 11 Poruchy vyvolané užíváním opioidů
- F 12 Poruchy vyvolané užíváním kanabinoidů
- F 13 Poruchy vyvolané užíváním sedativ či hypnotik
- F 14 Poruchy vyvolané užíváním kokainu
- F 15 Poruchy vyvolané užíváním stimulantů
- F 16 Poruchy vyvolané užíváním halucinogenů
- F 17 Poruchy vyvolané užíváním tabáku
- F 18 Poruchy vyvolané užíváním organických rozpouštědel
- F 19 Poruchy vyvolané užíváním několika látek a užíváním jiných psychoaktivních látek

Každá z těchto látek má různou chemickou strukturu a svůj specifický charakter působení v oblasti neuronální. Proto působí i různé formy poruch.

Nejčastěji se však jedná o tyto stavy:

- Akutní intoxikace
- Škodlivé užívání
- Syndrom závislosti
- Odvykací stav
- Odvykací stav s deliriem
- Psychotická porucha
- Amnestický syndrom
- Reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem
- Jiné a nespecifické duševní poruchy a poruchy chování

Specifické psychotické poruchy vyvolané různými psychoaktivními látkami

Alkoholová halucinóza

Po nespecifických projevech jako je úzkost, nespavost, dysforie, bolesti hlavy, se objevují sluchové iluze a halucinace. U pacienta se objevují nejdříve různé zvuky, které pak přecházejí v slova, posléze různé hlasy většinou známých lidí, kteří se o něčem dohadují, většinou o pacientovi. Halucinace mohou být i zrakové. Pacienti tyto halucinace považují za realitu. Obsahem těchto stavů bývají pocity ohrožení, ovlivňování, perzekuce, megalománie. Stav přetrvává týdny až měsíce, ale orientace časem a místem bývá neporušená. Hrozí riziko agrese, či autoagrese. V léčbě se uplatňují nejčastěji incizivní neuroleptika.

Alkoholová žárlivost

Typické symptomy jsou bludy, halucinace se většinou neobjevují.. Stav může přetrvávat dlouhou dobu i při abstinenci. Vlivem bludů stoupá tenze a úzkost, které jsou následovány agresivním chováním. V léčbě se uplatňují neuroleptika – haloperidol.

Delirium tremens

Delirium tremens je porucha kategorizovaná do odvykacích stavů. Spouštěcí faktor se uplatňuje přechod od abúzu k abstinenci, ale i náhlé snížení dávky. Delirium se rozvíjí po příznacích jako je neklid, nervozita, úzkost, poruchy spánku. Posléze nastupují typické příznaky zvané „trias“, zahrnující zastřené vědomí a zmatenost, smyslově živé halucinace a iluze kteréhokoli ze smyslů, výrazný třes celého těla. Obvyklá je přítomnost bludů, výrazná úzkost, psychomotorický neklid, poruchy orientace, spánková inverze. Časté jsou zrakové halucinace lezoucího hmyzu. Objevuje se febrilie, tachykardie, pocení, odmítání tekutin, což může vést k dehydrataci a vzniku křečových stavů. Pro terapii těchto stavů se používají symptomatika a profylaktika, používá se široká škála medikamentů : beta – blokátory, lithium, neuroleptika, antikonvulziva, benzodiazepiny.

Amfetaminové psychózy

U uživatelů pervitinu je tato porucha velmi častá. Projevuje se úzkostí, vztahovačností až masivní paranoiditou, s výraznými pocity pronásledování, ohrožení života s potřebnými obrannými reakcemi doprovázené agresivitou. Jedinec se sociálně izoluje s výraznou hyperaktivitou vůči stimulům z okolí. Při stavu akutní úzkosti lze aplikovat benzodiazepiny.

Psychózy vyvolané halucinogeny

Typické jsou halucinace, ztráty orientace místem i časem, úzkosti. Psychotické poruchy jsou vyvolány bezprostředně účinkem psychoaktivní látky. Přetrvávají-li však déle než dva dny, lze usuzovat na toxickou psychózu. Je nutno zajistit klidné, neohrožující, bezpečné prostředí. Ke zklidnění jsou vhodné benzodiazepiny. K ukončení halucinatorního stavu lze použít fenothiazin.

V části Specifické psychotické poruch jsem čerpal informace z knihy: Psychotické stavy v klinické praxi, Jiří Horáček a kol., Academia Medica Pragensis, 2003.

Abúzus rodičů a poruchy chování jejich dětí

Nevhodné utváření základních sociálních vztahů v rodině se závislostí, nedostatečné vytváření základní potřeby životní jistoty, nedostatek vhodných identifikačních vzorů a posunutý model rodinného soužití jsou poruchy způsobené konzumací návykových látek a vedou k vážným důsledkům ve vývoji osobnosti dítěte. Vliv závislosti alespoň u jednoho z rodičů způsobuje u dětí tyto následky v porovnání s dětmi z rodiny bez problému abúzu na některé látky

