

*Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. b) zákona 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup*

## **Komplexný manažment pacienta so schizofréniou**

<b>Číslo ŠP</b>	<b>Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP</b>	<b>Status</b>	<b>Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR</b>
0010	15. február 2018	Schválené	1. január 2019

### **Autori štandardného postupu**

#### **Autorský kolektív**

MUDr. Marek Zelman; prof. MUDr. Ján Pečeňák, CSc.; MUDr. Dagmar Breznoščáková, PhD.; PhDr. Katarína Kubašovská

#### **Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu**

**Prispievatelia a hodnotitelia:** členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR, hlavní odborníci MZ SR; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike

**Odborní koordinátori:** MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MHP; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Ľubomíra Izaková, PhD.

#### **Recenzenti**

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MHP; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beáta Havelková, MPH; MUDr. Miroslav Halecký; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubíško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; doc. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, mim. prof.

#### **Technická a administratívna podpora**

**Podpora vývoja a administrácia:** Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. Peadr., PhDr.

Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Bredová; Ing. Mgr. Liliana Hruziková; Ing. Bc. Zuzana Marton; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina

**Podporené grantom** z OP Ľudske zdroje MPSVaR SR NFP s názvom: “Tvorba nových a inovovaných štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe” (kód NFP312040J193)

## **Kľúčové slová**

schizofrénia, antipsychotiká, elektrokonvulzívna terapia

## **Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov**

A1G/A2G - antipsychotiká 1. a 2. generácie

AP - antipsychotiká

BDZ - benzodiazepíny

ČNPS III, 2010 - Postupy v liečbe psychických porúch, Algoritmy Českej neuropsychofarmakologickej spoločnosti

CT - počítačová tomografia

D2, D3 receptor - dopamínový receptor D2, D3

DA1G/DA2G - depotné antipsychotiká 1. a 2. generácie

ECT - elektrokonvulzívna terapia

EEG - elektroencefalografia

EPS - extrapyramídové symptómy

MARTA - Multi Acting Receptor Targeted Antipsychotics (Viacúčelové receptory zamerané na antipsychotiká)

Maudsley 10 2009 - The South London and Maudsley NHS Foundation Trust Oxleas NHS Foundation Trust - Prescribing Guidelines, 10th Edition

MKCH-10 - Medzinárodná klasifikácia chorôb. 10. decentálna revízia

MR - magnetická rezonancia

NICE 2014 - Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management . National Institute of health and Care Excellence

PET - pozitronová emisná tomografia

RLA, 2014 - 60. metodický list racionálnej farmakoterapie - Racionálna liečba antipsychotikami, júl 2014

SDA - serotonínový a dopamínový antagonisti

## **Kompetencie**

**Lekár so špecializáciou v odbore psychiatra (psychiater)** - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, administrácia krokov pri nedobrovoľnej hospitalizácii, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie, indikácia a realizácia ECT (v spolupráci s anesteziológom), prepustenie pacienta z hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť - supervízia.

**Lekár bez špecializácie** - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, realizácia ECT (po zaškolení), psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

**Psychológ** - realizácia psychodiagnostiky a psychoterapie, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

**Sestra** - podávanie farmakoterapie, podávanie depotných AP (po zaškolení), ošetrovateľské postupy, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

**Sociálny pracovník** – psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, sociálno-právna podpora.

**Anesteziológ** - podávanie celkovej anestézy pri realizácii ECT.

## **Úvod**

Schizofrénia je závažná psychotická duševná porucha s častou tendenciou k chronickému priebehu a veľkým potenciálom k zníženiu kvality života a stigmatizácii človeka, ktorý ňou trpí. Postihuje prakticky všetky domény ľudského myslenia, vnímania, prežívania a konania v kontakte s okolím.

Vzhľadom na heterogenitu príznakov, variabilitu priebehových charakteristík, odpovede na liečbu a multifaktoriálnu etiológiu sa o tejto duševnej poruche dá skôr hovoriť ako o skupine schizofrénii respektíve o poruchách schizofrénneho spektra.

Pojem schizofrénia od svojho uvedenia Eugenom Bleulerom v roku 1911, prešiel vývojom až k jeho súčasnému operacionalizovanému chápaniu v zmysle MKCH-10, ktoré stavia diagnózu na základe prítomnosti najdôležitejších psychopatologických fenoménov - ozvučovania myšlienok, vkladania alebo odnímania myšlienok, vysielania myšlienok, bludného vnímania a bludov kontrolovania, ovplyvňovania alebo ovládania, halucinácií hlasov komentujúcich alebo diskutujúcich v tretej osobe, porúch myšlienkových pochodov, katatónie a negatívnych príznakov.

Štandardizovaný postup a komplexný manažment pacienta so schizofréniou prináša ucelený manuál pre dodržanie potrebných postupov v diagnostike a terapii schizofrénie, ktorých dodržanie vedie k maximalizácii úspešnosti intervencií a naopak opomenutie môže negatívne ovplyvniť ich výsledný efekt. Tento postup tiež umožňuje poskytovanie longitudinálnej starostlivosti realizovanej viacerými ústavnými či ambulantnými poskytovateľmi.

## Prevenca

Aj napriek úsiliu o vyvinutie skriningových metód, ktoré by rozpoznali presyndromálne štádiá ochorenia, respektíve identifikovali jedincov s rizikom vzniku schizofrénie, tieto zlyhali na vysokom podiele falošne pozitívnych či falošne negatívnych výsledkov. Z hľadiska epidemiologického teda v súčasnosti neexistuje možnosť presymptomatickej detekcie či preventívnych opatrení pri schizofrénii. O to väčšiu úlohu hrajú sekundárna prevencia zahŕňajúca jej včasnú diagnostiku a včasné zahájenie adekvátnej liečby, ktorá má potenciál ovplyvniť progresívny priebeh ochorenia a v rámci terciárnej prevencie sú to terapeutické intervencie zvyšujúce adhérenciu k liečbe na zabránenie relapsov ochorenia.

## Epidemiológia

Celoživotná prevalencia schizofrénie je 1-1,5 % potvrdená relatívne konzistentnými údajmi epidemiologických štúdií. Pomer výskytu u žien a mužov je 1:1. Rozdiely v pohlaviach sa vyskytujú v začiatku ochorenia. U mužov nastupuje ochorenie skôr, typicky medzi 15 a 25 rokom, u žien neskôr, medzi 25 a 35 rokom života. Pacienti so schizofréniou majú vyššie riziko mortality a suicídia.

## Patofyziológia

Presný etiopatogenetický mechanizmus vzniku schizofrénie nie je známy. Predpokladá sa multifaktoriálna etiológia s mnohopočetnými patogenetickými vplyvmi. Etiologické hypotézy sa zaoberajú infekčnými, genetickými, biochemickými, metabolickými i psychologickými vplyvmi. Najširšie akceptovaná je dopamínová neurotransmitterová hypotéza s narušením neuromodulačnej funkcie dopamínu, významné sú však aj iné neurotransmitterové systémy.

## Klasifikácia

Klasifikácia schizofrénie je definovaná v súčasnosti platnou Medzinárodnou klasifikáciou chorôb (10. revízia), operacionálne všeobecné kritériá sú popísané v kapitole Klinický obraz.

Podľa MKCH-10 sa rozlišuje šesť základných podtypov schizofrénie, pri ktorých musia byť samozrejme splnené všeobecné kritériá pre diagnózu schizofrénie a navyše:

**F20.0 Paranoidná schizofrénia:** pre ktorú MKCH-10 vyžaduje prevládanie bludov alebo halucinácií (ako sú napr. bludy prenasledovania, vzťahovacie, o vznešenom rode, zvláštnom poslaní, telesných

zmenách, žiarlivostné, hlasy varujúce alebo prikazujúce, halucinácie čuchové alebo chuťové, sexuálne alebo iné telesné pocity). V miernom stupni môžu byť prítomné, no nesmú dominovať: rýchlo sa meniaci alebo neprimeraná emotivita, katatónne príznaky alebo inkohorentná reč.

