



Názov:

**Komplexný manažment pacienta
so schizoafektívnymi poruchami – 1. revízia**

Autori:

**MUDr. Marek Zelman
PhDr. Katarína Kubašovská
MUDr. Dagmar Breznoščáková, PhD.**

Špecializovaný odbor:

Psychiatria

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) 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 vydáva štandardný postup:

Komplexný manažment pacienta so schizoafektívnymi poruchami – 1. revízia

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia Komisii MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
0012	15. február 2018	schválené	1. január 2019
0012R1	24. október 2023	schválené	15. november 2023

Autori

MUDr. Marek Zelman; PhDr. Katarína Kubašovská; MUDr. Dagmar Breznoščáková, PhD.

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 príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; doc. MUDr. Alexandra Krištúfková, PhD.; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP, FEFIM

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Ingrid Dúbravová; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc, PhD.; MUDr. Darina Haščíková, MPH; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubíško, PhD., mim. prof.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; doc. MUDr. Alexandra Krištúfková, PhD.; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; PhDr. Mária Lévyová; MUDr. Boris Mavrodiev; Mgr. Katarína Mažárová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP, FEFIM; Mgr. Renáta Popundová; MUDr. Jozef Pribula, PhD., MBA; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; PharmDr. Ellen Wiesner, MSc.; MUDr. Andrej Zlatoš

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Ing. Peter Čvapek, MBA, MPH; Mgr. Barbora Vallová; Mgr. Ludmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; Ing. Petra Hullová; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD., MHA; Ing. Katarína Krkošková; Mgr. Miroslav Hečko; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Martina Šimonovičová

Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom: „Tvorba nových a inovovaných štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe” (kód NFP312041J193)

Kľúčové slová

schizoafektívna porucha, antipsychotiká, stabilizátory nálady, antidepresíva, elektrokonvulzívna terapia

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

A1G/A2G	antipsychotiká 1. a 2. generácie
AD	antidepresíva
AP	antipsychotiká
CT	počítačová tomografia
ECT	elektrokonvulzívna terapia
EEG	elektroencefalografia
MKCH-10	medzinárodná klasifikácia chorôb. 10. decenálna revízia
MR	magnetická rezonancia
PET	pozitronová emisná tomografia
SN	stabilizátory nálady

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatria (psychiater) - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, administrácia krokov pri hospitalizácii bez súhlasu, 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.

Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, realizácia ECT (po zaškolení).

Psychológ - realizácia psychodiagnostiky a psychoterapie.

Sestra - podávanie farmakoterapie, podávanie depotných AP (po zaškolení), ošetrovateľské postupy.

Anesteziológ - podávanie celkovej anestézy pri realizácii ECT.

Úvod

Schizoafektívna porucha patrí medzi epizodické duševné poruchy, pri ktorých sa objavujú ako schizofrénne tak aj afektívne príznaky tak, že nie je možné stav diagnostikovať ako schizofréniu, ani ako manickú či depresívnu epizódu. Tieto príznaky sa môžu, ale nemusia vyskytovať súčasne. V rôznom čase teda môžu dominovať schizofrénne alebo afektívne symptómové klastre.

Pojem **akútna schizoafektívna psychóza** použil prvýkrát Kasanin (Kasanin 1933) pre formu schizofrénneho ochorenia, ktoré má relatívne lepšiu prognózu a je sprevádzané afektívnymi príznakmi a niekedy aj zmätenosťou, prípadne inými známkami poruchy kvality vedomia.

Štandardizovaný postup Komplexný manažment pacienta so **schizoafektívnou poruchou** prináša ucelený manuál pre dodržanie potrebných postupov v diagnostike a terapii schizoafektívnej poruchy, 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

Špecifická *primárna prevencia* schizoafektívnej poruchy nie je možná.

Sekundárna prevencia zahŕňa jej včasnú diagnostiku a včasné zahájenie adekvátnej liečby a v rámci *terciárnej prevencie* sú to terapeutické intervencie zvyšujúce adhérenciu k liečbe pre zabránenie relapsom ochorenia.