- Děti žijící se závislým otcem jsou velmi často pacienti dětské psychiatrie a pedagogicko – psychologických poraden. Často jsou umístovány do dětských domovů, jsou více nemocné a často jsou hospitalizovány v ozdravovnách a podobných zařízeních
- Nejsou schopny naplno využít své inteligence a ostatních schopností ve vzdělávacím procesu
- Výrazně častěji se objevují riziková chování a vlastnosti stěžující jejich společenské uplatnění ve škole i kolektivu
- Narušuje se identifikace s rodičovskými modely a tím je následně posunut psychosexuální vývoj dětí. Toto ohrožení je nebezpečné v přenosu deprivčních činitelů na další generace
- Dcery závislých matek mají až 3x větší procento pro rozvoj závislosti

Akutní intoxikace

Je přechodný stav, který je vyvolaný požitím alkoholu či jiné psychoaktivní látky, což může vést až k poruchám vědomí, poznávání, vnímání, emotivity nebo chování. Dokonce i k poruchám psychofyziologických funkcí a reakcí. Akutní intoxikace je přímo závislá na výši dávky požití látky, ale také na psychickém, fyzickém, sociálním stavu. Ale i na věku intoxikovaného. Akutní intoxikace je přechodný fenomén, intenzita intoxikace se zmenšuje s časem a účinky s časem mizí.

Akutní intoxikace může být provázena komplikacemi, které se často projevují nepříjemnými pocity – „bad trip“ (nepříjemné, tísnivé, děsivé, paranoidní stavy spojené s úzkostí a depresemi) až psychotickými příznaky jako jsou například delirantní stavy, poruchy vnímání, halucinace bludy, agrese.

V části Akutní intoxikace jsem čerpal informace z knihy: Psychotické stavy v klinické praxi, Jiří Horáček a kol., Academia Medica Pragensis, 2003.

Psychotická porucha

Ta vzniká bezprostředně po požití a je charakterizována smyslově živými, typicky sluchovými halucinacemi, záměnou osob, bludy, vztahovačností, psychomotorickými a abnormními emocemi jako intenzivní strach až extáze. Zahrnuje poruchy jako je alkoholová halucinóza, alkoholická žárlivost, alkoholická paranoia a psychózy vyvolané účinkem jiných psychoaktivních látek než je alkohol.

V části Psychotická porucha jsem čerpal informace z knihy: Psychotické stavy v klinické praxi, Jiří Horáček a kol., Academia Medica Pragensis, 2003.

Neurobiologie psychóz vyvolaných užíváním návykových látek

Příčiny všech nemocí jsou zabudované vždy v prostředí a ve vrozené dispozici. Psychózy, které vznikly v návaznosti s užíváním některé psychoaktivní látky (dále OPL) nám nabízí představu, že tato látka indukuje psychickou poruchu, pro kterou byl vrozenou dispozicí připravený terén. Obecně je platné tvrzení, že čím je vyšší dávka psychoaktivní látky, eventuálně délka jeho podávání a čím je lépe připravena situace pro její účinky (očekávání, touha po prožitku), tím spíše je připraven terén pro vznik psychické poruchy i při malé dědičné dispozici a naopak. Nejde však jen o kvantitativní vztah mezi intenzitou dědičné poruchy a intenzitou podnětu, který přemění genotyp ve fenotyp. Indukce psychózy záleží na kvalitě i na kvantitě OPL, ale i na rysech osobnosti, včetně výbavy mozku po stránce morfologické a biochemické. OPL mohou sama vyvolat psychózu tím, že působí přímo na CNS nebo tím, že vedou k takovým změnám v organismu, které pak sekundárně psychózu vyvolají. Příkladem látky, která sama provokuje psychotický stav je lysergamid. Příkladem pro látku vyvolávající psychózu na periférii je sulfonamid. Somatické onemocnění vedoucí k psychické poruše je však jen velmi vzácně vyvoláno OPL, bez vlivu na CNS.

Rozeznáváme dva hlavní symptomové komplexy, kde hlavním rozlišujícím momentem je délka jejich působení. Jedná se o stav akutní (krátkodobý), kde dojde k poruše vědomí a o stav chronický (dlouhodobý), kde může docházet až k demencím. Účinky OPL je možno rozdělit podle toho do jakého transmitterského systému zasahují. Nejčastěji se však jedná o dopaminový a serotoninový systém neurotransmise, který výrazně ovlivňují např. stimulantia.

Dopamin

Amfetamin a jeho deriváty (jako je metamfetamin, MDMA) má výrazné, intenzivní dopaminergní účinky. Chronické užívání amfetaminu a jeho derivátů vede podle studií k výraznému snížení počtu transportérů dopaminu ve stratu. Toto snížení je reverzibilní. Po 14 měsících se vrací počet k normě. MDMA jehož struktura je podobná mezkalinu má stimulační i halucinatorní účinky. Uvolňuje z neuronů serotonin. Užívání MDMA může vést ke stavům deprese, úzkosti a paranoidnímu syndromu, který může přetrvávat řadu týdnů od užití. Dlouhodobé užívání vede k vážnému poškození až destrukci serotoninových neuronů.

Užití kokainu vyvolá zvýšené uvolnění dopaminu a inhibuje se jeho zpětné vychytávání ze synoptické štěrbin. V menší míře dochází také k blokadě zpětného vychytávání dalších biogenních aminů, noradrenalinu a serotoninu. Opakované užívání vede k funkční, později i morfologické přestavbě nervových drah sloužících libostním systémům, neboli systémům odměny, což vede k větší touze po droze.

