

OBEČNÁ PSYCHIATRIE 2025

(1) Vnímání a jeho poruchy	2
(2) Intelekt a jeho poruchy	4
(3) Paměť a její poruchy	5
(4) Poruchy pozornosti	6
(5) Poruchy myšlení (rozdělení poruch myšlení, kvantitativní a formální poruchy)	7
(6) Bludy	8
(7) Vtíravé myšlenky - jevy	9
(8) Poruchy emotivity a nálady	10
(9) Poruchy pudu obživného	12
(10) Poruchy pudu sebezáchovy	13
(11) Poruchy jednání a vůle	14
(12) Katatonní syndrom	15
(13) Poruchy vědomí a orientace	16
(14) Hospitalizace bez souhlasu, léčba bez souhlasu, negativní reverz	17
(15) Způsobilost k právním úkonům, soudně znalecká činnost v psychiatrii, způsobilost k řízení motorových vozidel, držení zbrojního pasu	19
(16) Vyšetření duševně nemocného (principy, zdroje informací, vedení vyšetření)	20
(17) Simulace, agravace a disimulace duševních chorob a poruch	22
(18) Význam laboratorních a zobrazovacích vyšetřovacích metod v psychiatrii, příklady využití	23
(19) Genetické faktory, psychologické modely, neurobiologické modely v etiopatogenezi duševních nemocí	24
(20) Psychoterapie	25
(21) Dynamická psychoterapie - principy, indikace	26
(22) Kognitivně-behaviorální terapie - principy, indikace	27
(23) Krizová intervence - principy, indikace	28
(24) Elektrokonvulzivní terapie	29
(25) Psychostimulancia	30
(26) Anxiolytika a hypnotika	31
(27) Kognitiva a nootropní psychofarmaka	32
(28) Lithium a jeho léčebné využití v psychiatrii	33
(29) Antidepresiva - dělení a indikace + (30) Antidepresiva - nežádoucí účinky a interakce	34
(31) Antipsychotika - dělení a indikace +	37
(32) Antipsychotika - nežádoucí účinky a interakce	37
(33) Stabilizátory nálady - indikace, nežádoucí účinky a interakce	39
(34) Neuroleptický maligní syndrom	40
(35) Anticholinergní a serotoninový syndrom při léčbě psychofarmaky	41

Vypracováno z:

- HOSÁK, Ladislav. Psychiatrie a pedopsychiatrie. Druhé vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2021. 647 stran. ISBN 978-80-246-5088-3.
- Materiály ze seminářů a přednášek kliniky.
- Případné další zdroje vždy uvedeny v poznámce pod čarou.

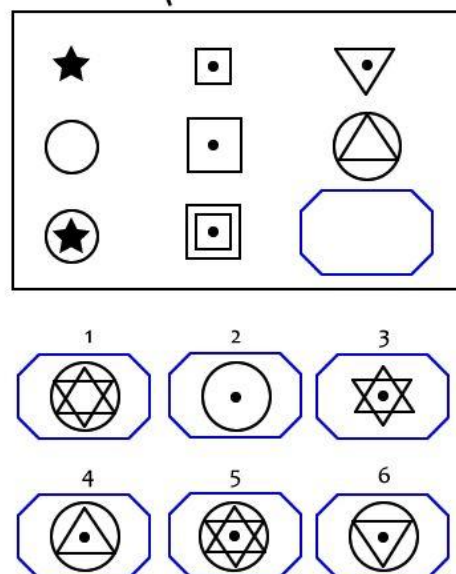
(1) Vnímání a jeho poruchy

- vnímání = složka lidské psychiky, **odraz reality** (získávané receptory a smyslovými orgány) **v našem vědomí**
- vyšetřujeme **přímým dotazem** nebo pomocí tzv. nonverbálních projevů halucinací (**halucinatorní chování** - pacient hovoří s hlasy, pátrá po jejich zdroji v místnosti, zacpává si uši, má naslouchací postoj...)
- KVANTITATIVNÍ poruchy
 - **snížená vnímavost** - při únavě
 - **zvýšená vnímavost** - u hypochondrické poruchy (nadměrná koncentrace na tělesné pocity)
- KVALITATIVNÍ poruchy
 - **iluze** = vnější podnět je přítomný, ale vjem z něho je zkreslený (vidění postavy v rohu místnosti místo věšáku na kabáty) - při únavě, po halucinogenech
 - **pseudohalucinace / pseudoiluze** = nemocný si racionálně uvědomuje nereálnost smyslového vjemu (že jde o halucinaci při schizofrenii / iluzi po halucinogenu)
 - **halucinace** = vjem nemá žádný vnější podnět
 - **sluchové** - nejčastější, obvykle "hlasy" hovořící k pacientovi :
 - imperativní, pokud něco nařizují
 - teleologické, pokud něco radí
 - antagonistické, pokud jich je více a odporují si navzájem
 - **zrakové** - méně časté, pacient může vidět:
 - zoopsie = zvířata
 - malé (mikropsie) či velké objekty (makropsie)
 - sám sebe = autoskopické halucinace
 - typické pro neuropsychiatrická onemocnění:
 - **u delirií (!)**
 - poškození okcipitálního laloku ("hemianoptická halucinace" = pacient halucinuje ve slepé části zorného pole)
 - poškození v oblasti pontu ("Pickovy vize" = dojem, že se bortí a křiví stěny a lidé jimi prostupují)
 - **čichové** nebo **chuťové** - při epilepsii nebo nádorech mozku
 - **taktilní** - pociťuje dotyky, někdy i sexuální, např. u psychotiků
 - **intrapsychické** - pocit, že mu někdo vkládá myšlenky do hlavy nebo je z ní bere, významný příznak schizofrenie
 - **kombinované** - u schizofrenie nebo intoxikace halucinogeny
 - pár dalších halucinací pro fajnšmekry:
 - viscerální - pociťuje změny ve vnitřních orgánech (červy lezoucí v jeho játrech)
 - pohybové - někdo mu pohybuje částmi těla
 - verbálně-motorické - někdo mluví jeho ústy
 - graficko-motorické - někdo vede jeho ruku při psaní
 - inadekvátní - vnímá, ale jiným orgánem ("vidí srdcem")
 - negativní - nevnímá skutečné vnější podněty

(2) Intelekt a jeho poruchy

- **intelligence** = psychická rozumová schopnost adaptovat se na nové problémy a podmínky života **v praktických aspektech** (tzn. poznávat okolí, poznatky interpretovat a použít je ve svůj prospěch) **X intelekt** = rozumová schopnost člověka řešit **teoretické problémy**
 - složky intelektu: verbální, nonverbální a sociální
 - výše popisována **intelligenčním kvocientem** (IQ, výsledek inteligenčního testu dané osoby, dělený statistickým průměrem dané populace a vynásobený stem)
 - *Wechslerův test* pro verbální složku, *Ravenův test* pro neverbální složku
 - “**průměrné**” IQ: **91-110** bodů
 - “nadprůměrné” IQ do 140, od 140 “genialita”
 - “podprůměrné” IQ: 70-90 (nejedná se o duševní poruchu! :-D), **69 a méně bodů = mentální retardace**
 - dá se i “**scholaricky**” **odhadnout**, tzn. dle nejvyššího dosaženého vzdělání
- **PORUCHY intelektu:**
 - **mentální retardace** = nedostatečné rozvinutí intelektu (fyziologicky lze intelekt považovat za rozvinutý ve 2 letech života)
 - **demence** = zprvu se rozvinul, ale poté byl výrazně poškozen (pokud 3leté dítě utrpí úraz hlavy a v návaznosti na to vznikne porucha intelektu, jde o demenci! naprostá většina demencí však vzniká ve vyšším věku)
 - **pseudodemence** = klinický obraz připomíná demenci, etiologie je ale jiná (např. po těžkém psychotraumatu u emočně nestabilní poruchy osobnosti nebo u deprese)

Question C



(3) Paměť a její poruchy

- **paměť** = schopnost přijímat (**vštipivost** = impregnace), uchovávat (**úchovnost** = fixace) a později si vybavovat (**výbavnost** = reprodukce) minulé vjemy, zážitky a děje
- druhy paměti:
 - mechanická - prosté zapamatování vjemů tak, jak jdou po sobě
 - logická - na základě souvislostí a vztahů mezi jevy
 - zraková a sluchová - na základě smyslových prožitků
- vlastnosti paměti:
 - **přesnost** (poruchy: bájná lhavost, konfabulace)
 - **subjektivní jistota** (porucha: vzpomínkový klam)
 - **pocit známosti nebo novosti** (poruchy: déjà vu, jamais vu)
 - **časová a situační lokalizace vzpomínky** (poruchy: ekmézie, paramnézie)
- **Ribotův zákon**: na počátku poruchy paměti bývá poškozena novopaměť, ale dobře zachována staropaměť (postupně se ale i ona zhoršuje)
- KVANTITATIVNÍ poruchy paměti:
 - **amnézie** = ztráta paměti, po úrazech hlavy, při organickém poškození mozku, demenci
 - *přechodná* nebo *trvalá*
 - *ostrůvkovitá* (= částečná) nebo *totální*
 - *retrogradní* (= v čase dozadu) nebo *anterogradní*
 - **hypomnézie** = oslabení paměti, subjektivně u neurastenie
 - **hypermnézie** = chorobně zvýšená paměť, např. u hypochondrické poruchy (na skutečnosti týkající se tělesného stavu pacienta)
- KVALITATIVNÍ poruchy paměti:
 - **pseudologia fantastica (bájná lhavost)** = vyprávění neskutečných událostí, jako by je sám prožil, bez schopnosti odlišení fantazie od reality (není to vědomá lež!), zejm. pokud to přináší výhodu
 - u emočně nestabilní nebo histriónské poruchy osobnosti
 - **konfabulace** = těžká porucha vštipivosti, chybějící informace jsou nevědomě nahrazovány smyšlenými
 - dg.: na stejnou otázku lékaře odpoví vždy jinak, protože ihned zapomíná své myšlenky a vloží na jejich místo nové
 - typicky u Korzakovy psychózy etiliků (těžká porucha paměti související s chronickým alkoholismem v pokročilých stádiích závislosti)
 - **vzpomínkový klam** = neprožitá událost (např. přečtená v knize), jeví se jako vlastní
 - **ekmnézie** = porušená časová lokalizace vzpomínky
 - u organického poškození mozku
 - **paramnézie reduplikující** = rozdělení vzpomínky na dvě a jejich zasazení do různých časových období **X jednotící** = nesprávné slučování různých vzpomínek do jedné
 - u emočně nestabilní poruchy osobnosti
 - iluze již viděného, slyšeného, prožitého (**dejà vu**) **X** iluze nikdy neviděného, neslyšeného, neprožitého (**jamais vu**, "žeme ví")

(4) Poruchy pozornosti

- **pozornost** = schopnost aktivně zaměřit vědomí na určitý děj nebo objekt a vybrat a zdůraznit závažné podněty
- typy pozornosti:
 - aktivní (se zapojením vůle) X pasivní X protivolní (např. vnímání bolesti)
 - extrovertovaná (zaměřená na okolí) X introvertovaná
- pojmy popisující pozornost:
 - *kapacita* = rozsah pozornosti
 - *selektivita* = schopnost vybrat si a zaměřit se
 - *tenacita* = schopnost zůstat zaměřený dlouhodobě
 - *koncentrace* = schopnost během zaměření potlačovat vše ostatní
 - *vigilita* = schopnost pozornost účelně přesouvat X *labilita* = neúčelné přesouvání
 - *distribuce* = schopnost rozdělit pozornost na více jevů současně
 - *oscilace* = kolísání pozornosti v intenzitě X *stabilita* = schopnost neměnit intenzitu v čase
- vyšetření pozornosti:
 - **sedmičkový test** (“kolik je 100 mínus 7 a dále, pokud od výsledku vždy odečteme 7?”)
 - **Bourdonův škrtačí test**
- SYMPTOMY u PORUCHY pozornosti:
 - **aprosexie** = naprostá neschopnost soustředit se, např. u těžké mánie
 - **hypoprosexie** = jen snížená, např. u deprese
 - **hyperprosexie** = naopak zvýšená, např. při intoxikaci stimulanty
 - **roztržitost** = neschopnost pozornostní vigility, např. při únavě
 - **paraprosexie** = předčasná (např. v situaci napjatého očekávání - očekávané narození dítěte) nebo naopak opožděná reakce

Vzor výkonového Bourdonova testu

45	18	37							
54	73	82	53	12	58	69	61	19	63
26	72	48	85	27	17	81	96	21	52
38	75	43	57	23	28	18	25	46	59
84	71	95	37	65	62	16	93	56	91
45	39	83	51	15	35	79	32	97	34