Epidemiológia

Celoživotná prevalencia schizoafektívnej poruchy je približne 0,3 % populácie. Odhady prevalencie v staršej literatúre (Perala, 2007) sa rôznia na vrub inkonzistencie diagnostických kritérií v starších klasifikáciách. Vyskytuje sa pravdepodobne častejšie u žien ako u mužov (0,47 % vs. 0,14 %).

Patofyziológia

Etiopatogenetický mechanizmus vzniku schizoafektívnej poruchy nie je známy. Etiologické diskusie zaoberajúce sa príbuznosťou, resp. odlišnosťami, schizoafektívnej poruchy a schizofrénie, resp. bipolárnej afektívnej poruchy, nie sú uzavreté. Uvažuje sa o celom spektre možností: môže ísť o formu schizofrénie, o formu afektívnej poruchy, o úplne odlišnú formu psychózy, kontinuum psychotických prejavov od schizofrénneho po bipolárny pól, resp. o heterogénny súbor "interforiem" medzi týmito dvomi pólmi. Genetické a familiárne štúdie potvrdzujú heterogenitu schizoafektívnej poruchy v súčasnom klasifikačnom ponímaní.

Klasifikácia

Klasifikácia schizoafektívnej poruchy je determinovaná v súčasnosti platnou Medzinárodnou klasifikáciou chorôb (10. revízia), operacionálne všeobecné kritériá sú popísané v kapitole Klinický obraz. Diagnostika je postavená na súčasnej prítomnosti afektívnych a schizofrénnych príznakov v priebehu tej istej epizódy, pričom minimálne istý čas sa musia vyskytovať súčasne.

Kasanin, ktorý ako prvý zaviedol pojem akútnej schizoafektívnej psychózy, popísal skupinu pacientov s rýchlym nástupom emočného nepokoja a psychotickými symptómami, ktoré sa však upravili v priebehu niekoľkých týždňov až mesiacov.

MKCH-10 rozlišuje tri typy poruchy:

F 25.0 manický typ

F 25.1 depresívny typ

F 25.2 zmiešaný typ

Literárne údaje poukazujú na mierne lepšiu prognózu bipolárneho typu oproti depresívnemu.

Klinický obraz

Klinický obraz schizoafektívnej poruchy je heterogénny, vyznačuje sa najmä významnou intravariabilitou.

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

Všeobecné kritériá MKCH-10 pre schizoafektívnu poruchu:

G1) Porucha spĺňa kritériá pre jednu z afektívnych porúch (F30, F31, F32) stredného alebo ťažkého stupňa tak, ako sú špecifikované pre každú kategóriu.

G2) Po väčšinu času v priebehu najmenej dvoch týždňov sa musia vyskytovať príznaky najmenej z jednej nižšie uvedenej skupiny /ide o príznaky takmer rovnaké ako pri schizofrénii (G1a-d, G1b-c pre F 20.0 - F 20.3)/:

- a) ozvučovanie myšlienok, vkladanie alebo odnímanie myšlienok, odoberanie myšlienok, vysielanie myšlienok;
- b) bludy kontrolovania, ovplyvňovania alebo ovládania, zreteľne sa prejavujúce pohyby tela a končatín alebo zvláštne myšlienky, činnosti alebo pocity, bludné vnímanie;
- c) halucinácie hlasov, ktoré komentujú pacientove konanie alebo o ňom medzi sebou hovoria alebo iné typy hlasov, ktoré prichádzajú z niektorých častí tela;
- d) neustále bludy iných typov, ktoré nemôžu byť kultúrne podmienené a sú úplne neprimerané, ako je náboženská alebo politická identita, nadľudská moc alebo schopnosť (napr. schopnosť ovplyvňovať počasie alebo byť v spojení s mimozemšťanmi).

G3) Kritériá G1 a G2 musia byť splnené v priebehu tej istej epizódy poruchy a aspoň po určitý čas trvania epizódy musia byť súbežné. Príznaky kritérií G1 a G2 musia byť v klinickom obraze zreteľne vyjadrené.