Serotonin

Serotonin nepřekračuje hematoencefalickou bariéru, a proto mohou mít vliv na psychiku pouze látky, které ovlivňují koncentraci serotoninu v mozku nebo působí na jeho receptory. Takovéto účinky má například lysergamid. Lysergamid zvyšuje koncentraci serotoninu v mozku a snižuje koncentraci jeho metabolitu kyseliny 5 – hydroxyindolové. To ukazuje, že obrát serotoninu je po lysergamidu snížen, což inhibuje aktivaci serotoninových neuronů v jádrech dorzální a mediální raphe. Intoxikace lysergamidem patří podle MKN 10 pod hlavičku F16.0. U intoxikovaného mohou vzniknout halucinace. Většinou však intoxikovaný požil vědomě a není o realitě halucinací přesvědčen. Jedná se proto o tzv. pseudohalucinace, nebo pseudoiluze. Nejtěžší průběh, zpravidla skutečně psychotický, má intoxikace u někoho, kdo neví, že požil lysergamid, kde se intoxikovaný snaží najít příčinu svých zážitků. Na průběh má i vliv prostředí a společnost. Když je intoxikovaný ponechán o samotě může propadat panice a pseudohalucinace se mohou měnit v halucinace se strachem, že se z intoxikace už nedostane. Z psychických nežádoucích účinků jsou typické flashbacks, ale při opakované konzumaci může dojít k psychóze perzistující po řadu měsíců. Americká klasifikace DSM – IV definuje nejen jednotku HPPD (LSD – induced hallucinogen persisting perception disorder), ale také i halucinogeny indukované psychotické poruchy s halucinacemi nebo bludy.

Další látkou, která má halucinogenní účinky a vliv na serotoninové receptory je tetrahydrocannabinol (THC). THC zvyšuje syntézu a uvolňování serotoninu, snižuje dopaminové neurotransmise a může vést ke katalepsii, noradrenergní aktivitu snižuje. Má anticholinergní účinky, což může souviset s poruchami paměti, eventuálně i těžší intelektové deteriorace, ke kterým dochází po dlouhodobém užívání vysokých dávek. Akutní intoxikace MKN – 10, F12.0 se může projevit psychotickým stavem s dezinhibicí, agitovaností, Rychlými změnami nálady, panickou úzkostí, zrakovými, taktilními halucinacemi, ale i paranooidními příznaky. Intoxikaci může provázet delirium.

Molekulární změny jedince při užívání návykových látek

Závislost je modelem bio – psycho – socio – spirituálním, kde vliv prostředí se uplatňuje převážně při vzniku závislosti, faktory biologické určují převážně vulnerabilitu čili hloubku a rychlost vývoje závislosti, která je dána tendencí k vývoji celé řady změn, které nastávají po styku s návykovými látkami. Biologické výzkumy se zaměřily na identifikaci centrálních oblastí, ve kterých se nacházejí cílové struktury pro účinek návykových látek a také na určení neuronálních, celulárních a molekulárních změn, které nastávají po opakovaném styku s návykovou látkou.

Návykové stavy jsou charakterizovány tolerancí, sensitizací, závislostí a odvykacím syndromem. Tolerance znamená snížení účinku při opakovaném podání stejného množství návykové látky nebo zvýšenou potřebou této látky k dosažení stejného účinku. Sensitizace, nebo reversní tolerance, znamená eskalující efekt při opakovaném podání. Tatož látka může současně vyvolávat toleranci i sensitizaci. Závislost je pak potřeba opakované aplikace drogy za účelem předcházení odvykacímu syndromu. Odvykací syndrom je pak charakterizován somatickými a psychickými poruchami při absenci působení drogy. Tato definice není úplná, protože tomuto například odpovídají i beta – blokátory, které závislost nevyvolávají. Ke vzniku závislosti je navíc potřeba, aby látka vyvolávala pozitivní afektivní stav a navíc měla vlastnosti „posilovače“. Jako posilovači jsou označovány látky a situace, které facilitují učení a motivované chování. Zde se uplatňuje zákon účinku, který znamená, že chování, které vede k žádoucímu cíli je opakováno.

Akutní změny po podání návykových látek

Podle obecného předpokladu jsou cílovou strukturou pro návykové látky centrální synapse. Různé návykové látky ovlivňují také různé synapse. Opiáty ovlivňují jako agonisté opiátové receptory, halucinogeny jsou agonisty na 5 – HT receptorech, nikotin je agonistou na cholinergních nikotinových receptorech, alkohol stimuluje GAB receptory a inhibuje NMDA receptory, amfetaminy stimuluji uvolňování monoaminů do synaptické štěrbině, kokain inhibuje reuptake monoaminů. Návykové látky mají různý farmakologický účinek, ale je nutno předpokládat i ovlivnění určitých mozkových oblastí, které jsou odpovědné za společné behaviorální změny, které návykové látky vyvolávají.

