



## Prvá pomoc v psychiatrii Psychiatria 2 – Stáže 4

Autori: MUDr. Dana Krajčovičová, PhD., MUDr. Peter Janík, PhD.  
Supervizor: prof. MUDr. Ján Pečeňák, CSc.

---

---

---

---

---

---

---

---

## Akútne stavy v psychiatrii – všeobecné otázky

- Predstavuje súhrn všetkých diagnostických a terapeutických postupov pri psychopatologických stavoch, ktoré ohrozujú život bezprostredne alebo potenciálne
- Cieľom akútnej psychiatrie je nielen stabilizácia vitálnych funkcií (vrátane vedomia), ale aj stabilizácia správania chorého
- Najčastejšie všeobecné psychiatrické symptómy (stavy) v rámci akútnej psychiatrie predstavujú:

1. Psychomotorický nepokoj, agresia a agresivita
2. Suicídálne správanie

---

---

---

---

---

---

---

---

## 1. Psychomotorický nepokoj

- **Psychomotorický nepokoj** - je nešpecifický symptóm, t.j. prejavuje pri viacerých psychických poruchách (pri schizofrénii, demencii, depresii, úzkostných poruchách, intoxikácii, odvykacích stavoch a i.)
- Rozvíja sa zvyčajne postupne, jeho súčasťou sú prodrómy (nespavosť, iritabilita a pod.)
- Stupne psychomotorického nepokoja:
  1. Vnútorňný nepokoj
  2. Psychomotorický nepokoj
  3. Psychomotorické vzrušenie
  4. Psychomotorická agitovanosť

**Raptus** - je náhle prepuknutie psychomotorického nepokoja

---

---

---

---

---

---

---

---

## Agresia a agresivita

- **Agresia** – krátkodobý , prudký nepokoj zameraný voči okoliu - heteroagresia, prípadne voči sebe samému- autoagresia
- Agresia môže byť verbálna alebo fyzická (brachiálna)
- Je prítomná pri psychických poruchách -mánii, schizofrénii, poruchách osobnosti, impulzívnych poruchách, intoxikáciách, ale aj pri neurologických poruchách, napr. temporálneho latoka

Liečba: použite obmedzovacích prostriedkov, pravidlo 5:1, antipsychotiká, benzodiazepíny, krízová intervencia (pri nepsychotickej agresii)

- **Agresivita**- dlhodobejší stav, určený najmä osobnosťou
- Rozlišujeme agresivitu normálnu (primeraná odpoveď na nebezpečenstvo) a patologickú (vyplýva z psychickej poruchy)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## 2. Suicidálne správanie

Je výsledkom kombinácie viacerých faktorov : genetická záťaž, emočná frustrácia, neurobiologické faktory, sociálne stresory a akútne psychické poruchy a stavy:

- akútna reakcia na stres
- úzkostné poruchy
- afektívna porucha
  - unipolárna/bipolárna depresia
  - mánia, zmiešaná fáza
- schizofrénia
- schizoafektívna porucha
- intoxikácia, odvykací stav (PA látky)
- poruchy osobnosti (hraničná, impulzívna)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Suicidalita - základné pojmy

- **Samovražda** (suicidium)- je taký spôsob autoagresívneho správania sa, ktorý vyjadruje úmysel jedinca vedome ukončiť život
- **Samovražedný pokus** – predpokladá vedomí úmysel zomrieť, ale z objektívnych dôvodov jedinec ostane žiť
- **Parasuicidium** – tzv. demonštratívna samovražda- nie je prítomná túžba zomrieť, ide o dočasný únik z neriešiteľnej, nevládnutej situácie
- **Sebazabítie** – chýba vedomí úmysel jedinca zomrieť (napr. pri delíriu)
- **Sebaobetovanie** – samovražda v prospech prežitia jednotlivca alebo celej skupiny
- **Blická samovražda** – motív vychádza z reality (bilančná samovražda)
- **Patická samovražda** – sa vyskytuje pri depresii, úzkostných poruchách, schizofrénii, poruchách osobnosti , závislosti od PAL a i.
- **Rozšírená samovražda** (homicidium) – jedinec zabije príbuzných a potom seba

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Suicidálny vývoj

- **Suicidálne myšlienky** – nemajú konkrétny obsah, jedinec sa im bráni
- **Suicidálne tendencie** – myšlienkam sa nebráni, má k nim ambivalentný alebo pasívny postoj
- **Suicidálne úvahy** – jedinec sa stotožňuje s myšlienkou ukončenia života- plánovanie postupu smrti
- **Rozhodnutie o realizácii suicidia**- tzv. fáza plató- zmierenie s ukončením života, paradoxné zlepšenie psychického stavu
- **Realizácie suicidia**