**F20.1 Hebefréna schizofréna:** pri hebefréni musia byť splnené obidve nasledujúce charakteristiky: výrazné a trvalé ochudobnenie alebo oploštenosť emotivity a výrazná a trvalá neprimeranosť a nevhodnosť emotivity a tiež jedna z nasledujúcich: správanie je bezcieľne alebo rozporuplné skôr ako cieľavedomé a trvalá porucha myslenia, ktorá sa prejavuje rozporuplnou, nesúvislou alebo inkohorentnou rečou. Tiež nesmú dominovať halucinácie alebo bludy, aj keď môžu byť prítomné v miernej forme.

**F20.2 Katatónna schizofréna:** pre diagnózu musia po dobu najmenej dvoch týždňov prevládať jeden alebo dva z nasledovných katatonických prejavov: stupor, excitovanosť, nástavy, negativizmus, rigidita, flexibilitas cerea, povelový automatizmus.

**F20.3 Nediferencovaná schizofréna:** nie je prítomné dostatočné množstvo symptómov na to, aby sa naplnili kritériá pre jeden z podtypov alebo je prítomné také množstvo symptómov, že sú splnené kritériá pre viac ako jeden podtyp.

**F20.4 Postschizofrenická depresia:** v priebehu posledných dvanástich mesiacov musia byť splnené hlavné kritériá pre schizofréniu, ale nie sú splnené v súčasnej dobe a depresívne príznaky musia trvať dostatočne dlho a musia byť dostatočne závažné na to, aby naplnili kritériá aspoň pre stredne závažnú depresívnu epizódu.

**F20.5 Reziiduálna schizofréna:** v minulosti boli splnené všeobecné kritériá pre schizofréniu, ale nie sú prítomné v súčasnosti a v priebehu posledných 12 mesiacov sa vyskytujú najmenej štyri z nasledujúcich „negatívnych“ symptómov: psychomotorické spomalenie alebo znížená reaktivita, oploštenie afektivity, pasivita a nedostatok iniciatívy, chudobný rečový prejav a neverbálna komunikácia, nedostatočná sociálna funkčnosť alebo starostlivosť o seba.

**F20.6 Simplexná schizofréna:** v období najmenej jedného roka sa pomaly ale pozvoľne rozvíjajú príznaky všetkých troch nasledujúcich charakteristík: 1. výrazná a trvalá zmena celkovej kvality niektorých spôsobov správania prejavujúcich sa stratou temperamentu a záujmov, bezcieľným do seba zahľadeným prístupom k životu a sociálnym stiahnutím, 2. postupne sa objavujú a prehlbujú "negatívne" príznaky ako sú zreteľná apatia, chudobná reč, hypoaktivita, oploštenie emotivity, pasivita a nedostatok iniciatívy, chudobná neverbálna komunikácia a 3. zreteľný pokles sociálnej, študijnej alebo pracovnej výkonnosti.

## **Klinický obraz**

Klinický obraz schizofrenie je variabilný a môže sa v priebehu ochorenia v jeho jednotlivých fázach meniť.

Kľúčovým klinickým obrazom pre diagnózu schizofrénie je charakteristika operacionálne stanovená v súčasnosti platnou Medzinárodnou klasifikáciou chorôb (10. revízia).

**Všeobecné kritériá MKCH-10 pre paranoidnú, hebefrénnu, katatónnu a nediferencovanú schizofréniu:**

G1) Najmenej jeden zo syndrémov, symptémov a znakov uvedených pod 1) alebo najmenej dva zo symptémov a znakov uvedených pod 2) majú byť prítomné po väčšinu času počas epizódy psychotického ochorenia trvajúcej najmenej jeden mesiac (alebo v niektorých prípadoch počas väčšiny dňa).

1) najmenej jedno z uvedených:

a) ozvučenie myšlienok, odoberanie myšlienok alebo vysielanie myšlienok;

b) blud kontrolovania, ovplyvňovania alebo pasivity jasne sa vzťahujúci na telo alebo končatiny alebo zvláštne myšlienky, konanie či pocity; bludné vnímanie;

c) halucinácie hlasov, ktoré priebežne komentujú pacientove konanie alebo o ňom medzi sebou diskutujú alebo iný typ halucinácií, ktoré prichádzajú z niektorých častí tela;

d) pretrvávajúce bludy iného charakteru, ktoré nemôžu byť podmienené príslušnou kultúrou, neprimerané alebo úplne nemožné ako náboženská alebo politická identita, nadľudská moc alebo schopnosť (napr. schopnosť kontrolovať počasie, alebo spojenie s bytosťami z iného sveta).

2) alebo najmenej dva z nasledujúcich:

a) pretrvávajúce halucinácie akejkoľvek modality, ak sa vyskytujú denne počas obdobia najmenej jedného mesiaca, pokiaľ sú sprevádzané bludmi (ktoré môžu byť prchavé alebo len čiastočne formované) bez zjavného afektívneho obsahu alebo sprevádzané trvalo zvýšeným sebahodnotením;

b) neologizmy, zlomy v nadväznosti myšlienkovvej súvislosti, čo vyúsťuje do inkohencie alebo zmätenej rečovej produkcie;

c) katatonické prejavy v konaní ako je vzrušenie, nástavy alebo flexibilitas cerea, negativizmus, mutizmus a stupor;

d) „negatívne“ symptémy ako výrazná apatia, chudobnosť rečového prejavu, oploštenie alebo neprimeranosť emočných reakcií (musí byť zrejmé, že nie sú spôsobené depresiou alebo antipsychotickou liečbou).

G2) Najčastejšie vylučovacie kritériá:

1) Pokiaľ pacient spĺňa kritériá pre manickú epizódu (F30), depresívnu epizódu (F32), potom musia byť kritériá uvedené pod G1.1 a G1.2 naplnené pred tým, než sa rozvinuli príznaky poruchy nálady.

2) Porucha nie je dôsledkom organickej mozgovej poruchy (v zmysle F0), ani nie je spojená s intoxikáciou, závislosťou alebo odvykacím syndrómom od alkoholu alebo iných drog.

Schizofrénne poruchy sa rozpoznávajú podľa charakteristických deformácií myslenia a vnímania a podľa neprimeranej či otupenej afektivity. Jasné vedomie a intelektuálna kapacita sú zvyčajne

zachované, hoci časom môžu nastať niektoré kognitívne deficity. Najdôležitejšie psychopatologické fenomény sú myšlienkové ozveny, vkladanie alebo odnímanie myšlienok, vysielanie myšlienok, bludné vnímanie a bludy ovládania, ovplyvňovanie alebo pasivita, halucinačné hlasy kritizujúce chorého alebo diskutujúce o ňom v tretej osobe, poruchy myslenia a negatívne symptómy.

Schizofrénia by sa nemala diagnostikovať pri výrazných depresívnych alebo manických príznakoch, ak nie je jasné, že schizofrénne príznaky predchádzali poruche afektivity. Schizofrénia by sa nemala diagnostikovať ani pri zjavnej chorobe mozgu alebo počas intoxikácie drogami alebo pri abstinenčnom syndróme. Podobné poruchy vznikajúce v priebehu epilepsie alebo inej choroby mozgu by sa mali zaradiť pod F06.2 a tie, ktoré sú zapríčinené psychoaktívnymi látkami, pod F10 – F19 so spoločnou štvrtou číslicou 5.