Chronické změny po podání návykových látek

Změny po dlouhodobém užívání návykových látek jsou na úrovni molekulární, celulární a neuronální a jsou označovány jako adaptace organismu, která souvisí se závislostí. V průběhu této adaptace dochází ke změnám ve strukturách, které jsou spojeny s přenosem signálů od receptorů do buněčného jádra. Dochází k ovlivnění denzity receptorů a G – proteinů, koncentrace druhých posílů a intracelulárních fosforylací, které ovlivňují aktivity enzymů strukturu proteinů, senzitivitu receptorů, funkci iontových kanálů, syntézy neurotrofinů a další, čímž dochází k ovlivnění celé buněčné mašinerie.

Bylo zjištěno, že všechny látky, které mají vlastnosti posilovačů aktivují mezolimbický dopaminergní systém přímo, nebo nepřímo. Dopaminergní mezolimbický systém je neuronální strukturou zprostředkující účinky opiátů, alkoholu, nikotinu, amfetaminů, kokainu, kanabinoidů jako posilovačů. Tento systém se skládá z dopaminergních neuronů v oblasti ventrálního tegmentu a jejich projekcí do nucleolus accumbens a mediálního prefrontálního kortexu. Experimenty dokázaly, že při podání dopaminergních antagonistů se na zajištění reakce spojené s odměnou podílejí dopaminergní receptory. Podání antagonistů výrazně snížilo autostimulační aktivitu. Aktivace dopaminergního systému při aktivitách spojených s odměnou může tedy být závěrem, že dopamin je společným a konečným neurotransmiterem při zprostředkování účinku návykových látek. Některé návykové látky, ale mohou ovlivňovat centrální nervové struktury i několika způsoby. Alkohol ovlivňuje nejen buněčné membrány. Po oxidaci ethylalkoholu na acetaldehyd dochází ke tvorbě řady kondenzačních produktů s biogenními aminy, které mají závažné psychotropní účinky. Opiáty působí nejen prostřednictvím dopaminergních neuronů, avšak přímo ovlivňují receptory v nukleus accumbens. Tyto i jiné důkazy poukazují na přítomnost nondopaminergních mechanismů, které jsou spojeny s vývojem návyku.

V části Molekulární změny jedince při užívání návykových látek jsem čerpal informace z knihy: Neurobiologie duševních poruch, Jan Sikora, Zdeněk Fišar, Galén, 1999.

Kasuistika I

Úvod

Kasuistická studie pojednává o případu pana M. K., který byl v srpnu roku 2008 hospitalizován do psychiatrické léčebny, byla mu diagnostikována duální diagnóza paranoidní schizofrenie a závislost na pervitinu. Pan M. je příkladem duální diagnózy závislosti na návykové látce s psychickými obtížemi vedoucími k duševnímu onemocnění.

Osobní údaje

Jméno a příjmení: M.K.

Oslovení: křestním jménem

Národnost: Česká

Abusus : závislý na amfetaminech

Sociální stav: zaměstnaný, svéprávný

Rodinný stav: svobodný

Náboženské vyznání: bez vyznání

Nejbližší příbuzný: matka, bratři

Bytové podmínky: vyhovující, bydlí s jedním z bratrů v garsoniéře

Rok narození: 1980

Povolání: malíř

Anamnéza

Pacient byl přijat na psychiatrickou kliniku 24 . 8. 2008 s diagnostikou paranoidní schizofrenie, postprocesuální defekt osobnosti. Zjištěna závislost na amfetaminech.

RA: vyrůstal v pětičlenné rodině. Matka pracovala na železnici, vycházel s ní dobře. Otec byl dělník, zamřel tragicky ve 38 letech po autonehodě. Pacientovi velmi chybí, otce měl rád. Matka léčena na psychiatrii, o rodinu se příliš nestarala. V současné době žije ve společné domácnosti s jedním z bratrů v garsoniéře, matka bydlí na ubytovně. Pan M. je nejmladší z bratrů. Od bratrů byl opovrhován a přehlížen. S matkou vycházel dobře, ale vzhledem k tomu, že má starší bratry, matka mu nechávala větší volnost. Nyní s bratry vychází dobře. Bratři vědí, že užívá pervitin, ale nevědí o jeho závislosti. Tvrdil jim, že ho užívá příležitostně. Bratr, s kterým bydlí, pervitin neužívá. Pouze kouří marihuanu. Mají sice společný byt, ale moc často se nevidají, bratr tráví většinu času u přítelkyně.

OA: dětské nemoci, bércové vředy na obou bércích po úrazu v bazénu, naštíplá pata po úrazu. Od roku 1996 začal kouřit marihuanu a příležitostně pít alkohol. V roce 1997 si našel přítelkyni, s kterou začali jezdit na house party a užívat extázi, příležitostně pervitin. Od roku 1998 užívá se svou přítelkyní pervitin pravidelně. V roce 2003 komoče mozku po napadení na diskotéce. V létě roku 2008 hospitalizován na psychiatrii s diagnózou akutní psychotické onemocnění s příznaky schizofrenie

SA: vyučen SOÚ malíř – lakýrník – natěrač. Pracoval jako automechanik, nyní se živí jako malíř pokojů. Je svobodný, bezdětný, žije s bratrem, matka ho občas navštěvuje. Sportuje, jezdí na kole, chodí na procházky do lesa.