Na začiatku suicidálneho vývoja môže byť prítomný tzv. **presuicidálny syndróm** (Ringel, 1976), ktorý predstavuje triádu: stiahnutie sa do seba, obrátenie agresie voči sebe (pocity viny), snenie o smrti

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Suicidalita - rizikové faktory

- muž
- vek > 45 rokov
- slobodný
- suicidálny pokus v anamnéze
- príznaky opakovanej automutilácie
- zlý zdravotný stav
- aktuálne riziko straty rodiny/zamestnania
- nedostatočné sociálne zázemie
- suicidálny plán

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Suicidalita – úloha psychiatra

- Zhodnotenie aktuálneho stavu
  - riziko suicidálneho správania
  - súvislosť s psychickou poruchou
  - anamnéza suicidálnych pokusov
  - užívanie psychoaktívnych látok
  - sociálne zázemie

- Základné otázky:

Aké máte plány do budúcnosti?

Rozmýšľali ste niekedy v poslednom období nad tým, že život nestojí za to?

Priali ste si v poslednom období, že by ste išli spať a už sa nezobudili?

Mali ste v poslednej dobe myšlienky na ublíženie si (ukončenie svojho života)?

Rozmýšľali ste nad spôsobom ako to urobiť?

Robili ste si nejaké prípravy?

Skúšali ste si ublížiť (ukončiť svoj život) niekedy v minulosti ?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Suicidalita- liečba

- Pri psychogénne podmienených suicídiách: krízová intervencia (rozhovor), benzodiazepíny, stredné dávky bazálnych alebo atypických antipsychotík
- Pri patických suicídiách:
  1. Zaisťovanie bezpečnosti pacienta, trvalý a zvýšený dohľad
  2. Antipsychotiká (incizívne, bazálne, atypické, napr. Olanzapín)
  3. Antipsychotiká a benzodiazepíny (opakovane)
  4. Antidepresíva (pri depresii, úzkostných poruchách, závislostiach od PAL)

---

---

---

---

---

---

---

---

## Akútne stavy v psychiatrii- špeciálne otázky

- Zahŕňajú nozologicko-etiológické okruhy, ktoré sa vyskytujú v akútnej psychiatrii:
  1. Organické, symptomatické (1A) a toxické psychózy (1B)
  2. Akútne štádiá tzv. endogénnych psychóz
  3. Psychogénne akútne psychické poruchy
  4. Akútne úzkostné stavy
  5. Akútne komplikácie liečby psychofarmakami

---

---

---

---

---

---

---

---

## 1A. Organické a symptomatické poruchy

- Predstavujú tzv. akútne exogénne reakčné typy (Boenhoffer, 1912) - ohraničený typ psychopatologických reakcií, ktorými reaguje mozog na primárne (úraz, neuroinfekcia, tumor) alebo sekundárne (somatické ochorenie) poškodenie
- Vznik a priebeh závisí od invazivity noxy, somatického ochorenia, premorbídnej osobnosti, aktuálneho stavu organizmu
- Čím je vyššia invazivita noxy, tým rýchlejší je priebeh a nižšia pestrosť príznakov

### Prejav:

1. Kvantitatívne poruchy vedomia (sommelencia, sopor, kóma) pri somatických a mozgových poruchách
2. **Kvalitatívne poruchy vedomia**- zastreté vedomie, amencia (stav zmätenosti), obnubilácia, delírium, halucinóza, katatónia
3. Organické poruchy vedomia (demencia)

---

---

---

---

---

---

---

---

## Štádiá priebehu

1. **Prodromálne štádium** – pseudoneurotické príznaky- emočná labilita, iritabilita, insomnie
2. **Plne vyjadrené štádium** –depresívny, manický, paranoidný, halucinatorný, katatonický syndróm
3. **Terminálne štádium** – kvalitatívna a následne kvantitatívna porucha vedomia

- Pri ústupe somatických príznakov sa zmiernuje psychopatológia cez uvedené štádiá
- Výústenie: úplné vyliečenie, chronifikácia (demencia, porucha osobnosti), smrť

Liečba: kauzálna- eliminácia somatickej príčiny, psychiatrická symptomatická liečba- antipsychotiká (tiapridal), benzodiazepíny, nootropiká