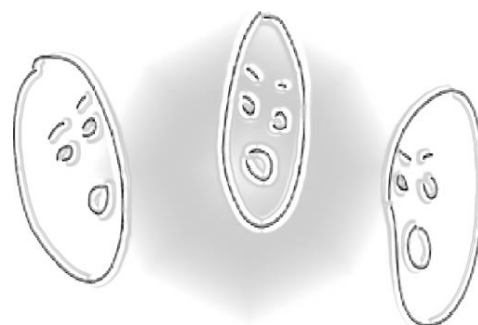
(5) Poruchy myšlení (rozdělení poruch myšlení, kvantitativní a formální poruchy)

- **myšlení** = nejvyšší forma **poznávací činnosti** (poznáváme skutečnost a interpretujeme ji, přičemž **nepracujeme s aktuálními smyslovými vjemy, ale s představami a pojmy**)
 - pojem = základní element myšlení - vzniká abstrakcí, zachycuje podstatné znaky předmětů a jevů → cílem je zevšeobecnění
 - cílem myšlení je **najít vztahy mezi pozorovanými jevy**, což umožňuje částečně předvídat budoucí události
- DĚLENÍ PORUCH myšlení:¹
 - **poruchy dynamiky** (rychlosti)
 - **poruchy struktury** (logické návaznosti)
 - **poruchy obsahu myšlení** (bludy) - viz otázka (6)
- PORUCHY DYNAMIKY myšlení:
 - na stranu **zpomalení**:
 - **myšlenkový útlum** = selektivní zpomalení myšlení, u deprese nebo při únavě
 - **bradypsychismus** = zpomalení všech psychických pochodů, u deprese
 - **myšlenkový záraz** = zástava myšlení, u schizofrenie
 - **mutismus** = porucha řeči, související s poruchou myšlení - nemocný nemluví, myšlení však může probíhat, u disociativních poruch
 - na stranu **zrychlení**: (všechny mohou být u mánií nebo po stimulantech)
 - **zrychlené myšlení** = rychlé ale nepřesné
 - **tachypsychismus** = zrychlení veškerých psychických pochodů
 - **pseudoinkoherece** = natolik rychlé myšlení, že ho pacient nestíhá verbalizovat, vlastní struktura myšlení je ale zachována
 - **logorea** (opak mutismu) = překotné mluvení, odraz zrychleného myšlení v řeči
- PORUCHY STRUKTURY myšlení:
 - typické u **demencí**:
 - **nevýpravné myšlení** = neschopnost odpoutat se od jedné představy k dalším skutečnostem
 - **ulpívavé myšlení** = opakované vracení k téže představě
 - typické u **schizofrenie**:
 - **symbolické myšlení (magické)** = jevům je připisován skrytý význam, např. černá barva je považována za symbol smrti
 - **paralogické myšlení** = povrchní, formální myšlení, např. požadování obvazu na hlavu, aby se mu “nerozutekly myšlenky”
 - **inkoherenční myšlení** = bez logických a gramatických vazeb
 - **rezonérství (plané mudrování)** = neplodné úvahy o bezvýznamných věcech
 - u mnoha dalších duševních onemocnění je typická porucha myšlení (**katathymní** = emočně zkreslené u poruch nálady, **obsedantní** u OCD...)

¹ Toto dělení vychází z Hosáka a dává mi smysl. So far nebyl problém ho u zkoušky použít, přestože přesně neodpovídá tomu, co je v otázce. Pokud byste ale radši uměli přesně to, co je v zadání, mrkněte sem: https://htf.cuni.cz/HTF-80-version1-4symptomy_dusevnich_poruch.ppt, slide číslo 5.

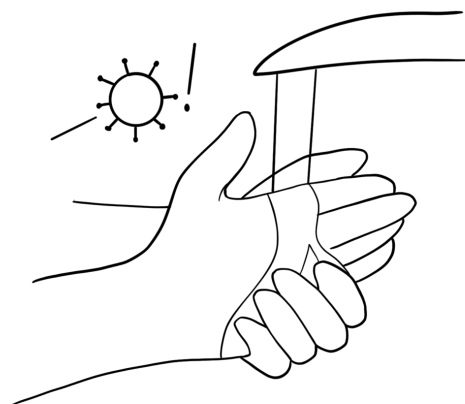
(6) Bludy

- **bludy** = poruchy OBSAHU myšlení - **myšlenky chorobného původu, nepravdivé a nevyvratitelné**
- nemocný jedná v jejím smyslu, až je rozvrácen jeho život
- některé jsou na první pohled **bizarní**, jiné **obtížně odlišitelné od reality** (“můj nadřizený mě šikanuje” nebo “mám AIDS”)
- může být jednoduchý (**solitární**) nebo rozvětvený (**systematizovaný** - s celou řadou navazujících myšlenek)
- může být indukován na jinou osobu, která je s nemocným v blízkém kontaktu (“**šíření bludu**”)
- “**halucinatorní**” blud = vzniklý na podkladě halucinace, dále se však udržuje sám o sobě
- za blud se nepovažuje myšlenka přejímaná od sociální skupiny (např. víra v posmrtný život)
- DĚLENÍ bludů:
 - **expanzivní bludy** = přecenění vlastního významu, osoby a schopnosti, typicky u mánie, někdy u poruchy s bludy nebo schizofrenie
 - **extrapotenční** - nadání neobvyklými schopnostmi (telepatie)
 - **megalomanický** - pacient má mimořádný význam
 - **originární** - je vznešeného původu
 - **inventorní** - je vynálezce (vynalezl stroj na ožívování mrtvých)
 - **religiózní** - náboženský obsah
 - **kosmický** - týká se vesmíru (spojení s mimozemšťany)
 - **depresivní bludy** = podcenění vlastního významu, osoby a schopnosti, typicky u deprese
 - **mikromanický** - je bezvýznamný člověk
 - **autoakuzační** - zavinil určité neštěstí
 - **insuficienční** - nic nezvládá, neumí
 - **obavný** - stane se nějaká katastrofa
 - **pseudomegalomanický** - svou činností přivodí nějaké neštěstí
 - hypochondrický - má skleněné plíce nebo žaludek z kamene
 - dysmorfofobický - část těla je znetvořena, zohyzděna
 - eternity - nebude mu ani dovoleno zemřít, bude žít a trpět věčně
 - **paranoidní bludy** = dějům v okolí připisován vztah k vlastní osobě, typicky u paranoidní schizofrenie, někdy u poruchy s bludy
 - **perzekuční** - cítí se být pronásledován
 - **emulační** - o nevěře partnera bez zjevného důkazu
 - **erotomanický** - cítí se být milován slavnou osobou a pronásleduje ji
 - **transformační** - pocit změny osobnosti



(7) Vtíravé myšlenky - jevy

- vtíravé myšlenky = **obsese** = neustále se vracející **proti pacientově vůli**, který se jim nemůže ubránit, přestože ví, že nemají smysl (tzn. **má na poruchu náhled!** nejedná se proto o blud, ale v podstatě o poruchu struktury myšlení a/nebo poruchu emotivity)
- vnímá je jako cizí, **ruší jeho přemýšlení**
- **při pokusu bránit se** obsedantním myšlenkám **vzniká silná úzkost**
- mírné formy jsou velmi časté, těžké mohou i **invalidizovat**
- ROZDĚLENÍ obsesivních myšlenek:²
 - **nejistota a pochybnost**
 - pacient si není jist, zda zamknul dveře, zhasnul světlo, apod. → musí se vrátit (typicky u OCD)
 - **obsah založen na konkrétní myšlence**
 - nutkání vykonat něco, co odporuje vžitým konvencím → př.: nutkání vyslovit sprosté slovo v kostele, nutkání matky bodnout dítě nožem, přestože ho má rada, apod.
 - pacienta samotného mohou děsit, pokud mají protispolečenský, obscénní nebo násilnický charakter → chybně se obává možnosti jejich uskutečnění (neudělá to!)
 - také u OCD
 - **obavy** - různé **fobie** = nutkavý strach z **konkrétního** podnětu nebo situace, typicky u fobických poruch
 - **klaustrofobie** = strach z uzavřených prostor
 - **agorafobie** = strach z otevřených prostranství
 - **mysofobie** = strach ze špíny a ze znečištění dotykem
 - **kancerofobie** = strach z onkologického onemocnění
 - mnoho a mnoho dalších
- **kompulze** = nutkavé obranné jednání při obsesích nebo fobiích - rituály, kterými si nemocný dočasně **ulevuje od vnitřní tenze**
 - provádí je, i když chápe jejich nesmyslnost (např. umývání stejného předmětu stále dokola)



² Podrobnější informace jsou z Hosáka, rozdělení samotné z WikiSkript (https://www.wikiskripta.eu/w/My%C5%A1len%C3%AD_a_jeho_poruchy)

(8) Poruchy emotivity a nálady

- pomocí emocí člověk vyjadřuje svůj subjektivní vztah k okolí či sobě samému - mají hodnotící význam a jsou polární
- prožívání emocí je spojeno s **tělesnými projevy** - mimika, pantomimika (posunky, gesta), výraz hlasu, vegetativní a hormonální změny (TK, pulz, pocení,...)
- **afekt** = prudká emoce, intenzivní, krátkodobá, s pohybovým a vegetativním doprovodem **X nálada** = emoce dlouhodobá, méně intenzivní, s méně tělesnými doprovodnými znaky
- PORUCHY AFEKTŮ:
 - **zvýšená afektivní dráždivost** = pohotovost k častým a výrazným afektům, u emočně nestabilní poruchy osobnosti
 - **patický afekt** = silný afekt, na jehož základě vzniká mráкотný stav, kdy člověk jedná nepřiměřeně a po jehož odeznění má totální amnézii na toto období
 - např. po silné psychotraumatizaci u emočně nestabilní osobnosti
 - může vzniknout velká agresivita, za kterou ale člověk není odpovědný (k tomuto přihlíží i soud při trestné činnosti)
 - naproti tomu u **nezvládnutého afektu**, který je mnohem častější a může být i u zdravých lidí, se nevyskytuje porucha vědomí a jedinec je tak za své činy zodpovědný
 - **anxiózní raptus** = úzkostná tenze se vybijí výraznou agresivitou, u deprese
 - **afektivní útlum až stupor** = emoční otupění až neschopnost pohybu, řeči a mimiky po hrůzném zážitku (akutní reakce na stres), i u zdravých lidí
- PORUCHY NÁLAD:
 - chorobné (patické) nálady se obecně rozvíjí **po nepřiměřeně slabém / žádném vnějším podnětu**, trvají **nepřiměřeně dlouho**, jsou **nepřiměřeně intenzivní**, nejsou odklonitelné zevními podněty a rozvrací život pacienta
 - fyziologicky trvá nálada obvykle několik hodin, **patické až roky**
 - **expanzivní nálady** = chorobně zvýšené
 - **euforická** = klid a blažená vyrovnanost, např. po opioidech
 - **manická** = nadměrná aktivita a nepřiléhavé jednání, u mání
 - **explozivní** = výbušná, např. u emočně nestabilní poruchy
 - **depresivní nálady** = chorobně snížené, typicky u deprese
 - **anxiózní** = nespecifická úzkost
 - **bezradná** = neschopnost řešit danou situaci, rozhodnout se
 - **apatická** = netečnost a snížená aktivita
 - **anhedonická** = neschopnost se radovat z čehokoliv
 - **morózní** = depresivně zlostná, mrzutá
 - **rezonanční nálada** = současně prvky expanzivní (zvýšená aktivita) a depresivní (zloba), např. ve smíšené fázi bipolární afektivní poruchy
 - její lehčí formou je **dysforie** = podrážděnost, nevlídnost a náchyllost k nepřiměřeným emočním reakcím
- KVALITATIVNÍ PORUCHY EMOTIVITY:
 - **emoční labilita až inkontinence** = rychlé střídání emocí a jejich lehké vsugerování, např. u vaskulární demence
 - **oploštělá emotivita** = celkový nezájem, apatie, u schizofrenie a deprese
 - **emoční ambivalence** = současné prožívání protichůdných emocí, u schizofrenie

- **porucha vyšších citů (moral insanity)** = bezcitnost, sobectví, bezohlednost a protispolečenské jednání ("vyšší emoce": sociální (lásky, úcta), estetické (cit pro krásu, vznešenost) a etické (cit pro spravedlnost, čest, povinnost))
- **parathymie** (paradoxní emoce) = neadekvátní emoce, nepřiměřená situaci (tragická událost vyvolá smích), např. u schizofrenie
- **alexithymie** = neschopnost rozeznat a rozumět vlastním emocím
- **katathymie** (otázka 5) a **fobie** (otázka 7)



