

Kvalitativní poruchy vědomí

Pavel Pavlovský

Zatím co kvantitativní poruchy vědomí označují stupeň snížení bdělosti – vigily, jeho kvalitativní změny vyjadřují stav naší psychiky, v němž dochází k poruše orientace, ke zkreslení smyslových vjemů, změnám emotivity a dalších kvalit duševní činnosti. U kvantitativních změn vědomí hovoříme o vědomí zastřeném, které dosahuje různé hloubky – od mírné somnolence přes sopor až k hlubokému bezvědomí, kómatu. Pro kvalitativní poruchu vědomí (nikoli bezvědomí) užíváme výrazu vědomí obluzené, zakalené nebo zmatené. Podle klinického obrazu jde buď o delirium, nebo o mráкотný stav – obnubilaci. V obou případech jde o syndrom, nikoli o nosologickou jednotku.

Delirium (F05).

Klinický obraz: Jde o soubor příznaků, v jejichž popředí je kvalitativní změna vědomí, na kterou soudíme z řady psychopatologických fenoménů, k nimž patří zejména desorientace časová a místní (vzácně i osobou). Delirující pacient není schopen sdělit, kde se nalézá, jak se v daném místě ocitl, nemá pojem o čase. Je narušena recentní paměť, - nevybaví si události posledních okamžiků. Narušení vštíplivosti paměti doprovází celý průběh deliria, takže po jeho odeznění nám pacient sdělí nanejvýš útržkovité, zcela nesouvislé vzpomínky, které mu připomínají většinou nepříjemný, často děsivý sen. Vnímání je zkresleno, nemocný správně nerozeznává známé osoby, které považuje za osoby cizí, naopak neznámé jedince oslovuje jmény svých příbuzných, přátel, spolupracovníků, slovům přikládá jiný význam, v šepotu přítomných osob slyší rozsudek smrti nebo výhrůžky, drobné zapraskání podlahy vnímá jako střelbu, - to vše v něm vyvolává úzkost, jindy bezradnost; emoční změny jsou velmi výrazné a ovlivňují celkovou motoriku – většinou pod obrazem narůstajícího neklidu. Méně často je motorika snižená (delirium blandní – pacient nehnutě leží a nesrozumitelně pro sebe hovoří). Vnímání je ilusivní, smyslové vjemy jsou zkreslené – mluvíme o ilusích zrakových, sluchových, čichových, chuťových i hmatových, kdy pacient není schopen je korigovat (na rozdíl od pseudoilusí, kdy nemocný zkreslený vjem vzápětí koriguje podobně, jako zdravý jedinec koriguje smyslové klamy). Vedle ilusí se objevují i pravé šalebné vjemy – halucinace, kdy nemocný reaguje na neexistující hlasy, postavy a jiné objekty a jevy, které vstupují do vědomí automaticky bez zjevného podnětu. Pod vlivem iluzí a halucinací se nemocný mnohdy snaží uniknout z místnosti nebo z lůžka; pokud mu bráníme, stupňujeme jeho neklid až do agresivity – vytrhává si infuze a cévky, uchopí infusní stojan a ohrožuje jím okolí, jindy se rozeběhne proti skleněným dveřím ve snaze uprchnout – vzniklá mohutně krvácející řezná poranění situaci silně zkomplikují. Někdy hledá záchranu před halucinovanými postavami a hlasy ve skoku z okna s tragickými následky, ať už těžkým poraněním nebo sebezabitím (nejde o sebevraždu, chybí úmysl se usmrtit). Při pokusu o verbální kontakt zjišťujeme kromě desorientace i okamžité bludné nápady a zřetelné formální poruchy myšlení - nesouvislé odpovědi, spontánní, někdy i neartikulované výkřiky, odpovědi neexistujícím osobám, zpomalené myšlenkové tempo, věty nesouvisející s aktuální situací. Vedle psychopatologických příznaků bývají i hojné příznaky vegetativní - tachykardie, vzestup TK, pocení, z neurologických příznaků bývá nápadný třes.