---

---

---

---

---

---

---

---

## Delírium – príčiny

- **Intrakraniálne:** trauma hlavy, intracerebrálne krvácanie, encefalitída, meningitída, CMP, zvýšený intrakraniálny tlak, tumor, demencia
- **Metabolické:** elektrolytová dysbalancia, hyperamonémia, urémia, anémia, srdcové zlyhanie, hypotermia, dehydratácia
- **Endokrinné:** hypoglykémia, ochorenia štítnej žľazy, prítomnosť teliesok, nadobličiek
- **Infekčné:** uroinfekty, pneumónia, HIV, pankreatitída, febrilné stavy, sepsa
- **Intoxikácia alebo abstinenčný stav:** alkohol, psychoaktívne látky, BZD, antikonvulzíva, steroidy, anticholinergiká
- **Hypoxia:** sekundárne z akejkoľvek príčiny
- **Trauma:** hlava, hrudník, brucho, polytrauma, popáleniny

---

---

---

---

---

---

---

---

## Delirium – príčiny

I	←	Infection
W	←	Withdrawal
A	←	Acute metabolic
T	←	Trauma
C	←	CNS pathology
H	←	Hypoxia
D	←	Deficiencies
E	←	Endocrinopathies
A	←	Acute vascular
T	←	Toxins or drugs
H	←	Heavy metals

---

---

---

---

---

---

---

---

## 1B. Toxické psychické poruchy

- Sú vyvolané akútnou alebo chronickou intoxikáciou psychotropnými látkami (drogy, alkohol)
1. Akútne intoxikácie alkoholom
  2. Abstinénčné alkoholové stavy
  3. Vyústenie chronického užívania alkoholu

---

---

---

---

---

---

---

---

## Akútna alkoholová intoxikácia

- simplexná
- komplikovaná
- kombinovaná
- patologická (patická) alkoholová intoxikácia – je idiosynkratickou reakciou na malé dávky alkoholu. Prejavuje sa ako kvalitatívna porucha vedomia

**Pozn: Pri akútnej intoxikácii alkoholom sa musíme vyvarovať podávaniu benzodiazepínov- útlm dýchacieho centra**

Liečba: infúzna liečba – detoxifikácia , vitamínová liečba (vit B1 a C), elektrolytová liečba (magnezium, kalium) , po odznení intoxikácie až následne prevencia rozvoja abstinénčných príznakov (Diazepam)

---

---

---

---

---

---

---

---

## Abstinénčné stavy- alkoholové

### 1. Abstinénčný alkoholový syndróm

- Vyskytuje sa u 5-15% chronických alkoholikov
- Vytvára sa od 8-48 (72) hodín
- Trvá 7-10 dní
- Klinické prejavy: hrubý tras, nauzea, zvracanie, cefalagia, úzkosť, vegetatívne príznaky (potenie, tachykardia, hypertenzia)

**2. Predelirantný alkoholický syndróm-** epileptické paroxysmy typu grand mal, ilúzie, halucinácie, paranoidné myslenie, poruchy správania- agresia

Liečba: infúzna liečba, vitamínová a elektrolytová liečba, benzodiazepíny (Diazepam), antipsychotiká (tiapridal)

### 3. Alkoholové delírium (delírium tremens)

---

---

---

---

---

---

---

---

## Alkoholové delírium (tzv. delirium tremens)

- nastupuje po 24 -72 hodinách
- zvyčajne trvá 10 -14 dní
- rýchly vznik
- fluktuujúci priebeh
- závažnosť klinických príznakov sa mení v priebehu dňa (typické zhoršenie v noci)
- retrográdna amnézia na čas delíria

### Klinické prejavy:

- kvalitatívna porucha vedomia
- psychomotorická agitácia/inhibícia
- globálna porucha kognitívnych funkcií s dezorientáciou, poruchou vstiepestivosti a abstraktného myslenia
- znížená schopnosť zamerať, udržať a presunúť pozornosť
- emočná labilita
- ilúzie/ halucinácie (zvyčajne vizuálne, tzv. mikropsie)
- paranoidné bludy
- nesúvislá reč

19

---

---

---

---

---

---

---

---

## Alkoholové delírium – manažment liečby

### Liečba:

- Trvalé monitorovanie vitálnych funkcií
- benzodiazepíny – substitučná liečba (Diazepam vo vysokých dávkach do 120 mg pro die), každé 2-4 hodiny v priebehu 10-14 dní
- antipsychotiká – pacifikácia (tiapridal, haloperidol)
- suplementácia elektrolytov, vitamínov (B 1 a C), rehydratácia, beta blokátory, nootropiká (piracetam)

### Prognóza:

- Vyústenie delíria: úzdrava, rozvoj demencie, príp. Korsakovova psychóza, Wernikeho encefalopatia
- smrť 5-15% (v dôsledku hypertermie alebo kardiovaskulárneho kolapsu)