G4) Najčastejšie vylučovacie kritériá: Porucha sa nedá pripísať organickej duševnej poruche (v zmysle F 00-F09) ani intoxikácii psychoaktívnou látkou, závislosťou od nej alebo jej odňatiu.

Schizoafektívna porucha, manický typ (F 25.0), je porucha, pri ktorej sú v tej istej epizóde rovnako zastúpené schizofrénne a manické príznaky.

Podľa MKCH-10 musia byť splnené všeobecné kritériá pre schizoafektívnu poruchu (F25) a súčasne musia byť splnené kritériá pre manickú poruchu (F30.1 alebo F31.1).

Schizoafektívna porucha, depresívny typ (F25.0) je porucha, pri ktorej sú v tej istej epizóde rovnako zastúpené schizofrénne a depresívne príznaky.

Podľa MKCH-10 musia byť splnené všeobecné kritériá pre schizoafektívnu poruchu (F25) a súčasne musia byť splnené kritériá pre aspoň stredne ťažkú depresívnu poruchu (F31.3, F31.4, F32.1 alebo F32.2).

Schizoafektívna porucha, zmiešaný typ (F25.0), je porucha, pri ktorej sa schizofrénne príznaky vyskytujú spoločne so zmiešanou bipolárnou afektívnou poruchou (F31.6).

Podľa MKCH-10 musia byť splnené všeobecné kritériá pre schizoafektívnu poruchu (F25) a súčasne musia byť splnené kritériá pre zmiešanú bipolárnou afektívnu poruchu.

Diagnostika (postup určenia diagnózy)

Diagnostika schizoafektívnej poruchy 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 schizoafektívnu poruchu podľa MKCH-10.

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).

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

a) *Schizofrénia a iné poruchy zo schizofrénneho spektra:*

- Schizofrénia (najmä postschizofrénna depresia)
- Akútna prechodná psychotická porucha
- Schizotypová porucha - Trvalá porucha s bludmi

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

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

c) *Poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím (užívaním) psychoaktívnych látok (F10 - F19):*

- Abstinenčný syndróm s delíriom,
 - Psychotické poruchy,
 - Reziduálna a neskoro nastupujúca psychotická porucha.
- d) *Afektívne poruchy (F30 - F33):*
- Manická epizóda bez a s psychotickými príznakmi,
 - Bipolárna afektívna porucha, terajšia fáza manická,
 - Bipolárna afektívna porucha, terajšia fáza hlbokej depresie a depresie s psychotickými príznakmi,
 - Depresívna epizóda a recidivujúca depresívna porucha ťažkého stupňa a depresie s psychotickými príznakmi.

e) *Poruchy osobnosti:*

- Paranoidná,
- Hraničná – emočne nestabilná.

K základným diagnostickým metódam patria okrem vlastného komplexného psychiatrického vyšetrenia:

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


1. Psychodiagnostika je štandardnou súčasťou diagnostiky schizoafektívnej poruchy. Jej prínos je najmä:

- a) spresnenie diagnostickej istoty psychiatrického vyšetrenia (napr. pri špecifických znakoch v projektívnych metódach);
- b) posúdenie 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*).

Tabuľka č. 1

 Odporúčanie pre sledovanie pacientov pri užívaní antipsychotík		
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 a 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 je vyšetrenie glykémie, krvného obrazu a diferenciálu, 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, hormónov (napr. hormóny štítnej žľazy, prolaktín, testosterón). 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 - 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 odlíšenie 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 schizoafektívnej poruchy musí byť komplexná, zahŕňa biologickú liečbu (farmakoterapiu, elektrokonvulzívnu terapiu), psychoterapeutické a psychosociálne intervencie.

Psychofarmakologická liečba (Gelder 2012) zahŕňa liečbu symptómov schizofrénneho spektra i fektívnych prejavov, pričom sa riadi dominujúcimi symptómami:

- 1) Výber antipsychotika /AP/ sa riadi rovnakými pravidlami ako výber AP pri liečbe schizofrénie.
- 2) Pri výskyte manických príznakov je indikovaná kombinácia AP a stabilizátora nálady /SN/. Výber SN sa riadi rovnakými pravidlami ako pri liečbe mánie v rámci bipolárnej afektívnej poruchy.
- 3) Pri výskyte depresívnych príznakov je indikovaná kombinácia AP a antidepresíva /AD/. Výber AD sa riadi rovnakými pravidlami ako výber AD pri liečbe depresívnej poruchy. Liečba

samotnými AD pri liečbe depresívneho typu schizoafektívnej poruchy nestačí na potlačenie psychotických prejavov a musia byť kombinované s AP.