Průběh: pro delirium je typická kolísavá intenzita v průběhu 24-hodinového denního cyklu. Zpravidla v pozdně odpoledních nebo večerních hodinách, kdy úbytek denního světla zhoršuje desorientaci (v anglické literatuře sundown syndrome), se pacient úzkostlivě rozhlíží, reaguje na indiferentní zvuky, přechází po místnosti, vstává z lůžka, vše může přejít až ve snahu uniknout do bezpečí. Noční hodiny bývají bouřlivé, k ránu nastává zklidnění a

přechod do spánku. Po probuzení může dojít k přechodné úpravě stavu včetně správné orientace (lucidní interval), aby s postupem dne se znovu začaly objevovat zmíněné příznaky. Klinický obraz je tak velmi pestrý a měnlivý. - Trvání deliriózních stavů záleží na vyvolávající příčině, - k vymizení chorobných příznaků většinou dojde během několika dnů. V minulosti se popisovaly stavy zmatenosti trvající i týdny s méně bouřlivým průběhem, pro které se ve střeoevropské psychiatrické literatuře uváděl pojem amentní stav, amence. Tyto pojmy se dnes považují za zastaralé a současná klasifikace nemocí je nezná. – Delirium představuje závažnou komplikaci základního somatického postižení, vyčerpání organismu může přispět k letálnímu zakončení. Nebezpečné jsou i pády se zlomeninami baze lebni nebo krčku stehenní kosti u starších osob se všemi dalšími vážnými komplikacemi.

Etiologie: deliriózní stavy jsou projevem základního somatického onemocnění, intoxikace, úrazu nebo jiného poškození. Proto je lze řadit mezi tak zvané symptomatické psychózy. Delirium má etiologii nejednotnou, na jeho vzniku se podílejí změny poměrů metabolických včetně změny pH, iontová nerovnováha, dehydratace, nedokrevnost mozku, porušená rovnováha neurotransmitterových systémů (zejm. systému cholinergního), přítomnost toxických látek a řada dalších mechanismů, které prozatím nejsme schopni spolehlivě určit. V praxi se velmi často setkáváme s deliriem u osob, které jsou v důsledku svého zdravotního stavu zvýšeně náchylné k narušení rovnováhy zmíněných mechanismů – ve vyšším věku to bývají vaskulární změny aterosklerotického původu, které přispívají k hypoxii mozkové tkáně, dehydratace v důsledku sníženého příjmu tekutin, závislost na alkoholu; u malých dětí dochází k projevům deliria při infekčních onemocněních s vysokou horečkou (delirium febrile). K hypoxii mozku vede kardiální insuficience (delirium může být někdy jejím prvním příznakem) nebo těžká dechová nedostatečnost, deliria komplikují pooperační stavy, vážné úrazy, těžké popáleniny nebo řadu infekcí. Delirium může být vyvoláno intoxikací psychoaktivními látkami, někdy může být jeho původ iatropatogenní (anticholinergní delirium po vyšších dávkách klasických antidepresiv, např. Amitriptylinu, nebo spasmolytik). Pod obrazem deliria může probíhat i závažný odvykací stav, např. u závislosti na alkoholu nebo benzodiazepinech. – Pokud se delirium objeví v průběhu demence, hovoříme o deliriu nasedajícím na demenci (F05.1).

Při **diagnostikování deliria** se řídíme klinickým psychopatologickým obrazem a pečlivým posouzením somatického stavu. Diferenciálně diagnosticky někdy můžeme váhat mezi deliriem a pokročilou demencí, případně amnestickým syndromem. Proti těmto dvěma syndromům obraz deliria je daleko pestřejší s výraznými a typickými poruchami vnímání a emotivity, zatím co desorientace je přítomna u všech zmíněných klinických obrazů.

Diagnostická kritéria pro výzkum MKN-10: A) oblužené vědomí, B) narušení kognitivních schopností (zhoršení bezprostřední a krátkodobé paměti, desorientace), C) poruchy psychomotoriky, D) narušení cyklu spánek – bdění, E) rychlý nástup příznaků a jejich měnlivost, F) zjištění základního mozkového nebo celkového onemocnění.

Při **léčbě** deliria se musíme soustředit na zvládnutí vyvolávající příčiny – zkompenzovat srdeční činnost, zaléčit infekci antipyretiky a antibiotiky, zajistit rehydrataci a detoxifikaci, poskytnout kompletní léčbu o tělesný a psychický stav v optimálním prostředí. Zásahy směřující k odstranění vyvolávající somatické poruchy jsou zpravidla účinné až s určitou prodlevou, je proto nezbytné použít ke zklidnění pacienta psychofarmak, většinou antipsychotik. V současné době upřednostňujeme antipsychotika 2. generace (olanzapin, tiaprid), z klasických antipsychotik je stále ceněn haloperidol. V některých případech se osvědčuje clomethiazol (zejm. při léčbě deliria tremens). – Nezbytný je maximální dohled, aby pacient pod vlivem psychotických příznaků neublížil sobě nebo okolí, mnohdy je proto nezbytné na krátkou dobu pacienta fyzicky omezit. Rozhodnutí o omezení je úkonem bez

souhlasu pacienta, je proto nezbytné tento náš krok velmi pečlivě zachytit ve zdravotnické dokumentaci, tj. uvést důvody, rozpis medikace a pokynů ošetřujícímu personálu (např. sledovat P, TK, dechovou frekvenci, stav fixovaných končetin, aby nedošlo k porušení kůže, nebo poškození nervově cévního svazku omezených končetin), nezapomenout uvést přesný čas (hodinu a minutu!) zahájení a ukončení fyzického omezení.