20

---

---

---

---

---

---

---

---

## Alkoholické psychózy

Často sú vyústením alkoholového delíria:

- **Korsakovova psychóza**- porucha vstiepestivosti pamäti, konfabulácie, dezorientácia, tupá eufória, chýbanie kritického náhľadu na ochorenie, prítomné neurologické príznaky: mozočková ataxia, myopatia a i.
  - **Wernikeho encefalopatia** –triáda: delírium+ataxia+ophthalmoplégia, končí sa letálne
- Liečba: tiamín (vit B1) najmenej 10 dní, nootropiká, symptomatická liečba (antipsychotiká)

Dlhodobý abúzus alkoholu:

- Alkoholická depresia so suicidálnym správaním
- Alkoholická paranoidná porucha
- Alkoholická halucinóza
- Alkoholická demencia

KEGA 099UK-4/2012

21

---

---

---

---

---

---

---

---

## 2. Akútne štádiá tzv. endogénnych psychóz

- **Akútna schizofrénna psychóza**- výrazná dezintegrácia osobnosti, porucha myslenia, emotivity, vnímania, konania (bizarné, impulzívne, nepokoj, agresivita, suicídálne konanie), katótonne prejavy (mutizmus, vosková ohybnosť, echomatizmy, rigidita a i.)
- **Perniciózna (Stauderova) letálna katatónia**- hyperergická reakcia CNS na noxu, mortalita 30-50%, extrémny psychomotorický nepokoj, hyperkinézy, hypertermia, rozvrat vnútorného prostredia
- **Akútny manický stav** (v rámci BAP)
- **Akútny depresívny stav** so suicídálnym konaním
- **Popôrodná psychóza** (anxiózne-depresívny syndróm, ev. manický, paranoidný syndróm, agitovanosť), prchavosť príznakov, nestálosť klinického obrazu

Liečba: Antipsychotiká, fyzické obmedzenie, elektrokonvulzívna liečba

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Katatónia – klinický obraz



Cruschmann, 1894

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## 3. Akútne psychogénne psychické poruchy

- Sú vyvolané výnimočným stresom alebo významnou životnou zmenou
1. Akútna reakcia na stres
  2. Poruchy adaptácie
  3. Posttraumatická stresová porucha

Liečba: psychoterapeutická intervencia, benzodiazepíny, stredné dávky bazálnych alebo atypických antipsychotík, antidepresíva

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## 4. Akútne úzkostné stavy

- Sú charakterizované základným symptómom - úzkosťou
1. Generalizovaná úzkostná porucha
  2. Panická porucha
  3. Panické reakcia v rámci špecifických fóbií (agorafóbia, klaustrofóbia a i.)

Liečba: benzodiazepíny, antidepresíva (SSRI), psychoterapeutická intervencia (KBT terapia)

---

---

---

---

---

---

---

---

## 5. Akútne komplikácie liečby psychofarmakami

1. **Intoxikácia lítiumom**- rozpätie medzi terapeutickou a toxickou dávkou je malé. Príčinou sú: dehydratácia, zvýšené potenie, niektoré lieky (diuretiká a i.)  
Prejavy: somnolencia, svalové záškľby, dysartria, tremor, hnačka, kóma  
Liečba: prerušenie podávania lítia, rehydratácia, osmotická diuréza manitolom, hemoperfúzia a hemodialýza
2. **Akútne extrapyramidové reakcie** pri liečbe antipsychotikami-parkinsonský syndróm, akatízia, akútne dyskínezy, okulogyrické krízy
3. **Serotoninový syndróm**
4. **Maligny neuroleptický syndróm**

---

---

---

---

---

---

---

---

## Serotonínový syndróm – príčiny

- zriedkavý, ale potenciálne fatálny syndróm
- vyskytuje sa v úvode alebo pri zvyšovaní dávky serotoninergných látok
- výsledok predávkovania alebo liekovej kombinácie (IMAO, lítium)
- rýchly vznik, pri liečbe zvyčajne odznieva za 24-36 hodín

### Patofyziológia:

- ↑ produkcia serotonínu pre ↑ dostupnosť prekursorov
- ↓ metabolizmus serotonínu
- ↑ uvoľnenie zásob serotonínu
- inhibícia spätného vychytávania
- priama stimulácia serotonínových receptorov

---

---

---

---

---

---

---

---

## Prejavy serotonínového syndrómu

- zmätenosť
- agitovanosť
- hypersalivácia, potenie
- svalové zŕškby, rigidita, tremor, hyperreflexia, ataxia
- hypertermia
- nauzea, hnačka
- mydriáza
- tachykardia
- hyper/hypotenzia