Nakoľko symptomatika pri schizofrénii je rozmanitá, je účelné tieto viac-menej špecifické príznaky rozdeliť do 4 skupín:

1. Pozitívne symptómy: halucinácie, bludy, katatónne symptómy, štrukturálne poruchy myslenia a dezorganizované konanie.
2. Negatívne symptómy: oploštenie emočnej reaktivity, hypobúlia, ambivalencia, chudobný rečový prejav, sociálna stiahnutosť.
3. Kognitívne symptómy: poruchy pozornosti a znížená rýchlosť spracovania informácií, slovného učenia a pamäti a sociálnej kognície.
4. Depresívne symptómy, ktoré sa môžu vyskytnúť v každej fáze ochorenia a niekedy sú ťažko odlíšiteľné od negatívnych príznakov a znamenajú vysoké suicidálne riziko.

### **Diagnostika (postup určenia diagnózy)**

Diagnostika schizofrénie sa opiera o komplexné psychiatrické vyšetrenie a vyhodnotenie jednotlivých skupín psychopatologických prejavov. Je postavená na prítomnosti operacionálne stanovených príznakov a časových súvislostiach podľa všeobecných kritérií pre schizofréniu podľa MKCH-10 a špecifických kritérií pre jej podtypy.

K základnému psychiatrickému vyšetreniu patrí aj orientačné zhodnotenie telesného stavu pacienta, v prípade zistenia príznakov telesného ochorenia je indikovaná konzultácia/odoslanie na vyšetrenie k lekárovi príslušnej odbornosti (praktický lekár, špecialisti).

Z praktického hľadiska (napr. v rámci indikácie niektorých antipsychotík) je vhodné posudzovať prítomnosť schizofrénnych príznakov podľa vyššie uvedených domén - pozitívne príznaky, negatívne príznaky, kognitívne a afektívne príznaky.

V rámci diferenciálnej diagnózy je nevyhnutné vylúčiť v rámci klinického vyšetrenia iné ochorenia s možnými psychotickými prejavmi kódované pod inými kategóriami MKCH-10:

a) Organické a symptomatické psychické poruchy (F00-F06):

- Demencia,
- Delírium nezavinené alkoholom alebo psychoaktívnymi látkami,
- Organická halucinóza,
- Organická katatónna porucha,
- Organická porucha s bludmi.

b) Poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím/užívaním psychoaktívnych látok (F10-F19):

- Abstinenčný syndróm s delíriom,
- Psychotické poruchy,
- Reziduálna a neskoro nastupujúca psychotická porucha.

c) Afektívne poruchy (F30-F33):

- Manická epizóda bez a s psychotickými príznakmi,
- Bipolárna afektívna porucha, terajšia fáza manická,
- Bipolárna afektívna porucha, terajšia fáza hlbkej depresie a depresie s psychotickými príznakmi,
- Depresívna epizóda a recidivujúca depresívna porucha ťažkého stupňa a depresie s psychotickými príznakmi.

d) Poruchy osobnosti:

- Paranoidná,
- Hraničná – emočne nestabilná.

Okrem vlastného komplexného psychiatrického vyšetrenia, ktoré je podstatným prostriedkom na stanovenie diagnózy sa využívajú ďalšie postupy:

1. psychodiagnostické vyšetrenie
2. laboratórne vyšetrenia
3. zobrazovacie vyšetrovacie metódy
4. konziliárne vyšetrenie lekárom inej špecializácie

1. Psychoadiagnostika je štandardnou súčasťou diagnostiky schizofrénie. Jej prínos je najmä:

- a. v rozšírení diagnostických znakov zistených pri psychiatrickom vyšetrení (napr. pri špecifických znakoch v projektívnych metódach);




- b. v posúdení miery závažnosti postihnutia kognitívnych funkcií;
- c. posúdenie resp. kvantifikovanie miery postihnutia pri hodnotení priebehových charakteristík.

2. Laboratórne vyšetrenia slúžia na diferenciálne diagnostické vylúčenie prítomnosti somatogénnej a organickej genézy psychotických prejavov a na posúdenie eventuálnych nežiaducich účinkov liečby.

Pri sledovaní nežiaducich účinkov je nutné postupovať podľa klinického stavu a platných súhrnných charakteristík jednotlivých liekov.

Pokiaľ sú nutné laboratórne vyšetrenia a vyšetrenie EKG a pod., psychiater odporúča tieto vyšetrenia formou výmennej správy pre všeobecného lekára/specialistu a konzultuje s nimi výsledky týchto vyšetrení. Odporúčenie pre sledovanie metabolických parametrov pri liečbe antipsychotikami sa odvíja od reprezentatívnych publikovaných zdrojov (*Tabuľka č.1* podľa Pečeňák, 2005).

**Tabuľka č. 1**

Odporúčanie pre sledovanie pacientov pri užívaní antipsychotík		
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP	
	SCHIZOFRÉNIA	
Ukazovateľ	Začiatok liečby	Opakovanie
Osobná a rodinná anamnéza obezity, diabetu, hypertenzie, dyslipidémie a akéhokoľvek KV ochorenia	X	1-krát ročne
BMI (Body Mass Index)	X	mesačne prvých 12 týždňov, potom raz za 3 mesiace
Obvod pása	X	1-krát ročne
Krvný tlak	X	Po 12 týždňoch, potom aspoň 1-krát ročne
Hladina glukózy nalačno	X	Po 12 týždňoch, potom 1-krát ročne
Lipidový profil nalačno	X	Po 12 týždňoch a po 5 rokoch

Základným štandardom (APA 2004) je vyšetrenie glykémie, krvného obrazu a diferenciálneho krvného obrazu, hepatálnych parametrov (ALT, AST, bilirubín), renálnych parametrov (kreatinín, urea), mineralogramu (Na, K, Cl). V prípade pozitívnych anamnestických údajov aj toxikologické vyšetrenie na prítomnosť návykových látok.

Rozšíreným štandardom v prípade potreby diagnostického spresnenia sú vyšetrenia zápalových parametrov, sérologické vyšetrenie na prítomnosť borelia burgdorferi, hepatitíd, lues a infekcie HIV, hladín hormónov (napr. hormóny štítnej žľazy, prolaktín, testosterón etc.). V indikácii posúdenia nežiaducich účinkov terapie resp. vylúčenia možných interakcií sú to EKG, lipidový profil (cholesterol, triglyceridy, HDL, LDL), tehotenský test, hladina prolaktínu, stanovenie hladín psychofarmák.

3. Zobrazovacie vyšetrovacie metódy (APA, 2004) - pri diferenciálnej diagnostike podozrenia na intrakraniálne procesy je štandardom CT vyšetrenie mozgu. Rozšíreným štandardom je MR vyšetrenie mozgu, funkčné MR vyšetrenie, EEG vyšetrenie na možné odlišenie epilepsie, kvantitatívna analýza EEG resp. analýza evokovaných potenciálov v EEG, príp. PET vyšetrenie.

4. Úlohou konziliárneho vyšetrenia lekárom inej špecializácie je diferenciálna diagnostika prekračujúca kompetencie psychiatra.

## **Liečba**

Liečba schizofrénie musí byť komplexná, zahŕňa biologickú liečbu (farmakoterapia, elektrokonvulzívna terapia), psychoterapeutické a psychosociálne intervencie.

Z praktického hľadiska je možné rozdeliť liečbu schizofrénie na **štyri fázy**:

1. Zvládnutie akútneho psychotického stavu,
2. Akútna fáza - liečba psychotického ataku,
3. Stabilizačná liečba,
4. Udržiavacia fáza.

### **1. Zvládnutie akútneho psychotického stavu pri schizofrénii**

Cieľom intervencie v tejto fáze je dosiahnuť upokojenie človeka trpiaceho schizofréniou a umožniť ďalšie terapeutické intervencie.