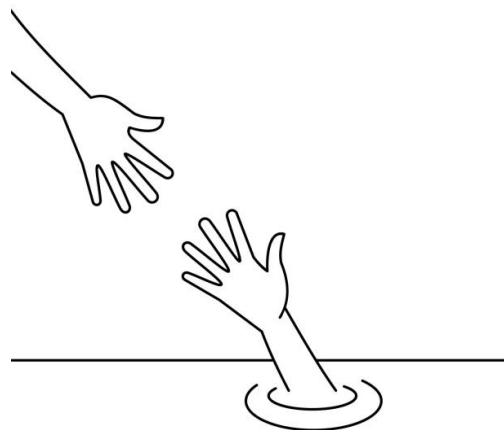
(9) Poruchy pudu obživného

- **pudy** = vrozené, biologicky podmíněné, celoživotní a druhově specifické stereotypy jednání, sloužící k uspokojení základních biologických potřeb
- významný zdroj lidského jednání (! neprojevují se přímo, ale transformovaně - modifikace sociálním prostředím do “společensky akceptovatelného chování” - např. pud agresivity → soutěživé chování, pud sexuální → libido atp.)
- PORUCHY pudu obživného:
 - **anorexie** = nechutenství, odmítání stravy
 - **primární** v rámci mentální anorexie
 - **sekundární** v rámci deprese
 - **bulimie** = záchvatovité požívání enormního množství jídla, typicky následované pocitem provinění a zvracením, u mentální bulimie
 - **sitofobie** = chorobný strach se najíst, např. v rámci fobické poruchy
 - **polyfagie** = konzumace zvýšeného množství jídla bez schopnosti nasycení, např. u poruch osobnosti
 - **koprofagie** = požívání výkalů, u některých sexuálních deviací



(10) Poruchy pudu sebezáchovy

- obecné info k pudům viz předchozí otázka
- PORUCHY pudu sebezáchovy:
 - **suicidium** (sebevražda) = vědomé a úmyslné ukončení vlastního života
 - lidé často zanechávají tzv. **dopis na rozloučenou**
 - často také “**zabezpečovací opatření**”, aby je nikdo vzápětí nenašel a neposkytl jim pomoc
 - skok pod vlak či z velké výšky, oběšení se, pořezání se, zastřelení se...
 - spíše se jí dopouští **muži**, a to **ve vyšším věku**
 - často u deprese nebo schizofrenie
 - **tentamen suicidii** (sebevražedný pokus) = pokud pacient suicidium POUZE NÁHODOU přežil
 - **parasuicidium** = demonstrativní akce, “**volání o pomoc**” - cílem není ukončit život, ale upozornit na svůj problém (tzv. účelové jednání)
 - typicky u **mladších osob** při osobních konfliktech, spíše u **žen**
 - nezdídky prováděné **v blízké přítomnosti jiných osob**, jedinec nepíše dopis na rozloučenou, hned po činu často píše zprávu svým blízkým / volá zdravotníkům
 - prostředky parasuicidia jsou mírné: požití menšího množství léků, lehké pořezání
 - většinou přidělena dg. poruchy přizpůsobení
 - **sebezabití** = ukončení vlastního života jednáním, které nebylo vedeno touhou zemřít (např. zmatenost → spletení si dveří s oknem → pád z výšky), např. po intoxikaci nebo při mánii
 - **bilanční sebevražda** = jedinec dobrovolně zvolí smrt, aby se vyhnul ještě většímu utrpení, např. u vážných tělesných onemocnění
 - **rozšířená sebevražda** = nemocný zabije nejen sebe, ale i své blízké, aby je “zachránil před utrpením” (např. matka zabije své děti před vlastním pokusem o sebevraždu), typicky u těžké deprese s psychotickými příznaky
 - **automutilace** (sebepoškození) - např. řezání předloktí u hraniční poruchy osobnosti až po depresivního nemocného, který si uřízne část genitálu nebo vyjme oční bulbus, “aby se potrestal”
 - sebeobětování = obětování života ve prospěch většího celku (Jan Palach 1968), u duševně zdravých lidí
 - sebevražedná dohoda (hromadná sebevražda) = více lidí ukončí svůj život současně, např. u náboženských sekt



(11) Poruchy jednání a vůle

- **vůle** = předstupeň lidského jednání, tzn. schopnost rozhodnout se pro určitý cíl a aktivovat prostředky k jeho dosažení
 - PORUCHY vůle:
 - **abulie** = vymizení vůle, např. u deprese nebo chronické schizofrenie
 - **hypobulie** = chorobné snížení, také u deprese nebo demence
 - **hyperbulie** = chorobné zvýšení, typicky u mánie
-
- **volní jednání** = úmyslné a vědomé sledování vytyčeného cíle, následek vůle **X**
 - **účelové jednání** = cíl sledován **instinktivně a neuvědoměle** (!) (přestože budí dojem schválnosti) - např. parasuicidium
 - **impulzivní jednání** = přítomen silný pud k jednání - **obchází vůli** (není zde vědomá představa cíle, impuls není podroben rozhodování)
 - nebývá porucha vědomí, jedinec si na něj pak pamatuje
 - je **ego-syntonní** (= shoduje se s vědomým přáním jedince)
 - například:
 - **kleptomanie** (impulzivní krádeže nepotřebných předmětů)
 - **pyromanie** (impulzivní zakládání požárů)
 - **erotomanie** (impulzivní vyhledávání sexuálního dobrodružství)
 - **patologické hráčství**
 - mezi abnormální typy jednání patří i **patický afekt** (otázka 8) a **kompulze** (otázka 7)
 - KVANTITATIVNÍ poruchy jednání:
 - **hypokineze** = zpomalení pohybů, např. u deprese
 - **stupor (akineze)** = nepřítomnost pohybů, také u deprese nebo disociativních poruch
 - **psychomotorický neklid** = nadměrné či rychlé pohyby, např. u emočně nestabilní poruchy osobnosti nebo mánie
 - **agitovanost** = nemocný bezcílně pobíhá, není slovně usměrnitelný, také u mánie
 - KVALITATIVNÍ (katatonní) poruchy jednání - typické pro katatonní schizofrenii
 - dohromady tvoří tzv. **KATATONNÍ SYNDROM**



(12) Katatonní syndrom

- **katatonní syndrom** = soubor kvalitativních poruch jednání, typický pro katatonní schizofrenii, ale může být i u afektivních poruch, somatických onemocnění různé etiologie a polékově (maligní neuroleptický syndrom)
- objevují se specifické odchylky v pohybu:
 - **katalepsie** = různé části těla setrvávají v navozených bizarních polohách
 - **katatonní stupor** = absence pohybů, která způsobí přítomnost katalepsie
 - **fenomén podušky** = hlava ležícího pacienta setrvává mnoho hodin ve vzduchu i poté, co je mu zpod ní odebrán polštář
 - flexibilitas cerea (**vosková ohebnost**) = při pohybu končetinami pacienta cítíme plastický odpor, jako bychom modelovali horký vosk
 - **pohybové stereotypie** = bezúčelné opakování některých úkonů
 - obdobně mohou opakovat slova či věty
 - **manýrování** = bizarní pohyby, které jsou nepřiměřené, obřadní a rituální → vypadají, jako by karikurovali sami sebe (vlastní pohyby)
- dále se objevují odchylky při interakci s okolím:
 - **pasivní negativismus** = pacient nevyhoví požadavku
 - **aktivní negativismus** = pacient jedná proti smyslu požadavku (např. zavře oči při pokynu, aby je otevřel)
 - **povelový automatismus** = mechanické vyhovění požadavku (jako stroj), i když povel nedává smysl
 - **echo fenomény** = napodobování svého okolí (mimiky, úkonů, řeči)
 - **paramimie** = pošklebování, pomlaskávání
- navíc u nich může vzniknout náhlé agresivní jednání = **katatonní raptus**



<https://youtu.be/V55klYxkivQ?si=byNyrWTowPSN45Pm> - ukázka katalepsie a negativismu
<https://youtu.be/ij-jfNLOs9U?si=N-5E5QfSQIXwIKcN> - přehled katatonie v širším kontextu

(13) Poruchy vědomí a orientace

- **vědomí** = globální psychická funkce, podmiňující činnost ostatních složek psychiky, pomocí níž si člověk uvědomuje sám sebe a své okolí
 - jasnost vědomí = **lucidita**, schopnost zaměřit vědomí na určitý počet jevů kolem nás = **kapacita**, schopnost přiřazení toho, co si uvědomuji, sám k sobě = **idiognóze**
 - v praxi se hodnotí zejména: **orientace místem, časem a osobou**, nakolik pacientovo **jednání a slovní projev dávají smysl** a zda jsou **v souladu s jeho předchozím zaměřením a hodnotami**
 - KVANTITATIVNÍ poruchy vědomí:
 - v jiných oborech medicíny hodnocení pomocí Glasgow Coma Scale (GCS), v psychiatrii stále starší dělení (dostatečné pro její potřeby)
 - **nejsou primární součástí žádné duševní poruchy**, mohou ale nastat **sekundárně** např. po sebevražedném pokusu
 - pokud má pacient kvantitativní poruchu vědomí, není léčen na psychiatrii, ale přeložen na JIP (interní, neurologickou) / KARIM
 - stupně poruchy:
 - **somnolence** = chorobná ospalost, ale na krátkou dobu probuditelný (hlasitým oslovením / bolestivým podnětem)
 - **sopor** = neprobuditelný, na bolestivý podnět ale reaguje změnou polohy těla
 - **kóma** = postupné vyhasínání fyziologických reflexů a zástava vitálních funkcí
 - KVALITATIVNÍ poruchy vědomí:
 - **delirium** = pacient je zmatený, dezorientovaný, jedná nesmyslně
 - **vzniká postupně** během několika dní a ve svém **průběhu kolísá** - nejhorší je v noci, ve dne zlepšení (pospávání, někdy i lucidita)
 - většinou **ustává během několika dní** (při přetrvávající příčině ale i týdny!), následuje ho **ostrůvkovitá amnézie**
 - vaskulární demence, po celkové anestezii u starších pacientů, při orgánovém postižení, po lécích (anticholiergní účinky)... časté!
 - **obnubilace** (mráкотný stav) = částečná ztráta orientace, nesmyslnost jednání
 - vznik **z plného vědomí** a v průběhu **nekolísá**, obvykle trvá **sekundy až minuty**, pak náhle končí a následuje **totální amnézie**
 - různé formy: *stuporózní* (absence pohybu, pohled do neurčita), *deliriózní a automatická* (vypadá normálně, ale není orientován a celková povaha jednání neodpovídá předchozímu obrazu psychiky)
 - vzácná - emočně nestabilní porucha, parciální epileptický záchvat
 - **Ganserův syndrom** = pacient klidný, ale dezorientovaný, na otázky odpovídá formálně přiléhavě, ale obsahově nesmyslně ("5 plus 2 rovná se 52")
 - někdy nepřiměřené chování, budící dojem simulace
 - např. u emočně nestabilní poruchy po těžkém psychotraumatu
-
- **orientace** = schopnost rozpoznávat **časové** (datum, den v týdnu, měsíc, roční období, rok), **místní** (město, kde právě jsme), **osobní** (jméno, příjmení a datum narození) a **situační** (aktuální okolnosti - "jsem na lékařském vyšetření") vztahy
 - nejčastěji porušena orientace časem, nejméně osobu, časté jsou kombinace
 - typicky u kvalitativních poruch vědomí nebo organického poškození mozku

(14) Hospitalizace bez souhlasu, léčba bez souhlasu, negativní reverz

- právní problematika je v psychiatrii sledovanější než v jiných oborech - duševně nemocní jsou zranitelnější vůči bezpráví (snížená schopnost prosazovat vlastní práva), tyto poruchy zároveň postihují jejich rozhodovací a ovládací schopnosti (jejich svobodné rozhodování musí proto někdy nahradit jiná osoba, např. psychiatr)
 - psychiatrie má navíc za úkol ochranu společnosti před duševně nemocnými (nedobrovolné hospitalizace, ochranná léčení, četné oznamovací povinnosti)
 - zdravotníků v ČR se týkají stovky předpisů → obrovská rozsáhlost a komplikovanost zákonů, jejich častá duplicita a někdy i protichůdnost
 - základní právní předpis ve zdravotnictví: zákon 372/2011 Sb., "Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování", v psychiatrii je navíc významný zákon 373/2011 Sb., "Zákon o specifických zdravotních službách" (řeší např. ochranné léčení, změnu pohlaví transsexuálů, psychochirurgické výkony atd.) - dále "ZZS"
-
- za běžných okolností je pro hospitalizaci (a specifické výkony jako psychochirurgické zákroky) vyžadován svobodný a informovaný písemný souhlas pacienta (pro ambulantní péči a např. ECT není potřeba písemný)
 - paragraf 38 ZZS určuje:
 - PODMÍNKY HOSPITALIZACE BEZ SOUHLASU - toto je možné, jestliže
 - ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sám sebe nebo své okolí a (1) jeví známky duševní poruchy / (2) touto poruchou trpí / (3) je pod vlivem návykové látky a pokud tuto hrozbu nelze odvrátit jinak
 - jeho zdravotní stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče a zároveň neumožňuje, aby vyslovil souhlas
 - neodkladná péče v psychiatrii = jejím cílem je zamezit nebo omezit vzniku náhlých stavů, které způsobují změny chování pacienta, které ohrožuje sebe nebo své okolí
 - je nařízeno ochranné ústavní léčení, pozorování duševního stavu, izolace či karanténa
 - PODMÍNKY POSKYTOVÁNÍ PÉČE BEZ SOUHLASU
 - lze poskytnout pouze neodkladnou péči v případě, kdy zdravotní stav neumožňuje pacientovi vyslovit souhlas
 - v případě léčby vážné duševní poruchy, pokud by v důsledku jejího neléčení došlo se vši pravděpodobností k vážnému poškození zdraví pacienta
 - Co to znamená? **Nedobrovolně hospitalizovaného pacienta můžeme léčit buď s jeho souhlasem (-D) nebo mu poskytovat pouze neodkladnou péči.** Její definice je ale dostatečně široká.
 - zdravotní ústav je povinen **oznámit do 24 hod. soudu** ve svém okrese převzetí každého pacienta bez jeho písemného souhlasu (totéž při omezení volného pohybu pacienta nebo odvolání písemného souhlasu pacientem)
 - příslušný soud vyslechne umístěného člověka a ošetřujícího lékaře a příp. další osoby a **do 7 dnů rozhodne, zda k převzetí došlo ze zákonných důvodů a zda tyto stále trvají** - pokud ne, nařídí propuštění
 - ke zjištění, **zda je další držení v ústavu nutné, jmenuje soud znalce, který do 3 měsíců rozhodne**, zda je další držení přípustné a na jak dlouhou dobu (max. 1 rok)
 - zdravotnické zařízení může člověka samozřejmě kdykoliv propustit

