Jiří Raboch, Pavel Pavlovský et al.

Klinická psychiatrie v denní praxi

GALEN

GALEN

Jiří Raboch, Pavel Pavlovský et al.

Klinická psychiatrie v denní praxi

GALEN

Hlavní autoři a pořadatelé
prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.
doc. MUDr. Pavel Pavlovský, CSc.
Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Všeobecná fakultní nemocnice, Praha

Autoři
MUDr. Dana Janotová, CSc.
doc. MUDr. Roman Jirák, CSc.
prof. MUDr. Hana Papežová, CSc.
MUDr. Petr Popov
MUDr. Ladislav Procházka
Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Všeobecná fakultní nemocnice, Praha

Recenzenti
MUDr. Marius Byss
Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod
prof. MUDr. Eva Češková, CSc.
Psychiatrická klinika, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice, Brno

Jiří Raboch, Pavel Pavlovský et al.
KLINICKÁ PSYCHIATRIE V DENNÍ PRAXI
První vydání

Vydalo nakladatelství Galén, Na Bělidle 34, 150 00 Praha 5
Editor PhDr. Lubomír Houdek
Šéfredaktorka PhDr. Soňa Dernerová
Odpovědná redaktorka Mgr. Stanislava Beranová
Obrazová dokumentace z archivu autorů
Grafická úprava a sazba Mgr. Helena Jiráková, DTP Galén
Tisk FINIDR, s. r. o., Lipová 1965, 737 01 Český Těšín
Určeno odborné veřejnosti
G 281029

www.galen.cz

Všechna práva vyhrazena.
Tato publikace ani žádná její část nesmí být reprodukována, uchovávána v rešeršním systému nebo přenášena jakýmkoli způsobem (včetně mechanického, elektronického, fotografického či jiného záznamu) bez písemného souhlasu nakladatelství.
Autoři i nakladatel vynaložili značné úsilí, aby informace o léčivech odpovídaly stavu znalostí v době zpracování díla. Nakladatel za ně nenese odpovědnost a doporučuje řídit se údaji o doporučeném dávkování a kontraindikacích uvedených výrobci v příbalovém letáku příslušného léčivého přípravku.
Týká se to především přípravků vzácněji používaných nebo nově uváděných na trh. V textu jsou používány ochranné obchodní známky léků a dalších produktů. Absence symbolů ochranných známek (®, ™ ap.) neznamená, že jde o nechráněné názvy a značky.

Copyright © Galén, 2008

ISBN 978-80-7262-586-4

Obsah

Úvod ... 9

Akutní stavy v psychiatrii ... 11
Pavel Pavlovský
- Klinické obrazy podle MKN-10 ... 12
  - Terapie ... 14
- Stavy, které mohou připomínat psychotická onemocnění ... 19

Demence a jiné poruchy kognitivních funkcí ... 23
Roman Jirák
- Co jsou kognitivní funkce? ... 24
- Co jsou demence? ... 24
- Diagnostika demencí ... 24
- Epidemiologie demencí ... 26
- Demence na podkladě atrofickodegenerativním ... 26
- Sekundární (symptomatické) demence ... 29

Návykovénemoci ... 35
Petr Popov
- Základní principy terapie ... 38
- Přehled terapeutických modalit, instituce, způsoby léčby ... 39
- Poruchy vyvolané užíváním alkoholu (F10) ... 43
  - Klasifikace ... 44
  - Symptomatika ... 45
  - Komorbidita ... 48
  - Průběh, prognóza ... 49
  - Terapie ... 49
- Přehled dalších důležitých terapeutických postupů používaných u jednotlivých poruch ... 50
- Časná intervence ... 50
- Detoxifikace ... 50
- Senzitizace ... 50
- Terapie duálních diagnóz ... 51
- Terapie cravingu ... 51
- Poruchy vyvolané užíváním opioidů (F11) ... 52
  - Symptomatika ... 53
  - Průběh, prognóza ... 55
  - Terapie ... 56
- Poruchy vyvolané užíváním kanabinoidů (F12) ... 57
  - Symptomatika ... 58
  - Průběh, prognóza ... 59
  - Diferenciální diagnóza ... 60
  - Terapie ... 60
- Poruchy vyvolané užíváním sedativ nebo hypnotik (F13) ... 60
  - Symptomatika ... 61
  - Průběh, prognóza ... 62
  - Terapie ... 62
- Poruchy vyvolané užíváním kokainu (F14) ... 63
  - Symptomatika ... 63