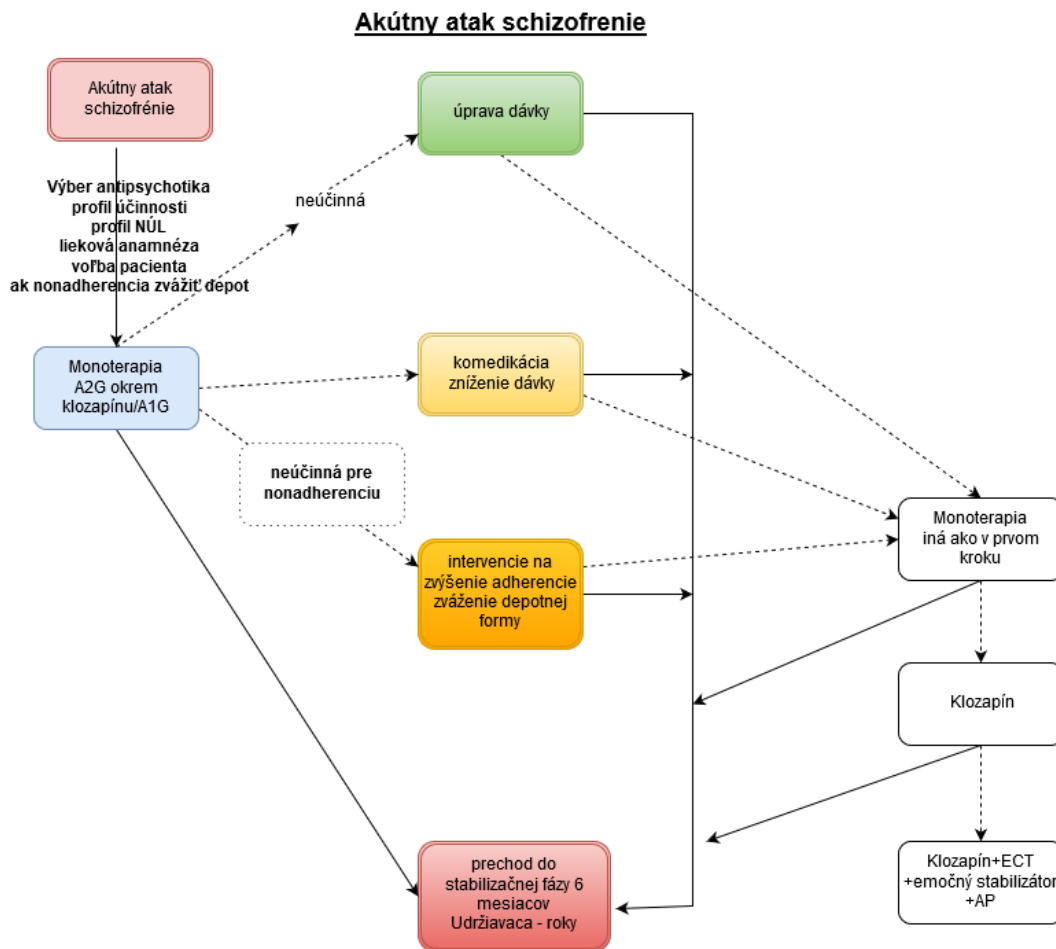
Primárnou intervenciou sú verbálne techniky vedúce k upokojeniu pacienta, podanie sedujúcej medikácie pri psychomotorickom nepokoji a/alebo agresívnych prejavoch, v prípade ich zlyhania alebo pri vysokej miere rizika poškodenia pacienta alebo okolia použitie fyzického obmedzenia s rešpektovaním legislatívnych noriem (Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky k používaniu obmedzovacích prostriedkov u pacientov zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich psychiatrickú starostlivosť. Číslo: 13787/2009-OZS).

Pri farmakologickej liečbe akútnych psychotických príznakov v spojení s agitovanosťou alebo prejavmi agresivity je potrebné používať parenterálne respektíve solubilné formy farmák. Okrem antipsychotík je vhodné pre vyššiu rýchlosť pacifikačného efektu podávať parenterálne benzodiazepíny. Základnou liečbou však zostáva podanie AP. Pri kombinácii AP a BDZ je potrebná opatrnosť pre možné potenciovanie tlmivého efektu a niektoré sú v kombinácii kontraindikované (napr. olanzapín i.m. a BDZ).

### **2. Akútna fáza - liečba psychotického ataku**

Cieľom v tejto fáze je potlačenie akútnych príznakov schizofrénie, najmä pozitívnych symptómov ako sú bludy, halucinácie a poruchy správania. Trvá obvykle 6-8 týždňov, jej účinnosť posudzujeme po 2-4

týždňoch a zmena liečby v prvých dvoch týždňoch je indikovaná len v prípade výskytu nežiaducich účinkov alebo intolerancie.



### 3. Stabilizačná liečba

Cieľom v tejto fáze liečby je minimalizovať stresové situácie a podporiť obnovenie schopnosti adaptácie pacienta v jeho pôvodnom sociálnom prostredí. Ak je stav pacienta stabilizovaný pri určitej terapii nastavenej v akútnej fáze, táto by mala pokračovať min. 6 mesiacov v nezmenenom dávkovaní. Toto obdobie je optimálne pre hlavné nefarmakologické postupy ako psychoterapeutické intervencie, psychoedukácia, psychosociálne intervencie. V prípade dostupnosti je možné využiť formu parciálnej hospitalizácie v psychiatrickom stacionári.

### 4. Udrživacia fáza

Cieľom terapie v udrživacej fáze je zabránenie relapsu a vytvorenie podmienok k úplnej sociálnej úzdre (remisia).

V našich podmienkach patria k štandardným biologickým metódam liečby schizofrenie farmakoterapia a elektrokonvulzívna terapia.

### *Farmakoterapia schizofrénie.*

Primárnu úlohu pri farmakoterapii schizofrénie majú antipsychotiká. Všetky antipsychotiká, prvej aj druhej generácie, dobre ovplyvňujú pozitívne príznaky cestou blokády dopamínových receptorov lokalizovaných v limbickom systéme.

Antipsychotiká druhej generácie (A2G) vďaka špecifickým farmakologickým vlastnostiam majú nižší potenciál na rozvoj extrapyramídových príznakov a/alebo hyperprolaktinémie a vyššiu účinnosť na ostatné domény (negatívne, depresívne, kognitívne).

### *Zásady farmakoterapie antipsychotikami pri schizofrénii.*

Medzinárodné odporúčania Svetovej psychiatrickej spoločnosti i ďalšie (prehľad napr. Kořínková a kol., 2014) odporúčajú ako lieky prvej voľby pri liečbe schizofrénie A2G. Voľba antipsychotika závisí od posúdenia aktuálneho psychopatologického obrazu človeka trpiaceho schizofréniou, jeho priebehových charakteristík, jeho liekovej anamnézy, súčasného telesného stavu, veku a pohlavia (Raboch a kol., 2014).

Antipsychotiká sa medzi sebou líšia v profile svojho účinku a tiež v profile svojich potenciálnych nežiaducich účinkov. Výber antipsychotika preto zahŕňa nutnú znalosť týchto profilov a potrebu ich zohľadnenia pri výbere už v akútnej fáze, nakoľko výber antipsychotika v dlhodobom horizonte determinuje úspešnosť farmakoterapie a jej znášanlivosť v ďalších fázach liečby.

*Pri antipsychotickej liečbe v akútnej fáze je potrebné rešpektovať zásady (NICE 2014, APA 2004, Taylor 2015, Pečeňák 2016):*

1. Pri výbere antipsychotika zohľadňujeme:

- profil jeho účinnosti na jednotlivé domény príznakov schizofrénie - pozitívne, negatívne, kognitívne a depresívne symptómy;
- profil jeho možných NÚL, akútne EPS, tardívne dyskízy, sedácia, posturálna hypotenzia, hyperprolaktinémia, predĺženie QT intervalu, zvýšenie hmotnosti, metabolické nežiaduce účinky etc.;
- aktuálny stav pacienta - psychopatológia a výskyt prípadných nežiaducich účinkov;
- adherencia;
- predchádzajúca skúsenosť s liečbou AP;
- pri voľbe AP je dôležité participovanie pacienta prípadne rodinných príslušníkov a informovanie o predpokladanom účinku, NÚL a potrebnej dĺžke liečby.