- 4) Pri zlyhaní kombinácie AP a AD pri liečbe depresívneho typu poruchy je indikovaná ich kombinácia so SN.
- 5) Indikáciami elektrokonvulzívnej terapie pri schizoafektívnej poruche (Baghai 2008) sú najmä dominujúce afektívne symptómy analogicky ako pri afektívnych poruchách, perakútne stavy s ohrozením života alebo zdravia (suicidálne riziko, patologické odmietanie potravy a tekutín) a tiež farmakorezistentné formy ochorenia, kde je jej efekt synergický s podávaním AP, SN a AD.

Pri schizoafektívnej poruche je **psychoterapia** súčasťou celkovej liečby.

V psychoterapii schizoafektívnej poruchy (Havlíková 2007, Krajčovičová 2004) sa využívajú skôr postupy špecifické pre schizofréniu, no podľa individuálneho posúdenia pacienta – jeho schopností a prevahy klinického obrazu je možné zakomponovať aj časti terapie bipolárnej afektívnej poruchy (edukácia pacienta a jeho príbuzných o ochorení a liečbe, včasná detekcia varovných symptómov, kognitívna liečba zameraná na afektívny alebo schizofrénny komponent, rodinné intervencie s cieľom znižovania stresogénnych faktorov ako prevencie relapsov a pod.).

Prognóza

Typický priebeh schizoafektívnej poruchy je v atakoch s remisiami. Jej prognóza je lepšia ako pri schizofrénií, avšak horšia ako pri afektívnych poruchách.

Formy ochorenia s dominanciou psychotických príznakov z oblasti schizofrénneho spektra majú horšiu prognózu. Prediktormi horšieho priebehu schizoafektívnej poruchy sú perzistujúce psychotické symptómy, vyššia miera príznakov pretrvávajúcich medzi epizódami, horšie premorbidné fungovanie, vyššie zastúpenie schizofreniformných príznakov a prítomnosť zmiešaných epizód.

Stanovisko expertov

Schizoafektívna porucha je celoživotným ochorením prebiehajúcim typicky v atakoch. Podľa novely Prílohy č. 4 - percentuálna miera poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť, k zákonu č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov, ktorá je v platnosti od 1. augusta 2023, ľahké formy ochorenia nepodmieňujú invaliditu. Pri stredne ťažkých formách je rozpätie miery poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť určené hodnotou 45 % - 60 % a pri ťažkých formách v rozpätí 65 % - 80 %.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Ústavní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - psychiatrické nemocnice, liečebne, kliniky, oddelenia, psychiatrické stacionáre s materiálo - technickým a personálnym vybavením podľa príslušnej legislatívy - liečba pacientov s atakom schizoafektívnej poruchy, farmakoterapia, ECT, psychoterapia.

Ambulantní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti s materiálo - technickým a personálnym vybavením podľa príslušnej legislatívy - dlhodobá liečba pacientov so schizoafektívnou poruchou, farmakoterapia, psychoterapia.

Denné psychiatrické stacionáre - poskytovatelia ústavnej a ambulantnej psychiatrickej starostlivosti - liečba akútnych a prechodných psychotických porúch 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 menežovanie pacienta v úzkom kontakte so psychiatrom.

Komunitná starostlivosť - predstavuje jednu z alternatív psychiatrickej starostlivosti určenú najmä pre spolupracujúcich pacientov s akútnymi a prechodnými psychotickými poruchami. V rámci nej sú pacienti súčasťou terapeutickkej 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 schizoafektívnou poruchou vzhľadom k tomu, patrí výlučne do rúk psychiatra. Riziká liečby antipsychotikami menežuje výlučne psychiater, v prípade eventuálnych interakcií inej terapie všeobecný lekár /lekár špecialista konzultuje psychiatra.