Průběh, prognóza ... 64
Terapie ... 64
Poruchy vyvolané užíváním jiných stimulancií, včetně kofeinu (F15) ... 65
Symptomatika ... 66
Průběh, prognóza ... 67
Terapie ... 67
Poruchy vyvolané užíváním halucinogenů (F16) ... 68
Symptomatika ... 69
Průběh, prognóza ... 70
Diferenciální diagnóza ... 70
Terapie ... 70
Poruchy vyvolané užíváním tabáku (F17) ... 70
Symptomatika ... 70
Terapie ... 71
Poruchy vyvolané užíváním organických rozpouštědel (F18) ... 71
Symptomatika ... 71
Průběh, prognóza ... 72
Terapie ... 72
Poruchy vyvolané užíváním několika látek a užíváním jiných psychoaktivních látek (F19) ... 72
Symptomatika ... 72
Terapie ... 73
Patologické hráčství, gambling (F63) ... 74
Symptomatika ... 74
Průběh ... 75
Terapie ... 75
Deprese a sebevražedné jednání v klinické praxi ... 79
Jiří Raboch
»Normální« smutek ... 81
Porucha přizpůsobení (F43.2) ... 81
Periodická depresivní porucha ... 81
Dystymie (F34.1) ... 83
Organické deprese ... 83
Terapie ... 89
Sebevražda ... 98
Závěry ... 100
Úzkostné poruchy ... 105
Hana Papežová
Diagnostický postup ... 105
Fobické úzkostné stavy (F40) ... 106
Jiné úzkostné poruchy (F41) ... 107
Obsedantně-kompulzivní porucha (F42) ... 107
Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení (F43) ... 108
Diferenciální diagnóza ... 108
Terapie úzkostných stavů ... 109
Psychoterapie ... 110
Farmakoterapie ... 111
Průběh a prognóza ... 111
Závěr ... 112
Somatoformní poruchy ... 113
Hana Papežová
Somatoformní poruchy podle MKN-10 ... 113
Diferenciální diagnostika ... 116
Základní terapeutické metody ... 116
Psychoterapie ... 117

Farmakoterapie ... 118
Průběh onemocnění a prognóza ... 118
Závěr ... 118

Poruchy spánku ... 121
Hana Papežová
Diagnostická kritéria, rozdělení poruch spánku a základní charakteristiky ... 122
Vyšetření poruch spánku ... 126
Terapie ... 126
Psychoterapie ... 126
Farmakoterapie ... 127
Průběh onemocnění a prognóza ... 128

Dětská psychiatrie ... 131
Dana Janotová
Nejčastější dotazy a vhodné odpovědi ... 132
Předškolní věk ... 132
Školní věk ... 132
Dospívání ... 132
Terapie ... 133
Etiologie ... 133
Diagnostika ... 133
Indikace pomocných vyšetření ... 134
Indikace psychiatrické péče ... 134
Diagnostické kategorie MKN-10 ... 135
Poruchy psychického vývoje (F80–F89) ... 135
Poruchy chování a emocí (F90–F98) ... 137
Duševní poruchy v dětství, které jsou svým významem a průběhem blízké duševním poruchám dospělých ... 141

Psychiatrická péče a právní normy ... 143
Ladislav Procházka
Práva duševně nemocných ... 144
Poučení nemocného ... 145
Souhlas nemocného ... 145
Povinná mlčenlivost ... 147
Hospitalizace bez souhlasu duševně nemocného ... 150
Povinné léčení protialkoholní a protitoxikomanické ... 155
Způsobilost k právním úkonům ... 156

Úvod

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

předkládáme Vám text, který je základem pro naše semináře klinické neurologie a psychiatrie, jež jsou součástí rozvrhu 6. ročníku a vyučujeme je společně s Neurologickou klinikou 1. LF UK.