Prevence – v případech, kdy můžeme očekávat vznik deliria (pacienti vyššího věku ohrožení hypoxií CNS nebo závislí na alkoholu), se musíme s maximální mírou změřit na stav hydratace, oběhového systému, předcházet rozvoji infekce, v rizikových případech se osvědčuje podat ve večerních hodinách profylaktickou dávku tiapridu nebo melperonu. Deliriózní stav je život ohrožující komplikací a proto vyžaduje naši maximální pozornost a péči.

Mráкотný stav – obnubilace

je rovněž syndrom charakterizovaný kvalitativní změnou vědomí. Od deliria se z hlediska průběhu odlišuje náhlým začátkem a náhlým ukončením chorobného stavu.

Klinický obraz: nemocný je podobně jako u deliria desorientován, desorientace však bývá ještě závažnějšího stupně než u deliria. V chování jsou přítomny naučené automatismy a mechanismy, avšak jejich provádění je chaotické, neodpovídá dané situaci, nemocný neřídí své chování podle svých běžných zásad, jako by kontinuita jeho osobnosti v mráкотném stavu zanikla.

Podle převahy jednotlivých psychopatologických příznaků mají mráкотné stavy různý klinický obraz. **Stuporózní forma** je charakterizována sníženou, někdy až vymizelou pohyblivostí, nemocný zpravidla nekomunikuje, jindy pronese pár slov, která mohou být i přiléhavá, mimika je strnulá. Naopak **forma delirantní** se projevuje motorickým neklidem, emoční projevy bývají silně vyjádřeny, ať už v podobě úzkosti nebo zlobné, agresivní nálady. V myšlenkovém projevu jsou přítomny bludné nápady, neklid vede k vyčerpání nemocného. V **automatické (vigilambulantní) formě** nemocný někdy reaguje na okolní situaci zdánlivě adekvátně, může se však objevit nepřiměřená efektivita a bezúčelné nelogické jednání, které mívá i ráz závažné agrese bez srozumitelné motivace, bez smysluplného cíle a odporující zájmům nemocného. Z vegetativních příznaků bývá nápadná bledost obličeje a ztuhlost zornic.

Pokud došlo ke spáchání trestného činu v automatickém stavu, soudně znalecké posuzování je obtížné; pro laickou veřejnost bývá obtížně pochopitelné, že se pachatel dopustil násilného trestného činu ve stavu nepřičetnosti, aniž upoutal pozornost nápadnými motorickými nebo verbálními projevy. V takových případech klademe mimořádnou pozornost na zjištění chorobné motivace jednání, k diagnostikování pomůže i vyšetření elektroencefalografické.

Pro **průběh** obnubilace je typický náhlý začátek a náhlé jeho ukončení – řadí se proto k záchvatovitým jevům. Trvání mráкотného stavu se pohybuje od několika minut do několika hodin, vzácně dní i týdnů. Po jeho odeznění má jedinec na proběhlý záchvat naprostou amnézii.

Etiologie: nejčastěji se s mráкотným stavem setkáváme u epilepsie; z chování nemocného soudíme na přítomnost halucinací, jež svým obsahem naznačují lokalizaci epileptogenního fokusu. Nálada bývá podrážděná, zlostná, jednání agresivní, myšlení zpravidla zpomalené. Epileptickou fugou se označuje náhlý a nemotivovaný odchod z domova; po odeznění fugy se nemocný ocitá na neznámém místě bez vzpomínky, jak se na dané místo dostal. Z jiných

vyvolávajících příčin mráкотného stavu lze uvést migrénu, komoci, úžeh, intoxikaci, hladovění nebo hypoglykemii (např. u diabetika po podání vyšší dávky insulinu).