2. Úvodnou stratégiou je monoterapia:

- výber je možný z A1G alebo A2G (preferenčne A2G) okrem klozapínu;
- používame najnižšie možné dávky;
- titrujeme podľa účinnosti a tolerancie.

3. Účinnosť liečby hodnotenie - minimálne po 2-3 týždňoch terapeutickou dávkou AP hodnotíme:

- odpoveď na liečbu - zmenu v symptomatike;

- adhérenciu;
- výskyt NÚL.

Ak je liečba účinná pokračujeme do stabilizačnej fázy.

4. Neúčinnosť terapie - intervencia - po 3 týždňoch úprava dávkovania: v prípade, že je liečba monoterapiou neúčinná (s predpokladom dobrej adhérencie a tolerancie).

5. Netolerovaná liečba pre NÚL: - intervencia - zvládnutie NÚL komedikáciou (napr. pri EPS antiparkinsoniká) alebo zníženie dávky.

6. Netolerovaná liečba pre nonadhérenciu (intervencia): intervencie na zvýšenie adhérencie (napr. edukácia) alebo zváženie inej formy podania - injekčná, depotná.

7. V prípade neúčinnosti prvého kroku - zámena za inú monoterapiu (okrem klozapínu) - obvykle po 6-8 týždňoch pri adekvátnom dávkovaní (skôr len pri závažnej intolerancii) - výber antipsychotika opäť podľa:

- profilu jeho účinnosti na jednotlivé domény príznakov schizofrénie - pozitívne, negatívne, kognitívne a depresívne symptómy;
- profilu jeho možných NÚL, akútne EPS, tardívne dyskínezy, sedácia, posturálna hypotenzia, hyperprolaktinémia, predĺženie QT intervalu, zvýšenie hmotnosti, metabolické nežiaduce účinky etc.;
- aktuálneho stavu pacienta - psychopatológia a výskyt prípadných nežiaducich účinkov;
- adhérencie (zváženie depotnej formy).
- V prvom kroku hodnotíme:
  - odpoveď na liečbu,
  - zmenu v symptomatike,
  - adhérenciu,
  - výskyt NÚL.

Ak je liečba účinná pokračujeme do stabilizačnej fázy, ak nie je účinná, indikovaná je terapia klozapínom.

8. Zámena za klozapín - indikovaná pri zlyhaní monoterapie dvomi AP:

- potrebné titrovanie dávky,
- nutné monitorovanie KO.
- Pri nedostatočnej účinnosti monoterapie klozapínom prichádza do úvahy kombinácia antipsychotík, elektrokonvulzívna terapia, respektíve kombinácia s emočnými stabilizátormi.

*Stabilizačná a udržiavacia fáza (NICE 2014, APA 2004, Taylor 2015, Pečeňák 2016):*

V stabilizačnej fáze je potrebné pravidelne pri kontrolách:

- posudzovať aktuálny stav pacienta z hľadiska psychopatológie;
- monitorovať výskyt NÚL a niektorých parametrov:
- výskyt extrapyramídových NÚL a ich závažnosť,

- hmotnosť, obvod pásu,
- glykémia, lipidový profil (cholesterol, triglyceridy, HDL, LDL),
- hepatálne testy (ALT, AST, bilirubín); indikovanie: nakoľko ide o manažment AP liečby - psychiater,
- EKG (nakoľko EKG prístroj nie je v štandardnej výbave psychiatra - indikuje psychiater - realizuje všeobecný lekár/internista),
- KO.

2. Ak je liečba AP účinná a dobre tolerovaná, pokračujeme v udržiavacej liečbe v rovnakom dávkovaní minimálne 6 mesiacov vo fáze stabilizácie, ktorá prechádza do udržiavacej fázy. Profylaktická fáza nie je časovo ohraničená a podľa väčšiny doporučení by mala trvať už po prvej epizóde 2 roky (minimálne rok za predpokladu plnej remisie symptómov) a v prípade opakovaných epizód bez časového ohraničenia.

3. Pri rozhodovaní o ukončení AP liečby je potrebné zvážiť všetky riziká a rozhodnúť spoločne s pacientom, liečbu vysadzovať postupne, monitorovať stav pacienta aj po ukončení liečby minimálne 2 roky.

Odporúčané dávkovanie antipsychotík						
		ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP SCHIZOFRÉNNIA				
		Dávky v mg/d	Názov farmaka	Iniciálna dávka	Relaps	Udržiavacia dávka
A1G	Haloperidol	1	5-10	2-6	30	
	Chlorprothixen	25	50-500	50-500	600	
	Levomepromazín	25	50-600	50-600	1000	
	Zuklopentixol	10	10-100	10-100	150	
A2G	Amisulprid	100	600-800	400-600	1200	
	Aripiprazol	5	10-15	10-30	30	
	Klozapín	25-50	400-600	400	900	kontrola krvného obrazu
	Kvetiapín	25-50	300-900	300-600	800	
	Olanzapín	5-10	15-30	10-20	20	
	Paliperidon	3	3-12	3-12	12	
	Risperidon	1-2	6-8	4-6	16	
	Sertindol	4	12-20	16	24	kontrola EKG
	Sulpirid	100	100-1600	100-1600	2400	
	Ziprasidon	40	160	80-160	160	kontrola EKG
	Zotepín	25-50	150-300	200	300	

**Poznámka** : Upravené podľa Kořínková a kol., 2014, Raboch 2010, 2014, Nice 2014.

Používanie vyšších ako maximálne odporučených dávok antipsychotík (Royal College Of Psychiatrists 2006) by malo byť výnimočné a použité len v prípade ak zlyhá štandardná liečba vrátane klozapínu. Pri takomto dávkovaní je nevyhnutné sledovanie somatického stavu pacienta.

*Monitorovanie nežiaducich účinkov AP:*

- Anamnéza: frekvencia ročne;
- Hmotnosť, BMI: po 1 mesiaci, po 2 mesiacov, potom štvrťročne;
- Obvod pása: po 1 mesiaci, po 2 mesiacov, potom štvrťročne;
- Tlak krvi: po 1 mesiaci, po 2 mesiacov, potom štvrťročne;
- Glykémia: kvartálne;
- Lipidový profil (cholesterol, triglyceridy, HDL, LDL): štvrťročne;
- KO: ročne;
- Hepatálne testy (AST, ALT, bilirubín): ročne;

- EKG - QTc interval - ročne (pozn.: EKG - nakoľko EKG prístroj nie je v štandardnej výbave psychiatra - indikuje psychiater - realizuje všeobecný lekár / internista);
- Špeciálne upozornenie: kontrola QTc intervalu sertindolom podľa SPC, kontrola KO pri liečbe klozapínom podľa SPC.