Cílem tohoto předmětu není opakovat údaje o duševních poruchách v celé jejich šíři včetně teoretických základů, jak jsme se o to snažili ve 4. ročníku a jak je popisujeme v naší učebnici (Raboch, J., Zvolský, P., et al. Psychiatrie. Praha : Galén, 2001). Chtěli bychom soustředit Vaši pozornost na ty problémy spojené s chorobami mozku, se kterými se běžný lékař ve své každodenní praxi bude setkávat a které bude muset čím dál tím více také sám řešit. Proto i jejich vylíčení je podrobnější, než bývá obvyklé v základních učebnicích. Vše je vedeno snahou autorů podělit se s nastupující generací lékařů o bohaté profesionální zkušenosti. Vycházíme přitom také z faktů publikovaných pod záštitou WHO a Světové banky v monografii Global Burden of Disease (Murray, CJ., Lopez, AD., WHO, 1996). Bylo zde prokázáno, že duševní poruchy spolu s kardiovaskulárními nemocemi budou představovat největší zdravotní zátěž lidstva v 21. století.

Domníváme se shodně s kolegy ze Společnosti všeobecného lékařství, že každý praktický lékař bude léčit mnoho pacientů s neurotickými poruchami, poruchami spánku či depresí a bude někdy obtížně zvažovat somatopsychickou nebo psychosomatickou etiologii obtíží svých pacientů. Bude muset řešit problémy spojené s akutními psychotickými poruchami, a to jak z hlediska první pomoci, tak z hlediska administrativně-právního. Při současném trendu stárnutí našeho obyvatelstva bude čím dál tím častěji vídat nemocné s demencemi a nevyhne se ani velmi závažné a narůstající problematice nadužívání návykových látek a závislosti na nich.

Byli bychom velmi rádi, aby tento text sloužil jako jedno z vodítek pro Vaši budoucí klinickou praxi.

prof. MUDr. J. Raboch, DrSc.
přednosta kliniky

doc. MUDr. P. Pavlovský, CSc.
zástupce přednosty

Akutní stavy v psychiatrii

Pavel Pavlovský

Akutní psychické poruchy, které si vyžadují neodkladný terapeutický zásah, mohou být z psychopatologického hlediska psychotického i nepsychotického rázu. Pro psychózu svědčí přítomnost halucinací, bludů, nápadností v chování, někdy i kvalitativní porucha vědomí. Příčiny, které mohou akutní poruchy vyvolat, jsou nejrůznějšího původu – organického, genetického, psychologického, sociálního či jiného, které se v dané konkrétní situaci různě silně uplatňují a vyvolávají pestré klinické obrazy.

Za nejzávažnější lze označit **akutní psychotické stavy**, které spadají **do okruhu schizofrenie** a **jí příbuzných poruch**, psychotický ráz však mohou mít i těžké formy afektivních onemocnění a onemocnění vzniklá na organickém podkladě.

Základní příznaky schizofrenie:

a) slyšení vlastních myšlenek (ozvučování myšlenek), vkládání cizích myšlenek, odnímání a vysílání myšlenek (intrapsychické halucinace),
b) bludy kontrolovanosti, přesvědčení, že vlastní pohyby jsou ovládány někým jiným, bludné vnímání,
c) hlasy, které komentují myšlenky nebo počínání pacienta, jejich vnímání i jiným než sluchovým orgánem (inadekvátní halucinace),
d) trvalé bludy, které jsou v dané kultuře nepatřičné (např. extrapotenční bludy týkající se schopností ovládat počasí, komunikovat s mimozemšťany),
e) halucinace, které přetrvávají mnoho měsíců,
f) formální poruchy myšlení (zárazy, paralogie, inkoherence),
g) katatonní poruchy jednání,
h) negativní příznaky (apatie, alogie, emoční oploštěnost až vyhaslost, autismus),
i) výrazné kvalitativní změny v osobním chování (ztráta zájmů, ztráta vztahů k okolí, nečinnost).