- **omezovací prostředky** (fyzické, medikace) lze použít pouze pro odvrácení **bezprostředního ohrožení** a je nutné je zapsat do dokumentace pacienta
- **negativní reverz** - pokud je pacientovi opakovaně podána informace o jeho stavu, ze které je zřejmé, že neposkytnutí péče může vážně poškodit jeho zdravotní stav, a on stále péči odmítá (a nejedná se o situaci, kdy lze poskytnout péči bez souhlasu), učiní o tom písemné prohlášení - reverz (pokud ho pacient odmítá podepsat, podepíše ho svědek a lékař toto zapíše do dokumentace)
- u nezletilých / nesvéprávných rozhoduje lékař, zda jsou rozumově dostatečně vyspělí na to, aby učinili rozhodnutí, nebo zda bude vyžadovat souhlas zákonného zástupce



(15) Způsobilost k právním úkonům, soudně znalecká činnost v psychiatrii, způsobilost k řízení motorových vozidel, držení zbrojního pasu

- **omezení svéprávnosti** má chránit duševně nemocné osoby před následky jejich poruchy, pokud jim omezuje exekutivní (rozhodovací a plánovací) funkce
 - od roku 2014 nelze pacienta úplně zbavit svéprávnosti, pouze ji omezit v určitém rozsahu, a to tehdy, **hrozila by mu jinak závažná újma** (např. ho nelze zbavit volebního práva, pokud nejsou předloženy důkazy, jak by mu volební akt mohl způsobit vážnou újmu) a nepostačí-li jiná, mírnější opatření (např. ustanovení “podpůrce” = soudem schváleného právního zástupce nebo zastupování opatrovníkem či členem domácnosti)
 - nejdéle lze člověku omezit svéprávnost **na 3 roky**, přičemž je mu stanoven vhodný **opatrovník**
-
- jako soudní znalci psychiatrii nejčastěji posuzují:
 - **neplatnost právních jednání** (zda má být osoba omezena ve svéprávnosti na žádost soudu / ošetřujícího lékaře nebo zda bylo určité právní jednání platné z důvodu duševní poruchy - tzv. “posudek na mrtvolu” typicky po smrti babičky / dědečka v dědickém řízení, pokud něco někomu odkázali)
 - **v občanskoprávních řízeních:** rodičovské schopnosti v opatrovnických sporech, nutnost hospitalizace bez souhlasu (detenční řízení), svéprávnost...
 - **v trestních řízeních** typicky **pachatele** (*schopnost účasti v trestním řízení* - dokáže odsouzený chápat a vykonat trest?, *(ne)příčetnost* - nepříčetnost znamená trestní neodpovědnost, *nebezpečnost pobytu na svobodě* = schopnost resocializace, *potřebu ochranného léčení*) a **poškozeného** (*věrohodnost výpovědi* - ne svědka!, *závažnost způsobené újmy*)
 - **ochranné léčení** lze nařídit pachateli jakéhokoliv trestného činu s duševní poruchou
 - **zabezpečovací detenci** lze uložit pachateli, u něhož ochranné léčení není dostatečnou ochranou společnosti (pachatelé zločinů, příp. protitoxikomanická/protialkoholní detence, např. když se nechťejí léčit)
-
- právní předpisy stanovují povinnost oznámit určité skutečnosti příslušným orgánům = **oznamovací povinnost**
 - podává se písemně a kopie se zakládá do zdravotnické dokumentace
 - POVINNOST OZNAMOVAT NESCHOPNOST K ŘÍZENÍ MOTOROVÝCH VOZIDEL - vyhláška specifikuje duševní poruchy vylučující řízení (organické poruchy, psychotické poruchy, mentální retardace, pervazivní vývojové poruchy) + prakticky u všech dalších duševních poruch nařizuje přezkoumání (včetně závislostí, kdy pacienti dochází k lékařům na kontroly a musí min. 2 roky abstinovat pro znovuuudělení řidičáku) → oznamuje se **obecnímu úřadu**
 - POVINNOST OZNAMOVAT NESCHOPNOST DRŽENÍ STŘELNÉ ZBRANĚ - ve vyhlášce jsou prakticky všechny duševní poruchy → oznamuje se **VPL**

(16) Vyšetření duševně nemocného (principy, zdroje informací, vedení vyšetření)

- psychiatrické vyšetření se v mnohém odlišuje od běžného vyšetření při somatických potížích - pacienti často přichází **za nestandardních situací, v životních krizích, a někdy proti své vůli** (příbuznými, záchranou službou, policií)
- první kontakt určuje úspěšnost terapeutického vztahu → slušnost, představení se...
- upozornit pacienta na délku vyšetření (**40-60 min.**), možná vyrušení (telefonáty) a to, že si budeme psát poznámky
- pokud přijde s pacientem doprovodná osoba, mluvíme vždy nejdřív s ním a pokusíme se od něj získat souhlas k rozhovoru s doprovázející osobou → získání **“objektivní” anamnézy** (extrémně podstatná! ptáme se zejm. na suicidální plány, halucinatorní chování, bludy, objektivní závažnost pacientovy závislosti...)
 - také nemusí být zcela objektivní - záleží na osobním vztahu k pacientovi a na osobní míře tolerance k duševním poruchám (některé rodiny snesou hodně)
- pacienta usadíme naproti sobě, neměly by mezi námi být jakékoliv překážky **ALE při známkách agitace sedět blíže ke dveřím** a nechat je pootevřené
- **vyhýbat se upřenému očnímu kontaktu a jakékoliv konfrontaci** (při narůstající tenzi přerušit vyšetření a zavolat další personál)
- specifika vyšetření duševně nemocného oproti anamnéze v jiných oborech:
 - při identifikaci zapisujeme kontakt na blízkou osobu a okolnosti, za kterých se pacient k psychiatrovi dostal (sám / přivezen někým)
 - pak **necháme pacienta volně hovořit**, verbálně i nonverbálně dáváme najevo zájem a zaznamenané informace průběžně shrnujeme a doptáváme se (**vyhýbat se uzavřeným dotazům** (ano/ne) a **sugestivním otázkám**)
 - pokud o něčem nechce mluvit, zkusíme se k tomu vrátit později
 - pacienta nijak **nesoudíme, sdělované informace nehodnotíme a nepronásíme závěry** → cílem je získat anamnézu, popsat psychopatologii, nastínit diff. dg. a formulovat plán léčby a o tomto informovat pacienta (srozumitelně)
 - **NO**: obdobně jako v jiných oborech, informace při hospitalizaci můžeme získat **od ambulantního psychiatra**, pokud se pacient už léčil
 - nejdříve necháme nemocného, aby sdělil, co mu přijde podstatné, pak až klademe otázky my (vycházíme z klinického obrazu duševních poruch, které přichází v úvahu)
 - **RA**: kromě klasiky navíc: “byl někdo z rodiny považován za podivína a proč?” (nediagnostikovaná psychická onemocnění)
 - **QA**: zjišťujeme, zda somatické onemocnění není příčinou stavu - pacienti ale kvůli alteraci vědomí často nevědí, proto zjišťovat **od VPL / rodiny**
 - **dětství**: “jak hodnotíte své dětství?” + smutné události, zneužívání, trestání...
 - **vzdělání**: adaptace na řád a režim, známky z chování, speciální školy, šikana, opakování ročníku, vztah s učiteli a spolužáky... velká část poruch se objevuje v rané dospělosti → hledáme příp. životní zlom
 - **zaměstnání**: vyptáme se obdobně jako na vzdělání
 - **sexuální a manželská**: na prvním setkání opatrně, ale je velmi podstatná (potíže v partnerství, trauma, počet sexuálních partnerů, orientace)

- **návykové látky**: aktuální změna často značí dekompenzaci stavu (typ. u kouření při psychóze), do velké hloubky se ptáme na alkohol a další drogy (nezapomenout na hazardní hry a užívání léků mimo lékařský předpis)
- **zájmy**: prudké změny (úpadek u deprese, bizarní změny u schizofrenie)
- **povaha**: “co by o vás řekla Vaše matka / partnerka?” + dáváme vybrat z porovnávaných aktivit (veselý vs. vážný, klidný vs. vznětlivý...)
- **další otázky**: byl už vyšetřován policií? má občanskoprávní spory? má řidičák / zbroják? je nábožensky založený? zajímá se o politiku?
- **plány do budoucna**: deprese - “celý život je jen utrpení” X mánie (“pojedu do Indie a stanu se Budhou a pornohercem současně”)
- na základě informací z anamnézy a objektivních pozorování formulujeme **STATUS PRAESENS PSYCHICUS** (SPP) = popis aktuálního psychického stavu **stručně, jasně** a pomocí **odborných pojmů (symptomů)** - obsáhlé popisy příznaků patří do anamnézy
 - hodnocené vlastnosti: vědomí a orientace (norma: plné, jasné, lucidní), celkový dojem a postoj k vyšetření (úprava zevnějšku, jizvy, tetování...), řeč (norma: plynulá, hlas modulovaný), psychomotorické tempo, emoce a afektivní reaktivita, myšlení, vnímání, intelekt, paměť a pozornost, osobnost (viz anamnéza), návykové látky (viz anamnéza), behaviorální příznaky (spánek, chuť k jídlu, sexuální apetence, vůle), validita údajů (objektivní anamnéza), náhled (je si vědom své poruchy a okolností jejího původu?), motivace k léčbě, suicidalita
 - popis možných poruch v jednotlivých kategoriích tvoří otázky 1-13
- jako třetí bod vyšetření zpracujeme i **základní tělesné vyšetření: STATUS PRAESENS NEUROSOMATICUS** - rozsah přizpůsobit pacientovi, zejm. významný u starších
 - základní **interní a neurologické** (alespoň příznaky lateralizace a meningeálního dráždění) vyšetření
 - psychiatr je často jediný lékař, který má psychicky nemocného v trvalé péči!
- na základě všech zjištěných údajů určíme **dominantní psychopatologii na úrovni syndromů** (např. depresivní a anxiózní syndrom), **nozologické jednotky** (= lékařské diagnózy, viz speciální psychiatrie) a **možné příčiny tohoto stavu** (např. deprese v rámci adaptační poruchy oproti periodické depresivní poruše)
- nakonec **navrhujeme terapeutický plán a jeho indikaci zdůvodníme**



(17) Simulace, agravace a disimulace duševních chorob a poruch³

- u předstírané (faktivní) poruchy i u simulace pacient své příznaky z různých důvodů **předstírá a dělá to vědomě**
 - u **faktivních poruch** je cílem získání zdravotní péče a **zájmu zdravotníků** (**důvod předstírání sám pacient neví**, i když pro okolí může být patrná)
 - zpravidla jde o uspokojení potřeb závislosti na druhých u lidí se závislou nebo hraniční poruchou osobnosti
 - důležité je včasné rozpoznání poruchy, aby se předešlo nepotřebným vyšetřením / nákladné terapii / iatrogenním komplikacím
 - psychoterapie (podobná jako u hraniční poruchy osobnosti) může pomoci, přímá konfrontace zpravidla smysl nemá (je pro pacienta zahanbující a nedokáže ji přijmout → pocit nepochopení a křivdy, silné afekty, nedůvěra k lékaři a vyhledávání jiné pomoci)
 - několik typů:
 - **s převážně psychickými příznaky** (deprese, suicidální chování, PTSD, psychóza, bipolární porucha...)
 - předstírání příznaků je dramatické, vymyšlení anamnestických údajů (ztráta příbuzného za dramatických okolností znásilnění apod.)
 - **faktivní porucha by proxy** (v zastoupení): jedna osoba (matka) předstírá onemocnění u druhé (zpravidla malé dítě)
 - matka může falšovat vyšetření dítěte a poškozovat je (např. traumatizovat je, dávat mu toxickou stravu)
 - nejzávažnější forma: **Münchhausenův syndrom** (10%)
 - pacient (nejčastěji muž středního věku) vyhledává hospitalizace, putuje od nemocnice k nemocnici
 - trpí bájevitou lhavostí (historky o zranění v boji), řada sociopatických rysů
 - **s převážně tělesnými příznaky, s kombinací psychických a tělesných**
 - u **simulace** pacient příznaky nemoci předstírá ze **zištných důvodů** - ekonomické (finanční náhrada, invalidní důchod), vyhýbání se něčemu (zodpovědnosti, práci, trestu apod.)
 - simulovat je možné příznaky tělesné či psychické nemoci
 - simulace může být:
 - **čistá** = jedinec falšuje všechny příznaky
 - **parciální = agravace** = příznaky jsou zveličovány nebo jejich vliv na denní fungování je prezentován nadměrně.
 - zde má smysl pacienta (s klidem a bez moralizování) **konfrontovat**
 - **disimulace** = nemocný popírá / zlehčuje onemocnění za účelem udržení si postavení v povolání, finančního příjmu, společenského postavení, vykonávání sportu... (je společensky nebezpečné, když může ohrozit ostatní (řízení vozidla))

³ Vypracováno z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/03/10.pdf> (Med. Pro Praxi 2008; 5(3): 128–132, doc. MUDr. Ján Praško, CSc., MUDr. Dagmar Seifertová, CSc.)