NO: nemůže spát, max 2 – 3 hodiny denně. Tvrdne mu mozek. Je agresivní na sebe a na věci v okolí. Má agresivní myšlenky, že se věci sami rozbíjí, a že má v sobě jedovici - černého hada, slyší jiná slova než lidé říkají, bratr mu vyhrožoval, že ho zabije. Má fata morgány, že se věci sami hýbou, že se hýbe podlaha. Také slyší ženské hlasy, které nezná. Říkají mu třeba: pojď tancovat, zpívej, nespí. Měl také výpadky paměti, vůbec si nepamatuje, co třeba půl dne dělal.

Drogová kariéra : pan M. od 14 let kouří cigarety, nyní silný kuřák, okolo 20 cigaret denně. Od patnácti pije alkohol, ale ne ve vysokých dávkách (max 4 piva). V 16 letech začal kouřit marihuanu, nejprve příležitostně, později pravidelný kuřák. V 17 letech užívá extázi, vyzkoušel poprvé pervitin, od 18 pravidelným uživatelem pervitinu.

Kriminální kariéra : nikdy nebyl trestně stíhaný a nevykonával obecně prospěšné práce

Hospitalizace

Pacienta přivezla do psychiatrické léčebny RZP 24. 8. 2008 v 16:40 hod. RZP zavolal jeho bratr, který tvrdil, že je pan M. nepřičetný. Mlátil věcmi okolo sebe, byl agresivní a mluvil s fiktivními osobami. Lékař mu na místě aplikoval hypnotika – pacienta se podařilo rozhovorem zklidnit a psychofarmakum si nechal aplikovat dobrovolně. Při příjezdu na psychiatrii pacient utlumen vlivem psychofarmak. Byl umístěn nejdříve na detox na 14 dní na samostatné oddělení, poté do střednědobé ústavní léčby.

Anamnéza a hodnocení lékaře

Pacient M.K. je 28letý muž, spíše samotářský, působí infantilním dojmem. Oční kontakt téměř nenavazuje. Patrné je u něj oživení v projevu při popisu svých halucinací a bludů. Nepovažuje se za nemocného člověka, má jen zvláštní pocity, že je v jiném čase a jiná bytost. Pocity a halucinace považuje za normální přírodní věci, které ale neumí vysvětlit. Jde u něj o druhou hospitalizaci.

Psychický stav: kontakt s ním lze navázat bez problémů, ale je silně dezorientovaný. Myšlení má lehce rozvolněné, perservace kolem halucinací, mluví monotónně, oční kontakt neudrží. Občas vyskakuje na místě a ukazuje, co se pohnulo. Poruchy vnímání, suicidální tendence nejuje. Částečný náhled. Emotivita oploštělá, forie nevýrazná, zvýšené psychomotorické tempo, celkově v popředí defekt osobnosti.

Somaticky: kardiopulmonárně kompenzován, aperitoneální, patrné stopy po vpichách na předloktí, nevykazuje flebotrombózu, na bérkách zhojené jizvy po vředech.

Konziliární vyšetření

EKG – bez patologického nálezu

EEG – frustně patologický záznam pro přítomnost nevýrazných hypofunkčních změn

RTG crania – turecké sedlo nezvětšeno, změny nitrolební hypertenze nelze prokázat, zástřel v oblasti levé očnice

Oční vyšetření – normální oční nález, normální oční pozadí

Základní potřeby

Dýchání: pacient nemá žádné potíže s dýcháním. Kouří 15 - 20 cigaret denně. Dýchá pravidelně s frekvencí 18 dechů za minutu bez vedlejších zvukových fenoménů.

Hydratace: dostatečná. Pacient pije asi 2 litry tekutin denně, především čaje, kterého je na oddělení dostatek. Nemá rád vodku a tonic, po kterých se mu dělá nevolno. Někdy pocítuje sucho v ústech.

Příjem potravy: pacient na oddělení přijímá normální stravu. Svoji hmotnost považuje za ideální, nemá žádnou dietu. Doma jedl méně - 2x denně i méně, někdy také nejedl 2 dny vůbec, když šetřil, aby si mohl koupit pervitin. Pacient má kompletní chrup bez jediného kazu.

Hygiena: hygienu si pacient zajišťuje sám. Koupe se ve vaně asi 3x týdně. Svůj zevnějšek částečně zanedbává, vousy si holi 1x týdně. Chrup si čistí zubní pastou asi 1x měsíčně, pravidelně si ho nikdy nečistil. Jeho hygienické návyky jsou oslabeny. Kůže je normální, vlasy má dlouhé, spíše mastné, neustále nosí čepici.

Aktivita: pacient má režim volných vycházek, kterých využívá k vycházkám do parku. Jinak je spíše pasivní, posedává na oddělení, nic ho nebaví. Lze u něho pozorovat infantilnost, klackovitost.

Spánek a odpočinek: pacient se necítí unavený, spíše se mu nechce nic dělat. K vyspání potřebuje asi 6 hodin spánku. Občas spí také hodinu po obědě, je na to zvyklí z domova, režim oddělení to také umožňuje. Má problémy s usínáním, v noci ho také často budí živé sny, po kterých nemůže usnout.

Bolest: pacient netrpí žádnými stálými bolestmi, občas se objevují křečové stavy, zřejmě jako abstinenční příznaky..