Podle diagnostických vodítek je pro stanovení diagnózy schizofrenie třeba, aby z příznaků uváděných pod body a) – d) byl přítomen alespoň jeden, resp. dva příznaky ze skupiny pod body e) – i), a to po většinu období nejméně jednoho měsíce, popřípadě déle.

Máme-li před sebou pacienta, o němž víme, že je léčen pro schizofrenii, pak exacerbaci výše uvedených symptomů zhodnotíme s největší pravděpodobností jako relaps nebo recidivu tohoto základního onemocnění. Jiná situace nastane, jde-li o naše první setkání s pacientem, jehož osobní anamnézu neznáme a nemáme k dispozici ani žádné objektivní informace. Pro takové akutní psychotické obrazy v současně platné 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí přichází v úvahu především diagnóza pod kódem F23.x – **Akutní a přechodné psychotické poruchy**.

Klinické obrazy, které lze do této diagnostické kategorie zařadit, mají některé společné rysy, jež slouží jako důležitá vodítka. Je to především akutní začátek, přítomnost typických syndromů a přítomnost přidruženého akutního stresu.

Jako akutní začátek je definován prudký rozvoj onemocnění – od prvých, ještě nepsychotických příznaků do jasně psychotického obrazu neuplyne více než dva týdny, častý je bouřlivý vývoj během 24–48 hodin.

Typické syndromy se projevují rychlou a výraznou měnlivostí klinických příznaků, které mají polymorfní ráz, neboť se vyskytují při schizofrenních, afektivních i organických poruchách.

Přidružený stres není obligatorní vyvolávající příčinou, ale mnoho případů vzniká v souvislosti se stresovým prožitkem, který je v daném kulturním prostředí považován obecně za velmi závažný (přírodní katastrofa, dopravní neštěstí, náhlá ztráta blízké osoby, ztráta zaměstnání, bojové trauma, mučení, terorismus).

Akutní a přechodné psychotické poruchy nejsou nozologickou jednotkou, z praktického hlediska je však tato diagnóza užitečná již tím, že dává lékaři dobrou možnost vyhnout se při prvém setkání s psychotickým pacientem společensky hůře přijatelné diagnóze schizofrenie. Předchozí generace psychiatrů razily různá pojmenování pro psychotické stavy, které odezněly bez zjevných následků – od K. Kleista (1928) pochází název cykloidní psychóza, J. S. Kasanin (1933) hovořil o akutní schizoafektivní psychóze.

Klinické obrazy podle MKN-10

Akutní polymorfní psychotická porucha bez příznaků schizofrenie (F23.0). Obraz je měnlivý, jsou přítomny bludy a halucinace, jež nemají ráz výše uvedených základních příznaků schizofrenie, a výrazné afektivní poruchy pod obrazem emočního vzrušení s intenzivními přechodnými pocity štěstí až extáze, úzkosti a podráždění. Právě u této jednotky se se-

tkáme s bludy, které v našem prostředí nepůsobí příliš bizarně a nepatřičně. Nejspíše bychom za takové kulturně a historicky přijatelné mohli považovat bludy paranoidně perzekuční, známé z řady paranoidních syndromů, které nemusí být schizofrenního původu. Stav zcela odezní do tří měsíců, většinou však mnohem dříve.

Akutní polymorfní psychotická porucha s příznaky schizofrenie (F23.1). Psychotické příznaky jsou opět velmi měnlivé a mají schizofrenní charakter. Podmínkou pro stanovení diagnózy je jejich kompletní vymizení do jednoho měsíce. Pokud přetrvají po uplynutí této doby, je nutno diagnózu změnit na schizofrenii.