(18) Význam laboratorních a zobrazovacích vyšetřovacích metod v psychiatrii, příklady využití

- v psychiatrii **pouze k upřesnění diagnózy, žádné laboratorní nebo zobrazovací vyšetření není patognomické** (= typické pro konkrétní onemocnění)
- **EEG**: levná, neinvazivní dg. metoda, snímá elektrické změny z kůry mozkové
 - elektrody rozmístěné v “systému 10/20” (19 elektrod), typicky v elektrodové čepici
 - standardní záznam 20 min., testují se nativní úseky a úseky stimulované (otevření/zavření očí, hyperventilace, fotostimulace)
 - vyhodnocení EEG: alfa, beta, theta a delta aktivita (typy “základní aktivity”) + “normální” a “abnormální vzorce” (popisujeme frekvenci, amplitudu, tvar...)
 - v psychiatrii zejména k **vyloučení organických příčin** (tumory, deliria, toxická a infekční postižení CNS, poruchy ABR, endokrinní poruchy a další)
 - **psychických obtíží** - mělo by se provádět u akutních stavů zmatenosti, prvních atak schizofrenie, závažných afektivních poruch, refrakterních poruch chování a podezření na počínající demenci
 - na rozdíl od CT / MR (které provádí vždy neurologie) dokáže prokázat dobrou funkční adaptaci i u rozsáhlého patologického nálezu
 - dále lze pomocí něj prokázat některé **nežádoucí účinky léků** (patologické elementy, zpomalení/zrychlení) - antipsychotika (spíše atypická!), TCA, Li
 - **video-EEG** se využívá u stavů **porušeného vědomí** (např. disociativní záchvaty) a **polysomnografie** (kde je kromě EEG i EKG a další) ve **spánkových laboratořích** (insomnie, hypersomnie, apnoe...)
 - **u většiny psychických poruch je ale křivka v normě**
- součástí každého prvovýšetření by mělo být **stanovení alkoholu (a drog) v krvi**
 - vliv alkoholu na psychiku je velký - nad 0,5 promile není vyšetření možné
 - pro alkohol nejčastěji dechová zkouška - ta se provádí zcela rutinně
 - testování na drogy je finančně náročné - provádí se až při podezření
- při léčbě **stabilizátory nálad** (Li, valproát, karbamazepin) se **rutinně** provádí **TDM**
- **EKG** se **rutinně** provádí při léčbě **psychofarmaky prodlužujícími QTc interval**
- **endokrinologie**:
 - **TSH** - hypofunkce štítné žlázy může imitovat depresi, demenci, retardaci
 - **kortizol** - při zvýšené hladině (Cushing, těhotenství, anorexie) se mohou objevovat těžké deprese až se suicidálními tendencemi a úzkosti
 - **prolaktin** - zvýšení jako vedlejší NÚ antipsychotik (zejm. SDA - risperidon)
- **falopletysmografie** - zaznamenává změny velikosti na pohlavním údu po stimulaci (audiovizuální podnětové sady) - využití v dg. sexuálních deviací **v sexuologii**
- **biochemie** - řada výchylek ve fyziologických koncentracích markerů v krvi způsobuje symptomatické psychiatrické stavy, např. nízká hladina B12 → podíl na demenci
 - nejtypičtější neuropsychiatrickou poruchou tohoto typu je **delirium**
- **krevní obraz**: kontrola počtu leukocytů u léků, které je snižují (pravidelně u klopazinu)
 - u zmatenosti může být v KO leukocytóza (delirium při infekci) nebo anémie
- **genetika** - v běžné klinické psychiatrii okrajový význam - např. mutace genů u Huntingtonovy choroby nebo mentálních retardací
 - význam má testování **polymorfizmů CYP 2D6 a 3A4** - porucha funkce souvisí s výraznými NÚ a/nebo nefunkčností psychofarmak

(19) Genetické faktory, psychologické modely, neurobiologické modely v etiopatogenezi duševních nemocí

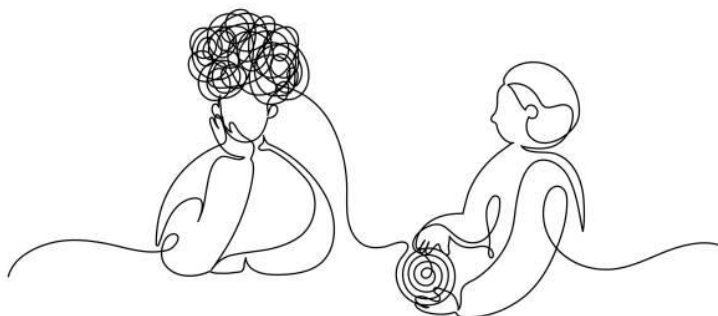
- psychická onemocnění jsou **multifaktoriální** onemocnění (podíl genetiky, subcelulárních mechanismů, vlastností neuronů a neuronálních sítí a velký význam „psychologické roviny“)
 - existují geny asociované s určitými onemocněními, jsou ale většinou **pleomorfní** (např. gen pro schizofrenii je významný i pro autismus)
 - dědivost (0 = porucha není dědičná, 1 = 100% dědičná) u neurotických poruch je cca 0.2, u schizofrenie ale 0.8
 - genetika je v experimentální psychiatrii obrovsky zkoumána (celogenomové asociační studie, hledání CNV (copy number variations))...
 - aktuálně nejvíc horkou teorií popisující vznik psychických nemocí je „**Teorie nízkého zánětu**“
 - nezvýšené CRP, neobjevuje se horečka, zánět ale **ovlivňuje neurotransmiterový přenos** (5-HT, dopamin, NMDA...)
 - tak dochází k **neurodegeneraci** a vzniku psychopatologie (např. **snížení exprese faktoru BDNF** je asociováno se vznikem psychických onemocnění)
- etiopatogeneze psychických poruch: (postupně na sebe navazující jevy)
 - **predispozice** (geneticky či prenatálně získané změny)
 - infekce, stres, intoxikace, záření
 - vedou k vytvoření temperamentu
 - **dispozice**
 - zážitky z dětství, chování rodičů, trauma, nemoci
 - vedou k zapínání genů, učení se reakcím v emotivitě a chování a k vytváření postojů (schémat) a charakteru
 - **precipitující faktory**
 - kumulace stresu, životní události, vnitřní konflikty, tělesná nemoc, vztahové konflikty, ztráty...
 - **projevy psychické poruchy**
 - podkladem změny neurotransmise a neuroendokrinní změny
 - vedou ke změně myšlení, emocí, chování, tělesných reakcí, vztahů
 - **udržovací faktory**
 - sebe-stigmatizace, stigmatizace, změny chování, postoje, kognice, vyhýbání, zabezpečování, interpersonální konflikty, přetrvávající neurotransmiterové a neuroendokrinní změny, morfologické změny, změny osobnosti
- shrnutí (Hosák): Většinou geny samy o sobě ani prostředí samo o sobě ke vzniku duševní poruchy nestačí. Geny mohou ovlivňovat, nakolik jsme danému zevnímu prostředí vystaveni. Například se mohou rozhodnout, zda ve volném čase půjdu sportovat, či kouřit marihuanu, kdy toto mé rozhodnutí je mimo jiné podmíněno geneticky. Geny rovněž ovlivňují, nakolik jsme na vliv daného zevního prostředí citliví. Například geneticky podmíněná schopnost vytvářet MAO-A významně ovlivňuje, zda je malý chlapec citlivý vůči projevům zevního stresu, tj. vůči zneužívání tohoto chlapce v domácím prostředí, či nikoli. Pokud je vlivem určitého polymorfismu tvorba MAO-A nedostatečná, vliv zevního stresu na organismus v dětství je devastující a v dospělosti pak tento jedinec zvýšeně vykazuje trestnou činnost.

(20) Psychoterapie

- **psychoterapie** = léčebné působení psychologickými prostředky
- v ČR ji poskytuje atestovaný psychiatr nebo klinický psycholog s psychoterapeutickým výcvikem (několik set vzdělávacích hodin, akreditace MZČR)
- je založena na sociální determinaci člověka - **člověk se formuje prostřednictvím kontaktu s jinými lidmi** a stejně tak obtíže se vytvářejí při kontaktu s nimi
- výsledkem interakce s prostředím je **specifické strukturální a funkční uspořádání CNS**, které ovlivňuje to, jak rozumí věcem kolem sebe a jak na ně reaguje - psychoterapie se snaží **nalézt historický kontext vzniku těchto vzorců a zprostředkovat nové zkušenosti, které vedou k jejich reorganizaci**
- psychoterapie tedy pracuje spíše na úrovni korové, farmaka spíše podkorově
- vznik na začátku 20. stol. (Freudova psychoanalýza), od pol. 20. stol. další směry
- účinnost: asi 75% pacientů z ní má aspoň částečný užitek (při 55 sezeních) a dosažené změny přetrvávají i s odstupem času (typicky minimálně 2 roky)
- obecná indikace k terapii je na straně pacienta: motivace pracovat na sobě, ochota navázat terapeutický vztah a dodržovat pravidla, introspekce, přijetí odpovědnosti
- specifická indikace: doporučení konkrétního směru, formy, postupu a terapeuta
- u mnohých pacientů vyvolá návrh psychoterapie **odmítání, popírání, podráždění** a stud - **kontraindikace** pacienta k psychoterapii! (nejdříve nutnost vybudovat důvěru)
- lékař musí **posoudit motivaci pacienta**: hlubší motivace vybízí k psychoterapii kauzální (viz níže), mělčí motivace spíše jen k symptomatické (často v kombinaci s farmaky - kombinace psychoterapie + psychofarmaka je ale obecně velmi běžná)
- DĚLENÍ psychoterapie:
 - *podle cíle*:
 - **symptomatická** (podpurná) = úleva či vymizení příznaků
 - **kauzální** (rekonstrukční) = jde do hloubky, hledá příčiny obtíží, vyžaduje déleodobou, systematickou intervenci s očekáváním trvalejší změny
 - *podle subjektu*: **individuální**, **párová** (cílem je vztah mezi partnery), **rodinná** (pracuje se členy rodiny společně), **skupinová** (dynamika vztahů mezi členy), **hromadná** (opět ve skupině, ale každý zde pracuje samostatně dle instrukcí terapeuta)
 - *podle délky*: **dlouhodobá**, **střednědobá** (do 50 sezení), **krátkodobá** (do 15-20 sezení), **krizová intervence** (viz otázka 23)
 - *podle psychoterapeutického směru*:
 - **dynamická** (viz otázka 21)
 - **kognitivně-behaviorální** (viz otázka 22)
 - **psychoanalýza**
 - zásadní role **nevědomí** (významný vliv na řízení chování mají nevědomé, zautomatizované mechanismy)
 - to je ovlivněno traumaty (při terapii se např. hypnózou znovu přivádí do vědomí), pudovými přáními (=> analýza snů a metody volné asociace), vč. sexuálních (Oidipovský komplex)
 - dnes se provádí málo (časová a finanční náročnost)
 - **humanistická** (podsměry: "**Gestalt**", "**Rodgerovská**", "**logoterapie**")
 - směřuje k sebeuskutečňování, naplnění životního smyslu
 - **transpersonální** (využívá změněných stavů vědomí - např. hypnóza)