Potřeba drogy : pacient touží, po droze, hledá ji po kapsách, často o ní hovoří, známky abstinenčních příznaků

Moje anamnéza

Při komunikaci byl pan M. vstřícný. Odpovídá vcelku ochotně, ale mluví monotónně, často zahýbá k psychotické produkci, oční kontakt téměř nenavazuje. Pan M. se na oddělení cítí bezpečně, seznámil se s zdravotnickým personálem, kterému důvěřuje. V kolektivu pacientů je spíše nenápadný, málomluvný. Vadí mu někteří pacienti, kteří komentují jeho chování. Tvrdí, že slyší, co si o něm povídají i v jiných místnostech. Pan M. pořádně neví, proč na oddělení je. Říká, že už to od někoho slyšel, ale zapomněl. Nyní nemá pan M. žádný partnerský vztah, ale nevadí mu to. Hezky mluví o rodině a matce. Je přesvědčený o tom, že kdyby chtěl, určitě by přišli na návštěvu. Pan M. byl zřejmě silně citově vázán na otce, který zemřel při autonehodě a dosud se nedokázal s jeho smrtí vyrovnat. Často na něj myslí. Pan M. se často a rád chlubí, že jako muž zvládá domácí práce. Kladně reaguje na pochvaly. Pochvala je pro něj velkým motivačním impulsem. Je přesvědčen o tom, že má určité vyjímečné schopnosti, ale neumí je ještě zvládat. Pacient cítí potřebu dát si drogu, ale aplikace benzodiazepinů mu craving snižují. Když o droze hovoří, tak jím prochází vlna vzrušení. Říká, že má po ní nadpřirozené schopnosti a může vidět různé postavy, například z pohádky a slyší hlasy, které mu napovídají, co má udělat.

Terapie

Nezbytnou součástí léčby u pana M. je psychoedukace, neboli poučení pacienta o povaze jeho onemocnění a důvodech léčebných zákroků a opatření. Při akutním ataku je nutné pana M. pro okolí ohrožující neklid fyzicky omezit. Je nutné mu předem i potom vysvětlit, proč se tak děje. Je důležité ho naučit a rozumět tomu, co se s ním děje a vést ho k důvěře, že své prožitky, obavy a nejistoty bude snášet lépe, když se nebude bát je sdělovat. Dále je potřeba pana M. upozornit na obtíže v léčbě i na obtíže plynoucí z následků onemocnění. Jako hlavní typ terapie bych zvolil kognitivně behaviorální terapii. Cíl této terapie je snížit závažnost příznaků přidružených problémů a lépe zvládat onemocnění. Tato terapie je založená na předpokladech, že naše chování je naučené v procesu interakce s prostředím.

V psychoterapeutickém procesu pak jde o identifikaci těchto naučených vzorců chování, hledáním mechanismů, jakým jsou udržovány, aby následně bylo možné nalézt možnosti a způsoby, jak je změnit. Obecně se dá říct, že cílem této terapie je změna chování, která brání nezávislému fungování člověka. U pana M. je to tedy zmírnění příznaků schizofrenie a odpoutání od závislosti na amfetaminech. Změna může být na úrovni fyziologické, emocionální, kognitivní i motorické. U pana M. bych se nejprve zaměřil na zmírnění intenzity, frekvence chování, které u něj působí problémy nebo problémy u jiných lidí – zaměřit se na to v jakých situacích, a kdy užívá drogu. Dále kdy u něj vzniká agresivní chování. Komunikace s panem M. by měla být jednoduchá, jasná, stručná, srozumitelná a jednoznačná. Dále bych se snažil o vytvoření nových dovedností, případně naučit na nový rámec chování se zaměřením na zvládání konkrétních problémů, které mohou nastat.

Plánování, sociální interakce a také bych zdůraznil nutnost farmakologické léčby a informoval o její specifitě. Během akutní fáze by měla být snížena nadměrné stimulace a stresová zátěž z okolního prostředí a dopad životních zkušeností. Dále bych věnoval místo také rodinné terapii. V psychodynamické modelu se za příčiny návykových, ale mohou být i u duševních poruch, traumata a konflikty v minulosti pacienta, jež byly zasunuty do podvědomí. U pana M. se takovéto události hodně podobá tragická ztráta jeho otce, o které i velmi citlivě vypovídá. Symptomatika pana M., by měla být zařazena do kontextu jejího významu v rodině a širším sociálním prostředí. Je důležité se zaměřit na systémy, do kterých je pan M. zapojen a na význam symptomů v nich. A také se soustředit na stopy příčin v minulosti a snažit se zpracovávat minulé traumatické nebo konfliktní záležitosti, což předpokládá jejich aktuální uvědomění. Při rodinné terapii posilujeme také podporu, kterou pan M. má ve svém okolí, snižujeme míru stresu, kterým rodina v důsledku onemocnění trpí.

U pana M. bude dále také důležitá farmakoterapie kvůli snížení negativních příznaků paranoidní schizofrenie.