28

---

---

---

---

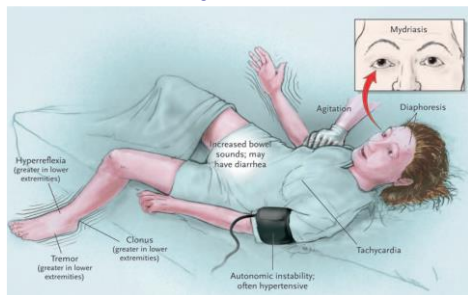
---

---

---

---

## Klinický obraz serotonínového syndrómu



Boyer & Shannon, 2005

---

---

---

---

---

---

---

---

## Manažment liečby serotonínového syndrómu

- pri predávkovaní – gastrická laváž, aktívne uhlie
- rehydratácia, chladené i.v. infúzie
- antipyretiká
- bikarbonát sodný – prevencia zlyhania obličiek
- benzodiazepíny – agitovanosť, krče, rigidita
- beta-blokátory – prevencia arytmie

30

---

---

---

---

---

---

---

---

## Neuroleptický malígny syndróm (NMS)

- zriedkavá život ohrozujúca idiosynkratická reakcia na antipsychotickú medicínu (zvyčajne typické, incizívne AP) – incidencia 0,07-0,2 %
- zvyčajne v prvých 4 týždňoch liečby
- D2 receptorová blokáda ↓ dostupnosti dopamínu v striate (rigidita), hypothalamu (termoregulácia) → zvýšenie  $Ca^{2+}$  → prechod do svalových buniek → rigidita
- mortalita: 5-20%
  - zlyhanie dýchania
  - zlyhanie obličiek
  - kardiovaskulárne zlyhanie
  - arytmie
  - DIC

31

---

---

---

---

---

---

---

---

## NMS – príznaky

- hypertermia > 38°C
- svalová rigidita
- agitovanosť
- porucha vedomia
- tachykardia, tachypnoe
- tremor
- hypo/hypertenzia
- ↑CK / myoglobínu v moči (svalová nekróza), leukocytóza bez zvýšenej sedimentácie, metabolická acidóza
- inkontinencia/retencia
- EEG abnormality v mozgu

32

---

---

---

---

---

---

---

---

## NMS – manažment liečby

- Okamžité ukončenie užívania incizívnych antipsychotík a anticholinergných antiparkinsoník
- dif. dg. vylúčiť neuroinfekciu alebo pernicióznu kataróniu

Do liečby zaradiť:

- dopamínové agonisty (Amantadín, Bromokriptín)
- myorelaxancium (Dantrolen 1-2 mg/kg)
- bikarbonát sodný
- benzodiazepíny
- rehydratácia
- antipyretiká, zábaly, chladivé infúzie

33

---

---

---

---

---

---

---

---

## Zhrnutie základnej medikamentózne terapie pri akútnych stavoch v psychiatrii

### 1. Antipsychotiká:

- **Haloperidol** (mánia, schizofrénia s nepokojom, intoxikácia)
  - **Tiapridal** (amencia, delíriá) najmä u pacientov vyššieho veku
- Pozn.: Iné atypické, incízívne a bazálne po konzultácii so psychiatrom

### 2. Benzodiazepíny:

- **Diazepam** (alkoholový abstinénčný, predelirantný a delirantný syndróm, úzkostné stavy, akútne reakcie na stres)

Pozn.: Pri akútnej intoxikácii alkoholom sa musíme vyvarovať podávaniu benzodiazepínov- úľtm dýchacieho centra

Medikamentózna terapia v kombinácii s psychologickým prístupom  
lekára a zdravotníckeho personálu

34

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Odporúčaná literatúra

- *Kolibás, E. a kol.: Všeobecná psychiatria. Bratislava, Univerzita Komenského 2011. 184 s.*
- *Semple D., Smyth R: Oxford handbook of psychiatry. Oxford, 2009. 1008 pp.*
- *Kolibás, E. – Novotný, V.: Drogy a drogové závislosti. Bratislava. Univerzita Komenského 2007. 257 s.*
- *World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization, 1993. 262 pp.*
- *Sadock, B., Sadock, V., Kaplan, H.: Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 8th Edition. Philadelphia. Lippincott Williams and Wilkins, 2005. 4179 pp.*
- Švestka, J., Češková, E.: Akutní psychiatrie, Výukový list, Brno, 1995

35

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Otázky?

36

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---