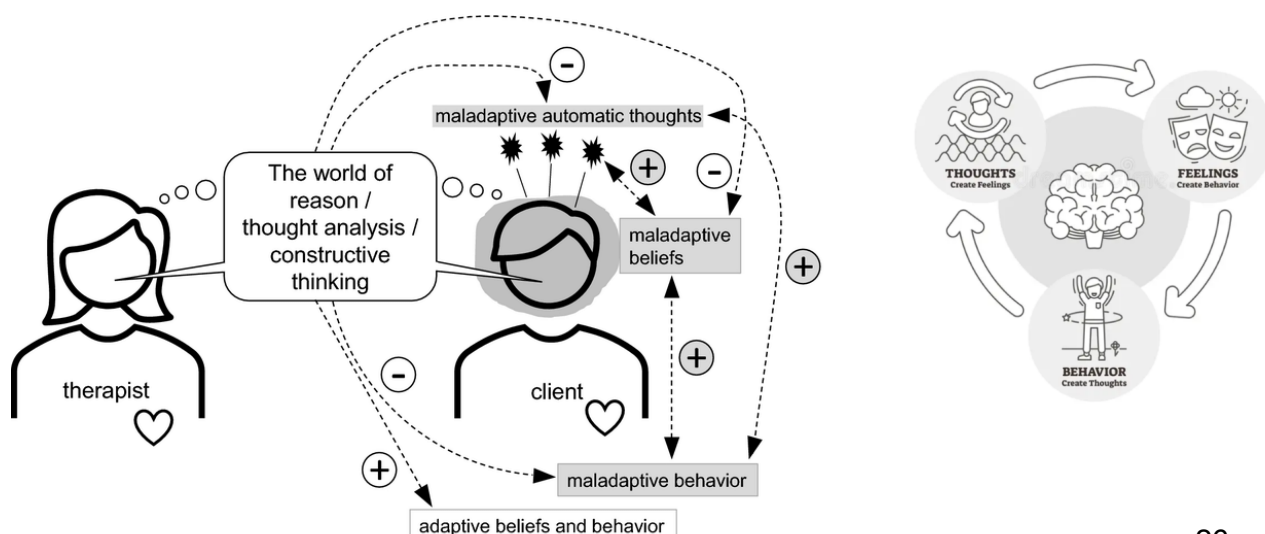
(21) Dynamická psychoterapie - principy, indikace

- **nejznámější** psychotherapeutický směr, který se **diferencoval z psychoanalýzy** (více se zaměřil na současnou situaci pacienta a jeho mezilidské vztahy místo pudů)
- je zaměřena na **psychodynamiku** = dynamiku duševního dění a její prozkoumávání (vědomých a nevědomých psychických sil, jejich vzájemného napětí a vlivu na vývoj)
- **ZÁKLADNÍ PRINCIPY psychodynamické psychoterapie:**
 - velká část psychického života je nevědomá a dospělou psychiku určují dětské zážitky (spolu s genetikou samozřejmě) - většina lidí tudíž nezná svou skutečnou podstatu, ale jen svou současnou podobu - nalezení podstaty je cílem terapie
 - pacientův **přenos** vůči terapeutovi (= zkušenosti z minulých vztahů, které pacient přenáší na terapeuta bez jeho přičinění) poskytuje řadu cenných poznatků, které jsou standardními výpověďmi pacienta nedostupné
 - terapeutův **protipřenos** (= pocity, které pacient vyvolává v terapeutovi) pomáhá pochopit, jaké pocity vyvolává pacient v druhých
 - důležitá je práce s pacientovým **odporem** (=nevědomými snahami znepřístupnit psychický materiál, který ohrožuje dosaženou stabilitu psychiky)
- v praxi 1x týdně, řádově v počtu několika desítek
- terapeut má **hodně aktivní roli**, zejména **poukazuje na možné souvislosti nepřímo** (např. připomenutím možných souvislostí, ujasňováním pojmů pacienta...)
- **základní cíl:** úleva od příznaků, a jsou-li k tomu podmínky, také reorganizace psychiky pacienta
- **indikace:** neurotické poruchy, afektivní poruchy, poruchy přizpůsobení, poruchy osobnosti a somatoformní a psychosomatická onemocnění (PPP, závislosti, deviace)



(22) Kognitivně-behaviorální terapie - principy, indikace

- propojení dvou starších směrů: kognitivního a behaviorálního
 - **behaviorální terapie** odmítá spekulace o vnitřních stavech jedince a zaměřuje se na jeho pozorovatelné chování, staví zejm. na procesech učení a předpokládá, že poruchy chování jsou naučené reakce a jde je přeučit
 - **kognitivní terapie** věří, že u člověka na základě předchozích zkušeností vznikají na podkladě nesprávného myšlení “kognitivní schémata”, v podstatě soubor přesvědčení v pohledu na sebe, na okolí a na budoucnost
- typická je pro KBT existence **definovaných terapeutických postupů**, které usnadňují výzkum její účinnosti - ze všech směrů má tak největší podporu dle **EBM**
- primárně se zaměřuje na **konkrétně definované problémy**, ovlivňující **aktuální život** pacienta
- terapeut problém analyzuje z pohledu **behaviorálního** (*co spouští problémové chování, jak vypadá a jaké jsou jeho následky*), **kognitivního** (*jak pacient pracuje s informacemi a co z nich vyvozuje*) a **funkčního** (*jak problém ovlivňuje život pacienta a proč přetrvává*)
- poté stanoví strategii léčby: (několik příkladů možných metod)
 - ovlivnění **tělesných příznaků** (svalová relaxe, dýchání)
 - ovlivnění zjevného chování - především **expozice** (= vystavení situacím, jichž se obává a učí se je zvládat) a **sledování činností** (písemné zaznamenávání za účelem objektivizace a nalezení nových souvislostí)
 - vytvoření **nového chování** - učení podle vzoru (např. spolupacienta) nebo postupnými kroky pod vedením terapeuta (např. hraní rolí)
 - změna existujícího chování - “**operantní podmiňování**” = pozitivní důsledky toto chování posilují, negativní (absence odměny či pozornosti, ne tresty!) naopak oslabují
 - ovlivnění kognitivních procesů - **zjištění a zpochybnění negativních automatických myšlenek** (dostavujících se v emočně nepříjemné situaci) a dysfunkčních **kognitivních schémat** (viz výše)
- v praxi několik týdnů až měsíců, počet sezení typicky nepřesahuje 20
- od pacienta se očekává **aktivní zapojení** včetně plnění “**domácích úkolů**”
- indikace: úzkostné poruchy, afektivní poruchy, schizofrenie, PPP, deviace, závislosti, mentální retardace a autismus, poruchy chování u dětí, poruchy osobnosti

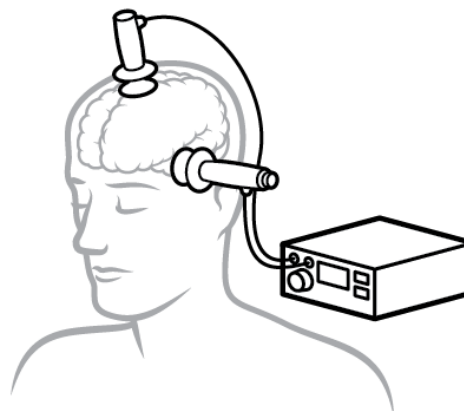


(23) Krizová intervence - principy, indikace

- **krize** = stav po střetu s překážkou, která přesahuje pacientovy individuální adaptační mechanismy
- **krizová intervence** = speciální diagnostický a terapeutický postup, kterým má pomoci k rychlému překonání krize
 - využívá prostředky empatie, možnost psychické ventilace, naslouchání, sugesce, direktivní přístup, korektivní zkušenost, abreakce, placebo
- stav akutní krize trvá do 4-6 týdnů
- příklady krizí:
 - **vývojové** krize (narození dítěte, rozvod)
 - **situační** krize (nečekaná smrt blízké osoby)
 - **kumulované** krize
- pomoc v krizi může být **neformální** (rodič, kamarád) nebo **odborná** (*telefonická první pomoc, ambulantní služby, lůžková péče – do 5 dnů*)
- obecné cíle krizové intervence:
 - **stabilizace stavu** pacienta
 - dodání **pocitu bezpečí**
 - možnost **prožít a vyrovnat se** s emocemi
 - vytvoření **plán** dalších kroků do budoucna
 - nasměrování k vhodným kontaktům s dalšími odborníky
- **krizová centra** – poskytují neodkladnou psychiatrickou péči
 - specializují se na **akutní stavy** (suicidální tendence, akutní psychotické stavy, akutní reakce na stres, akutní dekompenzace osobnosti, poruchy přizpůsobení, exacerbace chronických psychických problémů)
 - nabízí psychiatrické vyšetření, krizovou intervenci, farmakoterapii (anxiolytika – krátkodobá BZD, hydroxyzin, buspiron), emergentní psychoterapii (podpůrná nebo dynamická, expoziční), rodinnou terapii, sociální pomoc
 - tým zde typicky tvoří psycholog, psychiatr, sestra a sociální pracovník
- dále existují **mobilní krizové týmy**, krizová **telefonní linka důvěry**

(24) Elektrokonvulzivní terapie

- léčebná metoda, která vznikla ve 30. letech 20. století v Itálii, v 60. – 70. letech potlačena, v 80. letech renesance
- **mechanismus: vyvolání epileptického paroxysmu**, účinek lze popsat jako kompenzaci odchylek spojených s depresí, **normalizaci funkce neurotransmiterů, neurohormonů a buněčných změn**
- **dle šířky impulzu** se rozlišuje stimulace *krátká* (0,5–2 ms) a v poslední době také *ultrakrátká* (0,1–0,4 ms)
- **dle umístění elektrod** ECT *unilaterální* (dle d'Elia) a *bilaterální* (bifrontotemporální, bifrontální)
- před ECT je nutné získat pacientův **informovaný souhlas**, “**předoperační**” **vyšetření** (sedimentace, KO, moč, jaterní testy, EKG, EEG) a vysadit nebo snížit dávku léků, které ovlivňují konvulzi (zejm. BZD)
- výkon se provádí v **celkové anestezii** (anticholinergikum, krátkodobě působící anestetikum (thiopental), myorelexancium (sukcynylcholin), oxygenace), pacient dostane **roubík** do úst a během výkonu snímáme pomocí **EEG**
- **indikace**: těžká farmakorezistentní deprese, schizofrenie (katatonní, akutní stavy), mánie, neuroleptický maligní syndrom, schizoafektivní porucha,
 - sekundárně: organické duševní poruchy, Parkinsonova choroba, tardivní dyskineze, farmakorezistentní epilepsie, OCD, Tourettův syndrom, symptomatické psychózy, delirium, hypopituitarismus
- **kontraindikace**:
 - **absolutní** – zvýšený nitrolební tlak, mozkový nádor, mozkové aneurysma, feochromocytom, demyelinizační on., akutní CMP, nesnášenlivost anestetika
 - **relativní**: KVS – angina pectoris, aneurysma, hluboká žilní trombóza, plicní choroby, závažná tyreopatie, závažná osteoporóza, cmp v posledních 3 měsících
- **NÚ**: narušení kognitivních funkcí (amnézie), bolesti hlavy, nauzea
- **po ECT** se dávají **nootropika** – piracetam, fyzostigmin – zlepšují kognitivní funkce
- režim: 2x nebo 3x týdně, někdy i každodenní, 6-12 výkonů; vzácně udržovací režim – v jednoměsíčních odstupech, při výskytu symptomů



(25) Psychostimulancia

- **psychostimulancia** = látky zvyšující nebo upravující **vigilitu** vědomí (kvantitu)
 - **zvyšují koncentraci dopaminu a noradrenalinu**, což vede ke **zvýšení pozornosti, omezení impulzivity a motorické hyperaktivity**
 - **NÚ:** (stejně pozorujeme u intoxikace stimulanty)
 - somatické (stimulanty jsou **periferní sympatomimetika**): tachykardie, hypertenze, riziko arytmií, mydriáza, nespavost, snížená chuť k jídlu, úzkost, tenze, xerostomie
 - psychické (zejm. u předávkování / intoxikací): riziko **psychotických symptomů**, vznik **závislosti** a vybudování **tolerance** (psychotropní)
 - **lékové interakce:** potenciace warfarinu, iMAO, kofeinu, TCA
 - **indikace:** **narkolepsie, ADHD**
 - **zástupci:**
 - METYLFENIDÁT (*inh. zpětného vychytávání dopaminu a noradrenalinu*)
 - krátký poločas, časté dávky - vznikla proto forma s postupným uvolňováním (OROS)
 - na ADHD (nízká dávka s týdenním navyšováním do 60mg/den)
 - EFEDRIN, MODAFINIL – narkolepsie
-
- navíc na ADHD – ATOMOXETIN
 - pozor: nepatří mezi psychostimulans! (*inhibitor presynaptického noradrenergního transportéru*)
 - v jedné denní dávce, latence nástupu účinku, navyšování dávky (zhruba 0,5 mg/kg a končí se na 1,2 mg/kg)