Tabuľka č. 3

Farmakologické stratégie pre zámenu antipsychotika pri intolerancii liečby - upravené podľa Maudsley 10 2009			
		ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP SCHIZOFRÉNIA	
NÚL	Intervencia bez zámény liečby	Odporučená zámena	Alternatívy
Akútne EPS	redukcia dávky, biperiden do 16 mg, amantadín do 600 mg, promethazín	aripiprazol, kvetiapín, olanzapín	klozapín, risperidón do 6 mg, ziprasidón
Dyslipidémia		amisulprid, aripiprazol, ziprasidón	
Porucha glukózovej intolerancie		amisulprid, aripiprazol, ziprasidón	risperidón
Hyperprolaktinémia		aripiprazol, kvetiapín	klozapín, olanzapín, ziprasidón
Posturálna hypotenzia	úprava dávky	amisulprid, aripiprazol, haloperidol, sulpirid	
Predĺženie QT intervalu		aripiprazol (s monitorovaním EKG)	nízke dávky AP, ktoré nie sú kontraindikované pri predĺžení QT intervalu (s monitorovaním EKG)
Sedácia	úprava dávky	amisulprid, aripiprazol, risperidón, sulpirid	haloperidol, ziprasidón
Sexuálne dysfunkcie		aripiprazol, kvetiapín	klozapín
Tardívne dyskinézy		klozapín	aripiprazol, olanzapín, kvetiapín
Nárast hmotnosti	úprava životosprávy	amisulprid, aripiprazol, haloperidol	kvetiapín, risperidón, ziprasidón

#### Indikácie depotnej liečby


Základnou indikáciou depotnej antipsychotickej liečby pri schizofrénii je udržiavacia liečba u pacientov s opakovanými relapsami pre nonadherenciu. Zvlášť je ich indikovanie vhodné: pri anamnéze nonadherencie, závažných symptómoch, komorbidnom užívaní psychoaktívnych látok, kognitívnom postihnutí, negatívnom postoji k liečbe a chýbajúcej nozognózi.

Zásady pre používanie depotných foriem antipsychotík:



- výber depotného antipsychotika sa riadi rovnakými pravidlami ako výber orálneho AP, teda je potrebné nájsť AP so zodpovedajúcim profilom účinkov a tolerancie;
- DA1G majú vo všeobecnosti oproti DA2G vyšší potenciál k výskytu najmä extrapyramídových nežiaducich účinkov;
- potrebné je používať najnižšiu možnú dávku;
- pred podaním depotnej injekcie je potrebné podať perorálne testovaciu dávku, ideálna je však stabilizácia na perorálnej forme pred jej zmenou na depotnú formu;
- podávať depoty v najdlhšom odporúčanom intervale;
- úprava dávky až po adekvátnom čase (dosiahnutie plazmatických steady state hladín je podstatne dlhšie ako pri perorálnej liečbe - rádovo v týždňoch až mesiacoch).

Tabuľka č. 4

Prehľad dostupných depotných AP		
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP	
	SCHIZOFRÉNNIA	
DA1G / DA2G	Interval podávania	Dávka
Fluphenazin decanoát	14 - 28 dní	25 mg
Zuclopenthixol decanoát	14 - 28 dní	200 mg
Flupenthixol decanoát	14 - 21 dní	40 mg
Haloperidol decanoát	28 dní	50 mg
Risperidón mikrosféry	14 dní	25/37.5/50 mg
Olanzapín pamoát	14/28 dní	210/300/405 mg
Paliperidón palmitát	28 dní 3 mesiace	50/75/100/150 mg 175/263/350/525 mg
Aripiprazol depot	28 dní	400 mg

#### Elektrokonvulzívna terapia pri schizofrénii (Raboch, 2014)

Elektrokonvulzívna terapia je bezpečná terapeutická metóda s rýchlym terapeutickým účinkom. V súčasnosti je realizovaná v celkovej anestéze s modernými prístrojmi umožňujúcimi dávkovanie a monitorovanie tak účinnosti, ako aj nežiaducich účinkov s cieľom minimalizácie rizík aj nežiaducich účinkov.

Indikáciami ECT pri schizofrénii sú najmä perakútne stavy s ohrozením života alebo zdravia a tiež farmakorezistentné formy ochorenia, kde je jej efekt synergický s podávaním AP:

- akútna fáza,
- katatónnu symptomatiku,

- dominujúca afektívna (manická alebo depresívna) symptomatika,
- vysoké suicidálne riziko,
- psychopatológiou podmienené odmietanie stravy a tekutín,
- výhodná je aj v gravidite,
- malígny neuroleptický syndróm.

Prediktormi dobrého účinku ECT pri schizofrénii sú krátke trvanie ochorenia, epizodický priebeh, dobré premorbidné fungovanie, paranoidné a katatónne formy, pozitívne symptómy, afektívne symptómy.

### **Psychoterapia**

Psychoterapia v liečbe schizofrénnych ochorení nie je alternatívou farmakologickej liečby, ale spolu s biologicko-psychofarmakologickou liečbou účinne pomáha znížiť symptómy schizofrénie na minimum, vrátane kognitívneho deficitu.

V rámci realizácie konkrétnej psychoterapeutickej intervencie treba prihliadať na aktuálny klinický stav chorého. Či ide o pacienta v štádiu akútnej poruchy, o pacienta, ktorý nedávno prekonal akútnu epizódu, pacienta v remisii alebo pacienta stabilizovaného, ktorý sa vracia do sociálneho a pracovného života, prípadne o pacienta s ťažkým alebo rezistentným ochorením. Tiež prihliadame na to, či prevažuje pozitívna alebo negatívna symptomatika.

V psychoterapii pacientov so schizofréniou je dôležitá podporná terapia s psychoedukáciou o ochorení a liečbe. Pri poskytovaní informácií zohľadňujeme klinický stav pacienta, jeho zdroje a deficity. Edukácia redukuje úzkosť, sebaobviňovanie a beznádej a tiež môže pomôcť pacientovi rozvinúť vlastné zdroje zvládania stresu, predchádzať relapsom a znovunadobudnúť zdravé fungovanie.

V liečbe pacientov so schizofréniou je dôležitá spolupráca rodinných príslušníkov na dosiahnutie podpory chorého pri liečbe, rozpoznávaní včasných varovných signálov ako aj pri redukcii stresorov, ktoré by mohli viesť k relapsu ochorenia. Napríklad úpravou negatívnych vzorcov komunikácie v rodine chorého. Tu sa môžu využívať metódy rodinnej terapie.

Kognitívno-behaviorálna terapia (KBT) pomáha zlepšiť sociálne fungovanie chorých so schizofréniou, ako aj viesť k úprave kognitívneho deficitu, ku kontrole chronickej pozitívnej aj negatívnej symptomatiky a prevencii relapsov ochorenia. KBT k tomuto cieľu využíva viaceré vypracované metódy a stratégie ako napr. tréning sociálnych spôsobilostí, techniky sebainštrukcie, tréning izolovaných deficitov a pod.

V rámci celkového manažmentu pacienta so schizofréniou má významné postavenie komunitná starostlivosť. Predstavuje jednu z alternatív psychiatrickej starostlivosti určenú najmä pre spolupracujúcich pacientov so schizofréniou. V rámci nej sú pacienti súčasťou terapeutickej komunity, a tak v podmienkach emočnej podpory, interpersonálneho kontaktu a možnosti denného monitorovania stavu pacienta, môže byť poskytovaná účinná komplexná pomoc. Ďalšími formami komunitnej starostlivosti sú psychosociálne centrá, socioterapeutické kluby, svojpomocné skupiny. Presunutie

psychiatrickej starostlivosti z ústavnej do komunitnej starostlivosti, môže viesť nielen k zvýšeniu spokojnosti chorých a k zlepšeniu ich kvality života, ale potenciálne znižuje riziko rehospitalizácie a skracaje celkovú dĺžku pobytu na oddeleniach či v liečebniach.

## **Prognóza**

Priebeh schizofrénie je rovnako ako inter- a intraindividuálna variabilita príznakov rôznorodý.

Premorbidné štádium ochorenia nemá špecifický charakter a môže byť úplne nenápadné, vzniká u časti jedincov už v mladšom školskom veku a prejavuje sa poruchami pozornosti, výkonu v neuropsychologických testoch a sociálnym stiahnutím. V prodromálnom štádiu sa môžu nešpecifické prejavy zväzňovať, no ani v tomto štádiu nie sú špecifické väzby medzi ich prítomnosťou a prepuknutím schizofrénneho ochorenia, ktoré spĺňa diagnostické kritériá.