Akutní schizoformní psychotická porucha (F23.2). Příznaky jsou schizofrenní, jejich měnlivost je málo výrazná. Příznaky musí vymizet do jednoho měsíce od svého vzniku, jinak je nutné změnit diagnózu na schizofrenii. V minulosti se pro tuto poruchu užíval též název oneirofrenie nebo schizofrenní reakce.

Jiné akutní psychotické poruchy s převahou bludů (F23.3). V popředí jsou bludy a halucinace, které nejsou schizofrenního rázu, chybí měnlivost příznaků. Porucha musí odeznít do tří měsíců, jinak je nutné překvalifikování na diagnózu »trvalá porucha s bludy« (F22), popřípadě na »neorganickou psychotickou poruchu« (F28).

V americké klasifikaci DSM-IV se uvádí »krátká psychotická porucha« (Brief psychotic disorder – 298.8) charakterizovaná bludy, halucinacemi, formálními poruchami myšlení a hrubými poruchami chování. Psychotická epizoda trvá od 1 do 30 dnů s následnou plnou remisí. Porucha může navazovat buď na stresovou událost (krátká reaktivní psychóza), nebo tuto souvislost nelze zjistit. Řadí se sem i psychotická porucha, která vznikne do 4 týdnů po porodu.

Kazuistika

Pacient ve věku 38 let, RA a OA bez pozoruhodností. Před dvěma týdny při práci v kotelně utrpěl při výbuchu kotle lehké popáleniny, ošetřen byl ambulantně. Během druhého týdne přestal spát, zaslechl posměšnou říkanku, která byla namířena proti němu. Ve večerních hodinách pociťuje nepříjemné rány elektrickým proudem do horních končetin, hlavu má magnetizovanou podivným zářením, což v něm vyvolává úzkost, poránu je mnohomluvný, sepisuje hlášení pro polici, že se stal v zaměstnání obětí komplotu. Při vyšetření logoroický, při popisu obtíží neadekvátní smích, vzápětí úzkostné grimasy. Projev je místy lehce nesouvislý, přeskakuje na další témata, ojediněle obviňuje manželku, že mu dala jed do jídla, cítil podivný zápach. Během týdne vymizela psychotická symptomatika, přetrvává ostrůvkovitá amnézie na uváděné stesky a poněkud bezradná nálada.

Diagnostikována je akutní psychotická porucha bez příznaků schizofrenie.

Kazuistika

Pacient ve věku 32 let, RA bez pozoruhodností, OA: před pěti lety měl chřipkové onemocnění s několikadenním stavem zmatenosti.
Před dvěma měsíci utrpěl úraz oka, během pracovní neschopnosti nabyl dojmu, že je sledován špionážní sítí, do které je zapletena i manželka. Zaslechl vysílání, které proti němu štve lidi v okolí. Při procházce v lese se mu zjevili partyzáni; začali po něm střílet, jejich psi ho napadli, takže si musel lehnout na několik hodin do sněhu. Kolem jezdila vojenská auta, vojáci a policisté se dorozumívali kašláním. Přišel domů pozdě večer, rodiče mu doporučili, aby šel k lékaři. Necítil se však nemocen, a proto je neposlechl. V noci nespal, pociťoval zvláštní tíži, dostavil se strach z nožů, začal se bát, že ublíží své dceři. Pro neklid a psychotickou symptomatiku byl hospitalizován v psychiatrickém zařízení. Jsou patrny intrapsychické halucinace – pacientovy myšlenky ovlivňuje soused, který za ním v noci přichází, natírá podlahu magnetismem a čte mu myšlenky. Pocity sledování jsou léčbou sice zmírněny, nadále však přetrvávají; nozoagnózie jen částečná.
Původní diagnóza akutní polymorfní psychotické poruchy s příznaky schizofrenie byla změněna na paranoidní schizofrenii.

Terapie

Akutní psychotický stav je třeba zvládnout co nejrychleji, neboť dochází k ohrožení pacientova života i jeho okolí. Proto musíme použít psychofarmaka v injekční formě. Uvádíme zde preparáty, které jsou v současné době k dispozici.