Zvláštní případy mráкотného stavu: **patický afekt** – velmi silný afekt, na jehož vrcholu dochází ke kratičké obnubilaci. Po jejím odeznění nejistota, nevyznání se v situaci, amnézie na proběhlou událost, během níž může dojít i k nebezpečné agresi bez srozumitelné motivace. Výskyt u organických, zejm. vaskulárních poruch CNS, u specifické poruchy emočně nestabilní, explosivní, u epilepsie. **Patická rozespálost** – vzácná porucha, kdy jedinec začne během spánku konat nějakou, mnohdy zautomatizovanou činnost, která postrádá příslušnou kvalitu (např. opakovaně probuzený lékař napíše během noční služby nesmyslný recept), někdy s projevy nemotivované agrese (ze soudně znalecké praxe případ mladého muže, který celý den v horku natíral střechu, v noci vstal, rozkopal v sousedově stavení dveře, poté si lehl do příkopu, kde se druhý den ráno probudil s naprostým výpadkem vzpomínky na událost). **Patologická intoxikace (F10.07)** – jiné označení tohoto stavu: patická ebrieta, patická opilost. Jde o abnormní reakci na požití zpravidla malého (neplatí vždy) množství alkoholu pod obrazem mráкотného stavu bez běžných projevů podnapilosti – opět nemotivované chování, převážně s agresivními rysy. Trvání většinou v minutách, po odeznění porucha vzpomínky a následný spánek, - po probuzení již naprostá amnézie na proběhlý stav. **Psychogenně navozené mráкотné stavy** se řadí k disociačním projevům, mohou se vyskytnout v tíživých životních situacích, zejména u osobností s histrionskými rysy. Patří k nim disociační amnézie (F44.0) projevující se vedle poruchy paměti na traumatizující událost (ztráta blízké osoby, přírodní katastrofa, válečné trauma) i poruchami chování (mnohdy bizarními, touláním, zanedbáváním). Symptomatika disociační fugy (F44.1) zahrnuje vedle amnézie i odcestování z domova nebo pracoviště na jiné místo, při čemž může dojít i k dočasné změně identity osobnosti (personalitas alternans multiplex), základní péči o vlastní osobu subjekt zachovává. K dočasné ztrátě identity a plného uvědomování si okolí může nastat i u transu a stavů posedlosti (F44.3).

K psychogenně navozeným poruchám, u kterých se objevuje alespoň v lehké míře kvalitativní porucha vědomí, lze zařadit i vazbovou psychózu a pseudodemenci (Ganserův syndrom). U vazbové psychózy jsou přítomny bizarní halucinace a bludy, jež vznikají v rámci obranného mechanismu u osob spíše simplexních s účelovými tendencemi vyhnout se uvěznění a odsouzení. Obdobně může dojít k vyvolání Ganserova syndromu, který je charakterizován dětinským chováním, šišláním, používáním zdobnělin a nehoráznými odpověďmi při orientačním vyšetřování intelektu.

Léčení mráкотných stavů většinou nepřichází v úvahu vzhledem ke krátkosti jejich trvání. U epileptických mráкотných stavů je na prvním místě antiepileptická terapie, u hypoglykemických stavů úprava dávek antidiabetik. U psychogenně navozených mráкотných stavů přichází v úvahu injekční aplikace benzodiazepinů a psychoterapeutické působení zaměřené na účelové mechanismy jedince.

Použitá literatura:

- 1) Raboch J., Pavlovský P. a kol.: Psychiatrie. Univerzita Karlova v Praze, 2012.

- 2) Herman E., Praško J., Seifertová D.: Konziliární psychiatrie. Medical Tribune CZ, Galén, Praha 2007.
- 3) Mysliveček Z.: Obecná psychiatrie. Státní zdravotnické nakladatelství, Praha 1959.
- 4) Smolík P.: Duševní a behaviorální poruchy. Maxdorf, Praha 1996.

Další doporučené zdroje:

- 1) Diagnostická kritéria pro výzkum. MKN-10. WHO 1993, Psychiatrické centrum Praha 1996.
- 2) Duševní poruchy a poruchy chování. Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) – 10. revize. WHO 1992, Psychiatrické centrum Praha 2006.

Testové otázky:

- 1) Delirium se řadí mezi:
schizofrenní psychózy
afektivní poruchy
symptomatické psychózy
účelové reakce

- 2) Hlavním příznakem deliria je:
zastřené vědomí
obluzené vědomí
automatické chování
sebevražedné jednání

- 3) Deliriózní stav je nejintenzivnější:
v časných ranních hodinách
dopoledne
odpoledne
v pozdních večerních hodinách

- 4) V etiologii deliria hraje zřejmě nejmenší roli:

premorbidní osobnost

základní tělesná choroba

závislost na psychoaktivní látce

organické poškození CNS

5) V mráкотném stavu nastává:

halucinatorní vnímání

porucha kontinuity osobnosti

porucha chování

vše uvedené