Závěr

Pacient M.K. jenom částečně projevoval snahu respektovat doporučení lékařů a dalšího ošetřujícího personálu a spolupracuje jen částečně. Je zřejmé, že další osud jeho psychotického stavu bude podléhat mnoha vlivům. Důležitá bude rodinná terapie, protože vliv na stav pacienta mají nepochybně rozkolísané vztahy v rodině. Jedině vysoká empatie, porozumění a trpělivost s pacientem pracovat ho můžou navrátit zpět do sociálního systému.

Kazuistika II

Osobní údaje

Jméno a příjmení: L. D.

Oslovení: pan L.

Národnost: Česká

Sociální stav: zaměstnaný

Rodinný stav: vdovec

Náboženské vyznání: bez vyznání

Nejbližší příbuzný: jeho dcera

Bytové podmínky: špatný hygienický stav, jinak vyhovující

Rok narození: 1968

Povolání: pracuje v zemědělství

Lékařská anamnéza

Datum přijetí: 6. září 2008

Hlavní diagnosa: akutní intoxikace alkoholem, abúsus alkoholu

Vedlejší diagnosa: Hyperthyreosa, Obesita

RA: matka zemřela na karcinom tlustého střeva ve věku 65 let, dle pacienta byla vždy zralá na léčení na psychiatrii. S panem L. neměli příliš dobrý vztah. Pan L. je jedináček. V dětství mu ukládala matka fyzické tresty a skoro ho nepouštěla ven s kamarády. Pan L. proto často utíkal z domova. V 18 letech ho vyhodila z domova. Otec zemřel ve věku 63 let na infarkt myokardu. Spolu měli dobrý vztah, ale otec nechával výchovná opatření na matce. Pan L. byl ženatý. Žena mu zemřela po tragické autonehodě v roce 2000, kterou on a jejich dcera přežili.

OA: běžné dětské nemoci, příušnice, zánět středního ucha, časté angíny, těžká spála. V 25 letech měl konflikt a agresivně napadl člověka v hospodě, ten mu způsobil komoci mozku a byl na 14 dní na JIP. Má hypothyreosu a je otlý. Od roku 2000 je vdovec. Po smrti manželky začal pít ve větší míře alkohol, na kterém si vytvořil závislost. Nosí brýle - 3,5 dioptrie na dálku (obě oči)

SA: Žije sám v bytě 1 + 1. Dcera od něj odešla krátce po autonehodě. Na živobytí si vydělává v zemědělství. Většinu peněz propije a utratí za cigarety.

Drogová kariéra : od 18 let pije alkohol a kouří cigarety. Zkoušel marihuanu, ale nebylo mu po ní dobře, cítil se zmatený. Ostatní drogy nekuje

Průběh hospitalizace

Pan L. byl hospitalizován RZP poté, co ji zavolal jeho soused. Z jeho bytu se prý ozývaly hrozné rány a řev. Soused se obával, že tam došlo ke konfliktu asi s jeho dcerou. Po příjezdu RZP se zjistilo, že pan L. je v bytě sám, silně opilý, psychosomaticky neklidný, agresivní, duchem nepřítomný. Mluvil k nepřítomným osobám. Byl zklidněn pomocí aplikace haloperidolu a znehybněn byl transportován na protialkoholní záchytnou stanici na Bulovce s diagnózou „akutní intoxikace alkoholem s psychotickými příznaky“ neboli alkoholová halucinóza. Na místě mu byl aplikován ještě 40 % roztok glukózy. Probral se po 6 hodinách spánku s výrazným psychomotorickým neklidem a třesem. Tehdy mu bylo diagnostikováno delirium třemene. Po odeznění akutních symptomů se dobrovolně přihlásil na detox a poté na ambulantní léčbu, aby nepřišel o své zaměstnání. Dochází tam 3x týdně.

Lékařská anamnéza

Při hospitalizaci měl přítomny bludy, slyšel hlasy známých lidí, kteří si o něm povídají a vysmívají se mu. To ho nutilo k agresivnímu chování, nemohl vydržet, jak ho pomlouvají. Přítomny i zrakové halucinace lezoucího hmyzu. Tvrdil, že mu pořád lezou v posteli. Po 14 dnech tyto symptomy zmizely. Během akutní fáze monitorovány všechny životní funkce. Z hlediska hlavní psychiatrické diagnózy má pacient plný náhled na chorobnost svého stavu. V současné době je pacient v dobré psychické kondici, bývá hypomanický, konverzuje s ostatními klienty. Je motivovaný k léčbě.

Základní potřeby

Dýchání – dýchání pacienta je bez problémů, struma mu při dýchání nijak nevadí, pouze někdy trpí namáhavou dušností vzhledem ke své nadváze

Výživa – pan L je velmi obézní, což souvisí s hyperthyreósou. Stále má velkou chuť k jídlu. Chrup má vlastní.

Hygiena – pacient je plně soběstačný, takže je schopný saturovat své hygienické potřeby sám, ale o svou hygienu nejeví příliš velký zájem

Bolest – netrpí žádnými stálými bolestmi

Tělesná aktivita – pacient se řídí dle režimu na oddělení, chodí 1x denně na vycházky, nemá žádnou speciální rehabilitaci, snaží se být, co nejvíce tělesně aktivní

Sexualita – heterosexuál. Chtěl by být ještě sexuálně aktivní

Duševní aktivita – pacient se snaží být co nejvíce aktivní, píše dopisy, sleduje TV, čte naučnou literaturu i beletrii

Moje anamnéza

Pan L. je komunikativní člověk . Rozhovor s ním byl velmi otevřený, ochotně vypovídal o sobě a svých problémech. U pana L. došlo k mnoha tragickým událostem během jeho života, což mělo, jak on sám vypovídá, velký vliv na jeho zvýšenou konzumaci alkoholu.