Fenothiaziny a thioxanteny

Bazální sedativní antipsychotika (AP) jsou charakterizována relativně nižší blokádou receptorů D_2 a blokádou dalších receptorů (histaminových, cholinergních a α-adrenergních). Do této skupiny patří nejstarší AP chlorpromazin (Plegomazin) – v ampulkách pro i.m. použití 25 mg; jednorázově lze aplikovat 25–75 mg. Z nežádoucích účinků je nutné počítat s posturální hypotenzí a tachykardií, proto je nepodáváme starším osobám. Za maximální denní dávku (d.d.) se v našich poměrech považuje 800 mg. Levomepromazin (Tisercin) má výrazný hypnosedativní účinek, ke zklidnění zpravidla postačí 1–2 amp. i.m. po 25 mg; z thioxantenových preparátů sem patří zuclopenthixol (Cisordinol acutard 50–100 mg i.m.) – nástup účinku tohoto preparátu se zpravidla projeví až po několika hodinách po aplikaci, přetrvává však 2–3 dny.

Incizivní AP jsou charakterizována silnou blokádou receptorů D_2 a minimální blokádou dalších receptorů. Jejich hlavním představitelem je butyrofenonový preparát haloperidol (Haloperidol inj.). Jeho antipsychotický účinek je velmi silný, působení anticholinergní a hypnoti-

cko-sedativní je malé. Z nežádoucích účinků je častá extrapyramidová symptomatika. Pro akutní zklidnění zpravidla postačí 5 mg (1 amp.) i.m., za maximální denní dávku se považuje 20 mg i.m. Pokud je pacient schopen a ochoten přijmout lék per os, pak je možno aplikovat Haloperidol kapky (10 kapek = 1 mg) ve výše uvedených dávkách. Melperon (Buronil) se s úspěchem používá u neklidných pacientů vyššího věku (25–50 mg i.m., lze opakovat 3–4krát denně).

Atypická antipsychotika (AP 2. generace) se vyznačují menším množstvím nežádoucích účinků, téměř vylučují výskyt neuroleptického maligního syndromu. Většinou se aplikují jen jednou denně, subjektivně se zpravidla lépe snášejí, čímž se usnadňuje pacientova spolupráce. Oceňuje se jejich příznivý účinek na negativní schizofrenní příznaky. Ve srovnání s klasickými antipsychotiky jsou však finančně náročnější.

Pro zklidnění akutního neklidu je v injekční formě k dispozici olanzapin (Zyprexa 10 mg i.m.), existuje též ve formě rychle rozpustných tablet (Zyprexa Velotab 5 a 10 mg). Přípravek patří do skupiny multireceptorových antagonistů MARTA). Ze specifických antagonistů receptorů D_2 a D_3 je oblíbený a účinný sulpirid (Dogmatil – ve 2 ml 100 mg i.m.). Z antagonistů serotoninu a dopaminu (SDA) je hojně užívaný risperidon (Rispen, Risperdal) – vedle tablet též v roztoku – denní dávka by neměla překročit 6 mg. Do stejné skupiny patří ziprasidon (Zeldox v amp. 30 mg i.m.). U tohoto přípravku se oceňuje jen minimální přírůstek hmotnosti a malé ovlivnění koncentrace prolaktinu). Tiaprid (Tiapra, Tiapridal 100 mg v 1 amp.) má minimum nežádoucích účinků, lze ho dobře užít u pacientů se somatickými komplikacemi, max. d.d. by neměla překročit 1400 mg i.m., avšak ani tato dávka někdy nepostačí ke zvládnutí psychotické agitovanosti.

Anxiolytika a hypnotika benzodiazepinového typu mají rovněž své místo ke zvládnutí akutní psychotické poruchy; jejich účinek je sice krátkodobý, v rámci první pomoci však vykonají dobrou službu; k jejich výhodám patří i jejich všeobecná dostupnost a malá ekonomická náročnost. V injekční formě je k dispozici diazepam (Apaurin 10 mg v 1 amp.) k i.m. nebo pomalé i.v. aplikaci (10–20 mg jednorázově); nepodávat při dechové insuficienci a při intoxikaci alkoholem nebo jinými tlumivými látkami. Klonazepam (Rivotril 1 mg v amp.) rovněž pomalu i.v. nebo v infúzi, celková d.d. do 10 mg. Z hypnotik lze použít midazolam (Dormicum 5 mg v amp.)