Ďalšie odporúčania

Indikáciou pre liečbu v dennom psychiatrickom stacionári, resp. v komunitných zariadeniach, je obdobie po zvládnutí akútneho ataku schizoafektívnej poruchy do 6 mesiacov po prekonaní akútneho ataku a tiež liečba samotného ataku v prípade, že sú jeho symptómy 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 terapeutickkej 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 schizoafektívnou poruchou 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 pacientov so schizoafektívnou poruchou.

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Farmakologická liečba a manažment pacienta so schizoafektívnou poruchou patrí výlučne do rúk psychiatra.

Alternatívne odporúčania

Integrálnou súčasťou komplexného bio-psycho-sociálneho prístupu k liečbe schizoafektívnej poruchy 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 schizoafektívnej poruchy:

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 v znení neskorších predpisov (ďalej len "zákon č. 576/2004 Z. z.").

Pri liečbe schizoafektívnej poruchy sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke www.udzs-sk.sk).

Osobitný informovaný súhlas sa vyžaduje pri liečbe schizoafektívnej poruchy 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., teda v prípade schizoafektívnej poruchy 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
7. odporúčanie diagnostických a terapeutických postupov po prepustení vrátane odporúčania pre sledovanie NÚL a prípadných interakcií liečiv

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý audit a revízia po 1. roku, následné každých 5 rokov.

Audit a revízia v prípade vydania novej revízie medzinárodnej klasifikácie chorôb.

Literatúra

1. Baghai, T. C.; Möller, H. J. (2008) Electroconvulsive therapy and its different indications. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 10 (1); 105-117.
2. Gelder, M. G. et al. (2012) *New Oxford Textbook of Psychiatry, Second Edition*, Oxford University Press, ISBN: 978-0-19-9696675-8.
3. Havlíková, V.; Hašto, J. (2007) Personálna terapia schizofrénii a príbuzných ochorení: Konceptia individualizovaného prístupu G. E. Hogartyho: *Psychiatria, psychoterapia, psychosomatika*, 14, č.4, 185-193.
4. Kasanin, J. (1933) The acute schizoaffective psychoses. *The American Journal of Psychiatry*, 13, s. 97-126. (Chap. 2). <https://doi.org/10.1176/ajp.90.1.97>
5. Krajčovičová, D. (2004) Nefarmakologické možnosti ovplyvnenia porúch kognitívnych funkcií a sociálnych spôsobilostí pri schizofrénii. *Psychiatria pre prax*. 2004, 252-254.
6. Lieberman, R. P.; DeRisi, W. J.; Mueser, K. T (1989) Tréning sociálnych spôsobilostí u psychiatrických pacientov.
7. MKCH 10 - Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov. 10. revízia. 1. diel. (1993) Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky. Bratislava: Obzor, ISBN: 8021502495.
8. Mořovský, B. (2011) Schizoafektívna porucha - stabilná diagnóza? *Psychiatria pre prax*, 12 (1), 6-8. Mořovský, B. (2010) Manažment liečby pacienta so schizofréniou. *Psychiatria pre prax*, 7 (4), 174-179.
9. Mořný, P.; Praško, J. (1999). *Kognitívne-behaviorálna terapia: Úvod do teorie a praxe*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-038-6.
10. Perala et al. (2007) Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch gen psych* 2007; 64: 19-28.
11. Royal College of Psychiatrists (2006) Consensus statement on high-dose antipsychotic medication (CouncilReport 138). London, RoyalCollegeofPsychiatrists. (<http://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/CR190.pdf>)
12. 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.
13. Zákon o sociálnom poistení 461/2003 Z.z
14. Wright, J. H.; Basco, M. R.; Thase, M. E. (2009) *Učenie sa kognitívno-behaviorálnej psychoterapii*. Ilustrovaný sprievodca. Trenčín: Vydavateľstvo F. ISBN 978-80-88952-53-4.

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 15. novembra 2023.

Zuzana Dolinková
ministerka zdravotníctva