Momentálně se cítí docela dobře a těší se až se zbaví své závislosti. Popisoval, jak při psychické atace, slyšel pořád nějaké hlasy, jak řvou jinde v místnosti. Nejdříve si myslel, že je to realita, ale později zjistil, že je to pouze v jeho hlavě, protože tam žádní lidé nemůžou být. Je rád, že už má tuto událost za sebou a chce se vyléčit. Pan L je celou událostí velmi zasažen a je plně motivovaný k léčbě.

Terapie

Pan L. dochází 4x týdně do psychiatrického ústavu. Nejprve se zúčastnil individuálních terapií, které byly zaměřeny na práci s motivací pana L. Poté se zúčastnil i skupinových terapií. Je důležité se zaměřit na kognitivně behaviorální terapii, změnit panu L. jeho naučený vzorec chování – čili pití alkoholu jako útěchu nad traumaty jako je ztráta manželky, odcizení dcery atd. Důležitá je i podpora jeho dcery v léčbě. Podle mého názoru by to mohl být silný motivační motor pro to, aby pan L. přestal pít. Z rodiny mu už zbývá totiž jenom dcera. Dále také prevence relapsu.

Závěr

U pacienta došlo ke zlepšení celkového stavu z hlediska sociálního i psychického. Pan L. je motivován k léčbě a s pomocí vhodných terapeutických technik si myslím, že pan L. nakonec zvládne svou závislost a uzdraví se. Je potřeba, ale zapracovat na posílení jeho sebevědomí a upevnit vztah s jeho dcerou. Důležité je také, aby si uvědomil své místo ve společnosti a přestal se utápět ve vzpomínkách. Musí si uvědomit silnou motivaci pro svou budoucnost.

Diskuze a závěry

Tato bakalářská práce pojednává o problematice psychotických stavů a psychotických stavů spojených s užíváním návykových látek. Návykové látky působí jako posilovače a ovlivňují nervové synapse, zvláště pak dopaminegní systém. Dlouhodobé užívání vede ke změnám na neuromodulátorech. Právě neuromodulátory ovlivňují celkové nastavení struktur odpovědných za tvorbu a aktivaci mentálních prezentací. Mohou měnit citlivost pro důležité a nedůležité informace a jejich zpracování, což bývá příčinou vzniku psychotické poruchy.

Rozeznáváme různé druhy poruch psychických pochodů od poruch myšlení až přes různé psychické syndromy, které mají svůj specifický průběh. Možnosti vzniku psychotických stavů jsou různé, ale návykové látky jsou významným faktorem pro jejich vznik.

V praktické části jsem popsal dva druhy kasuistických případů psychotických stavů spojených s užíváním návykových látek. První případ byl klient s paranoidní schizofrenií, ve druhém tomu byla alkoholová psychóza. Zjistil jsem, že příčiny pro zvýšenou konzumaci návykových látek jsou různé a různé jsou i stavy psychotického stadia. Každý z pacientů měl v průběhu své nemoci odlišnou individualitu a tak i pohled na svou následnou terapii. Zjistil jsem, že pokud si nemocný dokáže uvědomit svůj problém a má dostatečnou vůli s ním něco udělat, je jeho léčba mnohem úspěšnější než při jeho negaci daného problému. Nejen tyto dva případy, ale i většina mě dostupných materiálů o daném problému, velmi často vychází z neutěšeného rodinného prostředí. Tudíž pacient nemá pevné zázemí, které by ho v rozjezd jeho problému podrželo a to vytváří volné pole pro rozjezd jeho závislosti na návykových látkách. Většina pacientů má problém se svým sebevědomím a viděním své osoby jakožto plnocenným jedincem, proto je u každého pacienta velmi důležité určení jeho osoby ve společnosti. A určení jeho motivace proto, aby sám chtěl svou závislost překonat.

Seznam použité literatury

- Ivan Lesný, Jan Špitz, Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy, SPN 1989
- Zdeněk Boleloucký a kol., Hraniční stavy v psychiatrii, Grada 1993
- Marek Preiss a kol., Klinická neuropsychologie, Grada 1998
- Jan Sikora, Zdeněk Fišar, Neurobiologie duševních poruch, Galén, 1999
- Jiří Raboch, Petr Zvolský, et al., Psychiatrie, první vydání, Galén, Karolinum 2001
- Zdeněk Fišar, Martin Jiráček, Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie, Grada 2001
- Kamil Kalina, jak žít s psychózou, Portál, 2001
- Heinz Ullmann, Klaus Mohr, Barevný atlas farmakologie, Grada, 2001
- Jiří Horáček a kol., Psychotické stavy v klinické praxi, Academia medica pragensia, 2003
- Kamil Kalina a kol., Drogy a drogové závislosti, ÚVČR, 2003
- Kamil Kalina a kol., Základy klinické adiktologie, Grada, 2008