O schizofrénii ako duševnej poruche je možné hovoriť už od prvej schizofrénnej epizódy, jej začiatok však môže byť pozvoľný i akútne vznikajúci. Následný priebeh je variabilný od jednej epizódy s plnou úzdavou, cez pretrvávajúce postihnutie, opakované epizódy s rôznymi stupňami úzdravy až po kontinuálne varianty s prehlbovaním rezidua.

Prediktormi nepriaznivého priebehu sú familiárny výskyt ochorenia, nedostatočná úroveň premorbidnej sociálnej adaptácie, kognitívne poruchy, neurovývojové anomálie a štrukturálne anomálie mozgu, mužské pohlavie, skorší začiatok nástupu ochorenia, plazivý rozvoj ochorenia, nízky socioekonomický status, užívanie návykových látok a trvanie neliečenej psychózy.

MKCH-10 kodifikuje aj niekoľko priebehových variantov schizofrénie, ich kódovanie by však malo byť podmienené minimálnou dĺžkou trvania ochorenia jeden rok.

F20.x0 Kontinuálny (chronický)

F20.x1 Epizodický (v atakách) s postupným defektom

F20.x2 Epizodický (v atakách) so stabilným defektom

F20.x3 Epizodický s remisiami

F20.x4 Úplná remisia

F20.x5 Neúplná remisia

## **Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)**

Schizofrénia je celoživotným ochorením s vysokou tendenciou k chronickému priebehu. Podľa Zákona o sociálnom poistení č.461/2003 Z.z. predstavujú jej stredne ťažké formy mieru poklesu schopnosti zárobkovej činnosti 35-45 %, jej ťažké formy 50-80 %. V prípade dlhoročnej remisie vo vhodnom sociálnom prostredí je miera poklesu schopnosti zárobkovej činnosti 35-45 %.

Perzistencia pozitívnych príznakov schizofrénie vo forme floridného procesu alebo ťažkého defektu osobnosti predstavujú toto zníženie až na úrovni 50-80%.

## **Zabezpečenie a organizácia starostlivosti**

Ústavní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - psychiatrické nemocnice, liečebne, kliniky, oddelenia, psychiatrické stacionáre s materiálno - technickým a personálnym vybavením podľa príslušnej legislatívy - liečba schizofrénie v akútnej fáze, farmakoterapia, ECT, psychoterapia.

Ambulantní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti s materiálno - technickým a personálnym vybavením podľa príslušnej legislatívy - liečba schizofrénie v stabilizačnej a udržiavacej fáze (výnimočne v akútnej), farmakoterapia, psychoterapia.

Denné psychiatrické stacionáre - poskytovatelia ústavnej a ambulantnej psychiatrickej starostlivosti - liečba schizofrénie v stabilizačnej a udržiavacej fáze (výnimočne v akútnej), farmakoterapia, psychoterapia, psychoedukácia.

Ambulantní poskytovatelia psychologickej starostlivosti s materiálno - technickým a personálnym vybavením podľa príslušnej legislatívy - psychoterapia, psychoedukácia.

Všeobecný lekár / lekár RLP, ak zistí suspektné prejavy duševnej poruchy:  
- posúdi či pacient svojim správaním ohrozuje seba, svoje okolie alebo hrozí vážne riziko zhoršenia jeho zdravotného stavu - ak áno zabezpečí prevoz pacienta do psychiatrického (ambulantného alebo ústavného) zariadenia cestou RZP (v prípade potreby i s asistenciou PZ);  
- ak takéto riziko nehrozí, odošle pacienta na ambulantné psychiatrické vyšetrenie.

Pred prevozom pacienta do psychiatrického zariadenia musí všeobecný lekár /lekár RZP vylúčiť eventuálne akútne somatické príčiny zmeny psychického stavu (napr. intoxikácia, akútne telesné ochorenie), ak je príčinou stavu somatické ochorenie postupuje podľa príslušného štandardu. Definitívne posúdenie rizika ohrozovania seba/okolia/vážneho zhoršenia zdravotného stavu je výlučne v kompetencii psychiatra.

Ak sa všeobecný lekár / psychiater dozvie okolnosti (napr. od príbuzných pacienta, inštitúcií etc.) svedčiace o tom, že človek pod vplyvom duševnej poruchy svojim správaním ohrozuje seba/svoje okolie alebo hrozí vážne zhoršenie jeho stavu, zabezpečí prevoz pacienta do psychiatrického (ambulantného alebo ústavného) zariadenia cestou RZP (v prípade potreby i s asistenciou PZ). Vo fáze stabilizácie po doporučení psychiatrom možné manažovanie pacienta v úzkom kontakte so psychiatrom. Komunitná starostlivosť - predstavuje jednu z alternatív psychiatrickej starostlivosti určenú najmä pre spolupracujúcich pacientov so schizofréniou. V rámci nej sú pacienti súčasťou terapeutickej komunity, a tak v podmienkach emočnej podpory, interpersonálneho kontaktu a možnosti denného monitorovania stavu pacienta, môže byť poskytovaná účinná komplexná liečba.

Ďalšími formami komunitnej starostlivosti sú psychosociálne centrá, socioterapeutické kluby, svojpomocné skupiny. Presunutie psychiatrickej starostlivosti z ústavnej do komunitnej starostlivosti, môže viesť nielen k zvýšeniu spokojnosti chorých a k zlepšeniu ich kvality života, ale potenciálne znižuje riziko rehospitalizácie a skracuje celkovú dĺžku pobytu na oddeleniach či v liečebniach.

Farmakologická liečba a manažment pacienta so schizofréniou vzhľadom k tomu, že ide o najzávažnejšiu duševnú poruchu s tendenciou k chronicite, patrí výlučne do rúk psychiatra.

Riziká liečby antipsychotikami manažuje výlučne psychiater, v prípade eventuálnych interakcií inej terapie všeobecný lekár /lekár špecialista konzultuje psychiatra.

## **Ďalšie odporúčania**

Moderná psychiatrická starostlivosť je zameraná sociálne, preto liečbu, doliečovanie a rehabilitáciu zabezpečujeme s cieľom pacienta integrovať späť do spoločnosti. Čo najkratšia hospitalizáciu na akútnom oddelení pokračuje doliečovaním na oddelení s psychoterapeutickým režimom a rehabilitáciou alebo v dennom psychiatrickom stacionári.

Indikáciou pre liečbu v dennom psychiatrickom stacionári resp. v komunitných zariadeniach je obdobie stabilizačnej fázy - teda obdobie 6 mesiacov po prekonaní akútneho ataku schizofrénie a tiež liečba samotného ataku v prípade, že tieto symptómy sú mierne až stredne závažné a súčasne nie je prítomné riziko ohrozenia zdravia či života pod vplyvom duševnej poruchy.

V rámci stacionárnej liečby sú pacienti súčasťou terapeutickú komunity, a tak v podmienkach emočnej podpory, interpersonálneho kontaktu a možnosti denného monitorovania stavu pacienta, môže byť poskytovaná účinná komplexná psychologická pomoc.

V súčasnosti v procese rehabilitácie a resocializácie chorých so schizofréniou majú veľký význam psychoedukačné programy zamerané na celú rodinu, ako aj programy zamerané na nácvik sociálnych spôsobilostí. Len komplexná a systematická liečba môže priaznivo ovplyvniť celkový priebeh a prognózu ochorenia z okruhu schizofrénie.

## **Alternatívne odporúčania**

Integrálnou súčasťou komplexného bio-psycho-sociálneho prístupu k liečbe schizofrénie sú (ako doplnok k farmakoterapii a psychoterapii) psychosociálne intervencie najmä v oblasti psychosociálnej rehabilitácie.

## **Špeciálny doplnok štandardu**

**Informovaný súhlas a postup pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti bez súhlasu a návrh prekladového listu medzi ústavnou a ambulantnou starostlivosťou.**

**Informovaný súhlas pri diagnostike a liečbe schizofrénie:**

Každý zdravotnícky pracovník je povinný poučiť pacienta pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytovanej zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Túto povinnosť

upravuje zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Pri liečbe schizofrénie sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke [www.udzs-sk.sk](http://www.udzs-sk.sk)).