(26) Anxiolytika a hypnotika

- **anxiolytika**= nejvíce předepisovaná skupina psychofarmak u nás (ačkoliv stěžejní v léčbě úzkostných poruch je psychoterapie! anxiolytika správně jen krátkodobě)
 - **potlačují úzkost**, působí **tlumivě** na CNS, v různé míře efekt hypnotický, myorelaxační a antikonvulzivní
 - **nebenzodiazepinová**
 - **buspiron** – (antagonista noradrenergických a dopaminergních receptorů, agonista 5-HT₁) účinek po 1-3 týdnech
 - **hydroxyzin** (aktivní metabolit: cetirizin = antihistaminikum - NÚ antihistaminik: ospalost, únava, suchost sliznic)
 - propandioly – **guaifenezin** – na mírnou úzkost, tenzní bolesti hlavy, myorelaxaci)
 - **benzodiazepinová (BZD)**: *anxiolytické, sedativní, antikonvulzivní a myorelaxační účinky přes potenciaci GABAergní inhibice*
 - indikace: úzkostné a fobické stavy, akutní reakce na stres, akutní neklid, poruchy spánku, abstinenční stavy, záchvatovité stavy, potlačení akutní úzkosti, potlačení akatizie (“syndrom neklidných nohou”) při léčbě antipsychotiky a amnézie při bolestivých zákrocích
 - kontraindikace: **myasthenia gravis** (výjimka tofizopam), **akutní intoxikace** alkoholem a jinými sedativy, **gravidita a laktace**, **spánková apnoe**, ataxie, jaterní dysfunkce
 - NEJSOU VHODNÁ PRO STARŠÍ PACIENTY! – negativní vliv na kognitivní funkce, ataxie, **pády**, **zmatenost**, **paradoxní reakce** – agitace neklid
 - jen na akutní úzkost, **dlouhodobě nejsou vhodná** – vzniká **tolerance**, **závislost**, **odvykací stavy** (provázené epileptickými záchvaty - VYSAZUJEME POSTUPNĚ!)
 - dělení dle nástupu a trvání
 - **krátkodobá (oxazepam)**
 - **střednědobá (alprazolam- Xanax, Neurol)**
 - **dlouhodobá (diazepam, rivotril)**
 - u intoxikace: antidotum **flumazenil**
 - anxiolyticky působící léky s jiným hlavním účinkem: *antidepresiva SSRI* (sertralin, fluoxetin, citalopram, fluvoxamin, paroxetin, escitalopram), *SARI* – trazodon (trittico), *SNRI* – venlafaxin – GAD, mirtazapin (*NaSSA*), moklobemid (*RIMA*), z *antipsychotik* v nízkých dávkách quetiapin, pregabalin – GAD
-
- **hypnotika** = léky působící **tlumivě** na CNS, používají se hlavně k **navození a udržení spánku**
 - z 1. generace (dříve barbituráty) se stále používá pouze **klomethiazol** na delirium tremens
 - 2. generace = BZD (viz výše) – u nich **rebound insomnie** u vysazení!
 - 3. generace = **Z látky** – **zolpidem, zopiklon** – ačkoliv se myslelo, že ne, vzniká na ně **SILNÁ ZÁVISLOST** a NÚ podobné BZD, **krátkodobě** na poruchy spánku
 - dále se dá použít **melatonin**, který je zcela bezpečný a bez NÚ, ale ani zdaleka nedosahuje účinnosti ostatních hypnotik (na lehčí insomnie)

(27) Kognitiva a nootropní psychofarmaka

- **kognitiva** mají použití hlavně u **organických poruch s poklesem kognitivních funkcí** – zejm. **demence**
 - **inhibitory acetylcholinesterázy (AChE)**
 - **donepezil** (poločas 70 h)
 - **rivastigmin** (demence u Parkinsona, i ve formě náplastí – menší GIT NÚ)
 - **galantamin**
 - **NÚ**: GIT (jsou to **nepřímá parasymptomimetika**) – nevolnost, zvracení, průjemy, úbytek váhy; halucinace a neklid – **dáváme večer!**, bolesti hlavy
 - **léková interakce** s betablokátory a digoxinem
 - **kontraindikace**: astma bronchiale, CHOPN, vředové choroby
 - **antagonisté NMDA receptorů (ionotropní glutamátový receptor** – nadměrné množství glutamátu poškozuje neurony)
 - **memantin** (NÚ: závratě, cefalea, únava, halucinace)
 - *huperzin A*
 - *riluzol*
 - všechny **mírně zlepšují i poruchy chování u demencí** – apatii, úzkost, agitaci, neklid, bludy
 - kombinujeme s SSRI, SNRI, u psychotických stavů – antipsychotika 2. generace (olanzapin, risperidon, alipirazol), u večerního neklidu tiaprid
-
- **nootropika** zlepšují metabolismus (utilizaci glukózy) a **prokrvení CNS**
 - **piracetam**
 - *pyritinol*
 - *meklofenoxat*
 - kromě užití jako kognitiva také zlepšují kognitivní stav **po ECT**

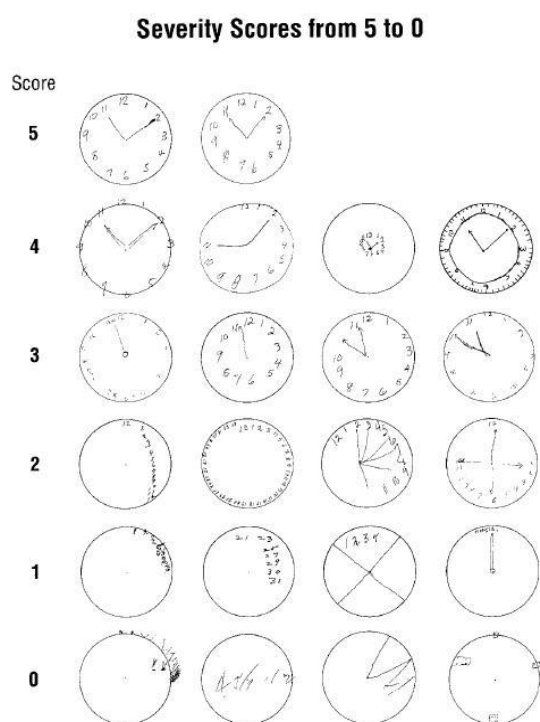
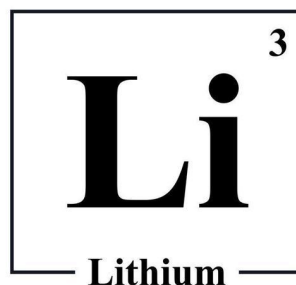


Fig. 1. Severity scores from 5 to 0

(28) Lithium a jeho léčebné využití v psychiatrii

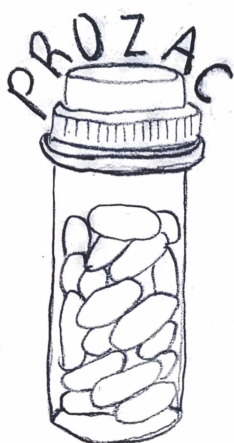
- patří mezi **stabilizátory nálady** – zlatý standard pro léčbu **BAP**
 - při léčbě akutní mánie vhodné kombinovat s antipsychotikem 2. generace
- mechanismus účinku: **není zcela objasněn**, ale ovlivňuje koncentraci iontů, metabolismus hormonů a neurotransmiterů, zvyšuje aktivitu MAO, snižuje katecholaminergní transmissi a zvyšuje cholinergní, prodlužuje postsynaptickou depolarizaci
- 1200-1800 mg/den, c= **0,4 – 1,2 mmol/l** (rutinně se provádí **TDM**)
 - nad 1,5 mmol/l – **toxická – arytmie, AV blokáda, QT prodloužení**
- NÚ: hypothyreóza (tlumí hormony štítné žlázy), hyperparathyreoidismus (zkontrolujeme Ca v krvi), diabetes insipidus, chronické selhání ledvin, GIT, kožní, kardialní (AV bloky), zvýšená hmotnost, vypadávání vlasů, riziko teratogenity (Ebsteinova anomálie) v 1. trimestru
- interakce: nekombinovat s antipsychotiky 1. generace – vzniká toxický **delirantní** stav, s SSRI riziko **serotoninového syndromu**



(29) Antidepresiva - dělení a indikace +

(30) Antidepresiva - nežádoucí účinky a interakce

- antidepresiva zlepšují u deprese narušenou neurotransmisi monoaminů (serotoninu, noradrenalinu, dopaminu) v CNS - dělíme je dle mechanismů, kterými toho dosahují
- kromě deprese jsou indikacemi:
 - úzkostné poruchy při dlouhodobé (!) léčbě (panická porucha, fobie, GAD, PTSD, OCD)
 - chronická bolest
 - PPP
 - nespavost
- ROZDĚLENÍ ANTIDEPRESIV DLE MECHANISMU ÚČINKU:
 - **INHIBICE VYCHYTÁVÁNÍ MONOAMINŮ**
 - 1. a 2. generace - "thymoleptika" (tricyklicka = "TCA", tetra-, hetero-)
 - *inhibice zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu v různém poměru* - zvýšení jejich koncentrace
 - **blokáda M1, H1 a alfa-1** - NÚ
 - jsou proto nevhodná při hypertrofii prostaty, zácpě, hypotenzi, KV onemocněních, vyšším věku a demenci
 - KI: glaukom a ileus
 - ze skupiny používaná **jen TCA (amitriptylin, klomipramin, imipramin)** pro pacienty s těžkou depresí, zejména hospitalizované, a pro léčbu insomnie (velká sedace)
 - vysoká toxicita - pozor u suicidalitu! (**předávkování**)
 - 3. generace - SSRI, SARI, další 2 skupiny u nás nedostupné
 - **selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI)**
 - v současnosti **nejrozšířenější** skupina antidepresiv (mohou předepisovat i VPL a další specializace)
 - obecně **dobře snášena** - LV1 u starších pacientů a při somatických komorbiditách
 - NÚ:
 - GIT, úzkost, nespavost - na začátku (odezní)
 - **sexuální dysfunkce** (!), vzácně hyponatrémie (na podkladě SIADH - zejm. starší s diuretiky, DM, hypertonici, CKD...) - při dlouhodobé léčbě
 - interakce: **zvýšená krvácivost** při kombinaci s NSAID, ASA nebo warfarinem
 - **(es)citalopram, fluoxetin, paroxetin, sertralin...**
 - **antagonisté serotoninu a inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SARI)** - u nás převážně **trazodon**
 - léčba deprese s insomnií, úzkostí a agitovaností
 - zejména u **starších pacientů závažné NÚ** (hypotenze, arytmie, zhoršení kognice)
 - 4. generace - selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu (SNRI) - u nás převážně **venlafaxin**
 - podle některých studií jsou **účinnější než SSRI**



- vhodné pro léčbu pacientů s těžkou depresí, hypersomnií a psychomotorickou retardací, naopak nevhodný u deprese s úzkostmi, nespavostí, sexuální dysfunkcí a hypertenzí
- “kalifornské raketové palivo” (:D) = venlafaxin a mirtazapin
- 5. generace - inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, noradrenalinu a dopaminu (SNDRI) - u nás převážně **bupropion**
 - typicky předepisován při **nesnášenlivosti SSRI** kvůli **sexuální dysfunkci**, mimo to indikace i omezení stejná jako SNRI
 - KI: epilepsie
- **PŘÍMÉ OVLIVNĚNÍ RECEPTORŮ**
 - noradrenergní a selektivní serotoninergní antidepresiva (NaSSA) - u nás převážně **mirtazapin**
 - **blokáda alfa-2 adrenergních receptorů (autoinhibiční) na noradrenalinových a serotoninových neuronech - zvýšení výdeje obou aminů**
 - **současná blokáda serotoninových receptorů (H2 a H3) - zabránění výskytu serotoninových NÚ**
 - jedno z **nejúčinnějších AD**, **rychlejší nástup** účinku než SSRI
 - výrazná **sedace** - podává se na noc (i jako hypnotikum)
 - léčba těžké deprese (s úzkostí, agitovaností, nespavostí a nechutenstvím s úbytkem hmotnosti - nevhodný je při depresi s opačnými příznaky, zejm. hypersomnií a nadváhou)
 - agonisté 5-HT₁ receptorů - u nás převážně **buspiron**
 - **antagonista noradrenergních a dopaminergních receptorů, agonista 5-HT₁**, je antidepresivum a převážně anxiolytikum
 - účinek po 1-3 týdnech
 - agonisté melatoninu a selektivní antagonisty serotoninu (MASSA) - u nás převážně **agomelatin**
 - **agonista melatoninových receptorů a antagonist 5-HT₂**
 - **synchronizuje cirkadiánní rytmy** (podává se proto v jedné večerní dávce)
 - léčba lehkých a středně těžkých depresí
 - je velmi dobře snášen, často v kombinaci s SSRI
- **INHIBICE BIODEGRADACE**
 - skupina obsahuje více podskupin (IMAO, IMAO-A, IMAO-B, inhibitory COMT), v psychiatrii se ale používají jen:
 - reverzibilní inhibitory monoaminoxidázy typu A (RIMA) - u nás převážně **moklobemid**
 - **reverzibilní inhibice MAO-A zvyšuje koncentraci noradrenalinu, 5-HT, dopaminu, tiraminu a dalších**
 - na rozdíl od ireverzibilních inhibitorů nehrozí hypertenzní krize po stravě bohaté na tyramin (sýry, uzeniny...) nebo noradrenergních lécích
 - **srovnatelně účinný s SSRI a dobře snášený i u starších pacientů**
- **DALŠÍ ANTIDEPRESIVA**
 - **tianeptin** snižuje vliv dlouhodobého stresu na hipokampus, čímž působí antidepresivně - u lehkých depresí
 - **extrakt z třezalky** lze použít u lehké deprese, ale má četné lékové interakce, zejm. se serotoninergními antidepresivy