Aplikace i.v. u akutně neklidného pacienta pochopitelně naráží na technické problémy; situace vyžaduje zpravidla přítomnost několika členů zdravotnického personálu. Než dojde k farmakologickému zklidnění pacienta, bývá nutné jeho fyzické omezení – všechny zákroky tohoto druhu se musí podrobně dokumentovat!

Pokud se s akutní psychotickou dekompenzací setkáme u pacientů, o kterých víme, že trpí **schizofrenií**, pak diagnostikování relapsu nebo recidivy tohoto onemocnění nečiní obtíže. Terapeutické zvládnutí takových stavů se neliší od postupu uvedeného v souvislosti s léčbou akutních a přechodných psychotických poruch. Zvláštní přístup však vyžaduje zvládnutí vzácné formy schizofrenie známé jako **letální Stauderova katatonie**. Její začátek je poměrně rychlý, během několika dnů nebo týdnů je nápadná uzavřenost, nesoustředivost, úzkost a narůstající neklid, který může být střídán stavy strnulosti. Z produktivních katatonních příznaků bývají přítomny stereotypní pohyby a výkřiky či echolálie. V tělesném stavu je patrna postupující exhausce, akrocyanóza, vegetativní labilita, někdy podkožní hematomy, zvyšující se teplota, posléze kóma a smrt. V laboratorním nálezu výrazné zvýšení CK, CRP, FW, leukocytóza, někdy snížená hodnota Fe. Předpokládá se, že jedním z vyvolávajících faktorů je hypodopaminergie, připouští se vliv stresu; v RA výskyt schizofrenie.

Terapeuticky se aplikují elektrokonvulze, benzodiazepiny, popřípadě AP 2. generace (klozapin).

Kazuistika

Cizí státní příslušnice ve věku 37 let, v RA byl zjištěn u dvou sourozenců výskyt duševní choroby – blíže ji nebylo možno určit. Po příletu do Prahy po pěti dnech začala hovořit nesouvisle, nespala, odmítala jídlo. Při přijetí byly nápadné stereotypní kývavé pohyby trupem, inadekvátní smích, stereotypně opakované otázky. Náhlé stavy vzrušenosti, při kterých se válí po zemi, jsou vystřídány strnulostí s pohledem upřeným do stropu. Na léčbu haloperidolem, levopromazinem a diazepamem nereaguje, stupňuje se psychomotorický neklid, nepřijímá per os. Vzestup AST na 2,08, ALT 0,77, leukocyty 8,0, Hgb 117. Osmý den pobytu: FW 46/82, leukocyty 9,5, ALT 0,70, CK 57,8. Pacientka nadále odmítá přijímat per os, 9. den stoupá tělesná teplota na 38,0 °C. Psychofarmaka jsou stále bez efektu, proto je aplikována elektrokonvulzivní léčba (ECT). Po první ECT byla v noci ještě neklidná, s pomocí sestry se však najedla. Po druhé ECT již v odpoledních hodinách komunikuje s manželem. Pokles teploty na 37,8 °C. Po třetí ECT již jen zcela sporadické echolálie a inadekvátní smích. Od 15. dne pobytu je pacientka bez psychopatologické symptomatiky (s výjimkou amnézie na proběhlé dny), z psychofarmak je podáván klozapin 100 mg denně. Následující den v doprovodu manžela odlétá do vlasti.

Stauderově katatonii se v mnohém podobá **neuroleptický maligní syndrom** (NMS) u pacientů, kteří takto krajně nepříznivě reagují na podávání antipsychotik, především z řady 1. generace. Během několika dnů se objevuje svalová rigidita, tremor, záškuby, hojné vegetativní příznaky,