Osobitný informovaný súhlas sa vyžaduje pri liečbe schizofrénie v rámci terapeutických úkonov pre podávanie elektrokonvulzívnej terapie.

Súhlas pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa nevyžaduje v prípadoch stanovených v §. 6 ods. 9 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len "zákon č. 576/2004 Z. z.") teda v prípade schizofrénie ak

- ide o ochranné liečenie uložené súdom (§6 ods. 9 písm. b) Zákona č. 576/2004 Z. z.) alebo
- ide o poskytovanie ambulantnej starostlivosti alebo ústavnej starostlivosti, ak ide o osobu, ktorá v dôsledku duševnej choroby alebo s príznakmi duševnej poruchy ohrozuje seba alebo svoje okolie, alebo ak hrozí vážne zhoršenie jej zdravotného stavu (§6 ods. 9 písm. d) zákona č. 576/2004 Z. z.).

### **Postup pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa §6 ods. 9 písm. d zákona č. 576/2004 Z. z.**

Podľa §253 zákona č. 161/2015 Z. z. Civilného mimosporového poriadku zdravotnícke zariadenie, v ktorom je osoba umiestnená z dôvodov uvedených v osobitnom predpise, je povinné oznámiť súdu do 24 hodín prevzatie umiestneného bez jeho informovaného súhlasu. Oznamovaciu povinnosť má zdravotnícke zariadenie aj vtedy, ak umiestnený svoj informovaný súhlas odvolá, a to do 24 hodín od odvolania informovaného súhlasu. Ak je umiestnený, ktorý bol prijatý do zdravotníckeho zariadenia s informovaným súhlasom, obmedzený vo voľnom pohybe alebo styku s vonkajším svetom, je toto zdravotnícke zariadenie povinné urobiť oznámenie podľa odseku 1 do 24 hodín od takého obmedzenia.

### **Návrh prekladového listu medzi ústavnou a ambulantnou starostlivosťou**

Prekladový list medzi ústavnou a ambulantnou starostlivosťou by mal obsahovať informácie o zdravotnom stave v rozsahu:

1. dôvod hospitalizácie,
2. popis klinického stavu pri prijatí,
3. diagnostické intervencie,

4. terapeutické intervencie vrátane nefarmakologických,
5. popis klinického stavu pri prepustení,
6. diagnostický záver (len pre schizofréniu vrátane 5 miestneho kódu popisujúceho priebehové charakteristiky ochorenia),
7. odporúčenie diagnostických a terapeutických postupov po prepustení vrátane odporúčenia pre sledovanie NÚL a prípadných interakcií liečiv.

## **Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu**

Prvý audit a revízia po 1.roku, následne každých 5 rokov. Audit v prípade vydania novej revízie medzinárodnej klasifikácie chorôb.

## **Literatúra**

APA 2004: Practice guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia, Second Edition, *Am J Psychiatry*. 2004 Feb;161(2 Suppl):1-56. PMID: 15000267

GELDER, M.G., 2012. *New Oxford textbook of psychiatry*. 2nd ed. Oxford; New York: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-969675-8. RC454 .N477 2012

HASAN, A.; FALKAI, P.; WOBROCK, T.; LIEBERMAN, J.; GLENTHOJ, B.; GATTAZ, W.F.; THIBAUT, F.; MÖLLER, H.-J. y THE WFSBP TASK FORCE ON TREATMENT GUIDELINES FOR SCHIZOPHRENIA, 2012. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 1: Update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance. *The World Journal of Biological Psychiatry*, vol. 13, no. 5, pp. 318-378. ISSN 1562-2975, 1814-1412. DOI 10.3109/15622975.2012.696143.

JAREMA, M.; WICHNIAK, A.; DUDEK, D.; SAMOCHOWIEC, J.; BIENKOWSKI, P. y RYBAKOWSKI, J., 2015. Guidelines for the use of second-generation long-acting antipsychotics. *Psychiatria Polska*, vol. 49, pp. 225-241. ISSN 0033-2674. DOI 10.12740/PP/39370.

KANE, J.M. y GARCIA-RIBERA, C., 2009. Clinical guideline recommendations for antipsychotic long-acting injections. *The British Journal of Psychiatry*, vol. 195, no. 52, pp. S63-S67. ISSN 0007-1250. DOI 10.1192/bjp.195.52.s. 63.

KOŘÍNKOVÁ, V.; IZÁKOVÁ, E.; KORCSOG, P.; ŠUBA, J.; VAVRUŠOVÁ, L., 2014. Racionálna liečba antipsychotikami. *Štandardný diagnostický a terapeutický postup 60. metodický list racionálnej farmakoterapie*, vol. 17, no. 4-6, pp. 1-16.

LEHMAN, A.F.; LIEBERMAN, J.A.; DIXON, L.B.; MCGLASHAN, T.H.; MILLER, A.L.; PERKINS, D.O.; KREYENBUHL, J.; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION y STEERING COMMITTEE ON PRACTICE GUIDELINES, 2004. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. *The American Journal of Psychiatry*, vol. 161, no. 2 Suppl, pp. 1-56. ISSN 0002-953X.

LLORCA, P.M.; ABBAR, M.; COURTET, P.; GUILLAUME, S.; LANCRENON, S. y SAMALIN, L., 2013. Guidelines for the use and management of long-acting injectable antipsychotics in serious mental illness. *BMC Psychiatry*, vol. 13, pp. 340. ISSN 1471-244X. DOI 10.1186/1471-244X-13-340.

*MKCH – 10. Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov. 10. revízia.*, 1993. S.l.: Obzor. ISBN 80-215-0249-5.

NICE guideline: *Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management*, 2014 ISBN: 978-1-4731-0428-0

Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky k používaniu obmedzovacích prostriedkov u pacientov v zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich psychiatrickú starostlivosť. Číslo: 13787/2009-OZS

PEČEŇÁK, J. a kol., 2005. *Kapitoly o schizofrénii*. Martin: Osveta.

PEČEŇÁK, J.; KOŘÍNKOVÁ, V. y ET AL., 2016. *Psychofarmakológia*. Bratislava: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-8168-978-80-8168-542-2.

RABOCH, J. PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP, 2010. *Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče III*. Brno: Tribun EU. ISBN 978-80-7399-984-1.

RABOCH, J.; UHLÍKOVÁ P.; P. HELLEROVÁ ANDERS, M. a ŠUSTA M., 2014. *PSYCHIATRIE: Doporučené postupy psychiatrické péče IV*. B.m.: Psychiatrická společnost ČLS JEP. ISBN 978-80-260-5792-5.

Royal College of Psychiatrists. *Consensus statement on high-dose antipsychotic medication (Council Report 138)*. 2006. London, Royal College of Psychiatrists. (<http://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/CR190.pdf>)

SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A. y KAPLAN, H.I., 2009. *Kaplan & Sadock's concise textbook of child and adolescent psychiatry*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-0-7817-9387-2.

SEIFERTOVÁ, D., 2008. *Postupy v léčbě psychických poruch: Algoritmy České neuropsychofarmakologické společnosti*. Praha: Academia Medica Pragensis v nakl. Medical Tribune CZ. ISBN 978-80-87135-10-5.

TAYLOR, D.; PATON, C. y KAPUR, S., 2015. *The Maudsley prescribing guidelines in psychiatry*. 12th edition. Chichester, West Sussex ; Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc. ISBN 978-1-118-75460-3. RC483

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, Vestník MZ SR, Ročník 56, Čiastka 32-51, 2008

Zákon o sociálnom poistení 461/2003 Z.z.



**Poznámka:**

*Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.*

*Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.*

**Účinnosť**

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 1. januára 2019.

**Andrea Kalavská, v. r.**

**ministerka**