- velká část pacientů (**30-45%**) dostatečně **nereaguje na první** antidepresivum - obecný postup:
 - vyloučit **pseudorezistenci** (= přítomnost tělesného onemocnění / podávání medikace vyvolávající depresi)
 - **ověřit adekvátnost** léčby (volba léku, dávkování, psychoterapie, adherence)
 - *při částečném efektu* léčby - “**augmentace**” (přidat Li, trijodthyronin, buspiron)
 - *při žádném účinku* - **záměna** za jiné AD (ideálně z jiné skupiny) nebo **kombinace** AD (SSRI + TCA, “kalifornské raketové palivo” a další)
 - pozor na serotoninový syndrom u AD s serotoninovým účinkem! (viz otázka 35)
 - u *farmakorezistentních stavů / těžké deprese / rizika suicidia* - **ECT**
- **největší efekt má terapie kombinující antidepresivum a psychoterapii!**
- PŘEHLED NEJVÝZNAMNĚJŠÍCH NÚ ANTIDEPRESIV:
 - blokáda **H1** receptorů (amitriptylin, mirtazapin) - ospalost a nárůst hmotnosti
 - blokáda **M** receptorů (TCA, paroxetin) - rozmazané vidění, suchost sliznic, zácpa, retence moči, tachykardie, negativní vliv na kognici)
 - blokáda **5-HT** receptorů (mnoho AD) - n/v, tenze, insomnie, úzkost, cefalea
 - ovlivnění **noradrenergí** transmise (TCA, trazodon) - hypotenze, závratě
 - aktivační efekt na počátku léčby AD - “**jitteriness syndrom**” (obdobné efekty jako blokáda 5-HT)
 - **nárůst hmotnosti** je významný u TCA a mirtazapinu, v menší míře je přítomný i u SSRI a venlafaxinu, naopak u bupropionu není vůbec
 - **sexuální dysfunkce** potkají až 50% pacientů na SSRI, šetrnější je venlafaxin a nejlepší v tomto ohledu bupropion a moklobemid
- NEJVÝZNAMNĚJŠÍ INTERAKCE ANTIDEPRESIV:
 - **TCA** jsou **významné inhibitory CYP 2D6** (metabolizuje 25% léků - *většinu psychofarmak, opioidy, betablokátory...*), 2C19 (*antiepileptika, PPI, klopidogrel*) a 1A2
 - na rozdíl od ostatních SSRI je silným inhibitorem i **fluoxetin**
 - pozor tedy na kombinaci TCA a fluoxetinu (toxicita TCA!)
 - **společné podávání TCA a SSRI** nebo jiných serotoninergních preparátů současně může vyvolat **serotoninový syndrom**
 - podání izoprenalinu s TCA může skončit smrtí (kardiotoxicita)
 - escitalopram zvyšuje gastrotoxicitu NSAID
- vysazení AD musí být **postupné** (několik týdnů, doporučení: **¼ dávky/týden**)
 - při náhlém vysazení - **syndrom z vysazení** (flu-like příznaky, insomnie, podrážděnost) trvající cca 3 týdny
 - u TCA navíc vzniká “**cholinergní rebound**” (nauzea, průjem, závratě, třes)

(31) Antipsychotika - dělení a indikace +

(32) Antipsychotika - nežádoucí účinky a interakce

- **antipsychotika (AP)** = základní léková skupina pro léčbu psychóz, další indikace:
 - BAP
 - augmentace léčby depresivních a úzkostných poruch
 - tlumení neklidu různé etiologie
- podstata účinku: *blokáda presynaptických i postsynaptických D2 a D3 receptorů* v:
 - **mezolimbické** oblasti (redukce pozitivních příznaků)
 - **mezokortikální** oblasti (může zhoršit kognici a negativní příznaky)
 - **nigrostriatální** oblasti (extrapyramidové projevy)
 - **tuberoinfundibulární** oblasti (hyperprolaktinémie)
- mimo to ovlivňují mnoho dalších receptorů:
 - terapeuticky: blokáda **5-HT** receptorů - anxiolytický efekt a zlepšení negativních, kognitivních a depresivních příznaků u schizofrenie
 - blokáda ostatních receptorů (**alfa, H, M**) způsobuje **typické NÚ**
- jejich dělení je do velké míry umělé a představa, že 1. generace navozuje více extrapyramidových příznaků, hyperprolaktinémie a jsou méně účinná oproti 2. generaci, platí jen pro některé preparáty
- **ANTIPSYCHOTIKA 1. GENERACE (klasická)**
 - **sedativní** (nizkopotentní)
 - silná **sedace**, **méně blokuje D2**, zato **hodně H, M a alfa** (viz dále)
 - ve stovkách miligramů denně
 - léčba **akutního** neklidu a agresivity, v nízkých dávkách anxiolytika
 - **chlorpromazin** (typický pro skupinu, ale v ČR už ne), **chlorprothixen**
 - **incizivní** (vysokopotentní)
 - **silná blokáda D2** zajišťuje **vyšší účinnost** za cenu výrazných **extrapyramidových symptomů** (viz dále) a **hyperprolaktinémie**
 - **ostatní receptory blokuje minimálně**
 - v jednotkách miligramů denně
 - kvůli nízké sedaci a vysoké účinnosti na pozitivní příznaky, agitovanost a neklid vhodná pro **udržovací léčbu**
 - melperon navíc na poruchy chování u depresí
 - **haloperidol, melperon, flupentixol**
- **ANTIPSYCHOTIKA 2. GENERACE (atypická)**
 - oproti 1. generaci blokuje **blokuje D2 a D3 extrastriálně selektivně** (antipsychotický efekt už při 40% obsazenosti D receptorů ve striatu, takže EPS vznikají až při vysokých dávkách)
 - **vysoce účinná** a ve srovnání s 1. generací **lépe snášená** - **LV1** u psychóz
 - rozdělení podle mechanismu účinku:
 - **selektivní antagonisté dopaminových receptorů D2/D3**
 - **tiaprid** - zejména pro léčbu schizofrenie
 - **NÚ**: významná hyperprolaktinémie, EPS a sedace
 - **antagonisté serotoninových a dopaminových receptorů (SDA)**
 - **risperidon** - schizofrenie, mánie, poruchy chování (i u dětí)
 - prakticky všechny NÚ ze seznamu níže
 - **multireceptoroví antagonisté (MARTA)**
 - **blokáda D, 5-HT, alfa, H i M** (jako sedativní AP 1. generace)

- významné **metabolické NÚ** (první 3 níže), hypotenze, **sedace**
- **olanzapin** - jedno z nejúčinnějších AP, ale nárůst hmotnosti!
- **klozapin** - *nejúčinnější* AP - pro farmakorezistentní stavy, agresivitu a suicidalitu ale riziko závažných NÚ
 - mimo obecných i **specifické** pro něj: **agranulocytóza**, epileptické záchvaty, **kardiomyopatie**
- **quetiapin** - více na BAP než schizofrenii (má aktivní metabolit s antidepresivním účinkem), je šetrný z hlediska EPS a má SR tbl.
- *při výskytu NÚ často stačí snížit dávku nebo užít medikaci korigující* je (např. **biperiden** u EPS), případně změnit AP (existují tabulky s doporučeními)
- nejčastější nežádoucí účinky:
 - *nárůst hmotnosti*
 - *dyslipidémie*
 - *vzestup glykémie (porucha glukózové tolerance - DM2)*
 - zejm. tyto 3 metabolické příznaky způsobují to, že mají **pacienti se schizofrenií větší morbiditu a mortalitu** oproti běžné populaci
 - **před nasazením AP** se proto provádí **laboratorní** a fyzikální vyšetření a pak se **průběžně kontrolují** hodnoty
 - *hyperprolaktinémie*
 - *prodloužení QTc intervalu*
 - *extrapyramidové příznaky*
 - **polékový parkinsonismus** (důsledek blokády D2 ve striatu)
 - bradykineze, svalová rigidita, změna chůze a třes
 - **akutní dystonie** = mimovolní kontrakce svalů trvající delší čas - abnormální pohyb / postavení určitých částí těla
 - dlouhodobý EPS: **tardivní dyskineze** (hypersenzitivita D2 ve striatu po dlouhém působení AP)
 - stereotypní, mimovolní, nepřírozené pohyby úst, jazyka, očí, končetin nebo trupu
 - ukázka: https://youtu.be/Rw74dizv53o?si=Am_Q0kr9q7UhN-m0
 - *hypotenze*
 - *sedace*
- závažný NÚ - akutní stav v psychiatrii - **neuroleptický maligní syndrom** (otázka 34)
- u schizofreniků s opakovanými recidivami z důvodu nonadherence, pacientů s BAP a často se střídajícími epizodami, u sexuálních deviací s agresivním chováním a někdy u poruch osobnosti se indikují **depotní formy AP**
 - mohou být indikovány i při malabsorpci z GIT a odchylkách v metabolismu
- kontraindikace:
 - **relativní**: komatózní stavy, intoxikace sedativy – ethanol, barbituráty
 - **absolutní**: Parkinsonova nemoc, anamnéza neuroleptického maligního syndromu, poruchy krvetvorby, glaukom, hypertrofie prostaty, stížená střevní pasáž (vždy záleží na tom, zda dané AP působí na odpovědné receptory)
- interakce: **antiepileptika** (snížení účinku), **léčiva prodlužující QT interval** (zvýšené riziko komorových arytmií), **léčiva snižující tlak**, **anticholinergika**, **TCA** (toxicita)

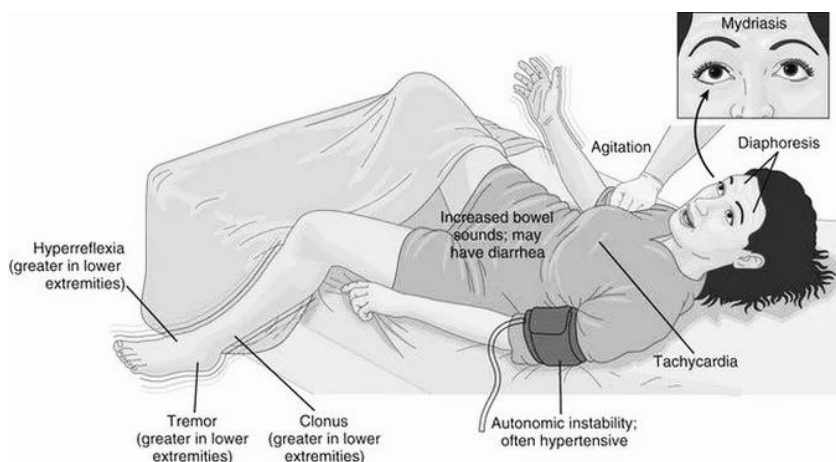
(33) Stabilizátory nálady - indikace, nežádoucí účinky a interakce

- pro léčbu bipolární afektivní poruchy a cyklothymie
- typický zástupce: ***lithium*** – viz otázka 28
- dále některá antiepileptika:
 - ***valproát***
 - zvyšuje obsah GABA, vliv na draslíkové kanály a blokuje glutamátové receptory
 - 900-2000 mg/den
 - interakce: jeho sérové koncentrace zvyšuje **fluoxetin** (viz otázka 30) a **erytromycin** (také inhibitor CYP450)
 - KI: nepodáváme fertilním ženám a v těhotenství - **TERATOGENITA** (vývojové malformace)
 - NÚ: GIT, hepatální, hematologické (leukopenie, agranulocytóza – vzácná, ale nebezpečná), vypadávání vlasů a příbytek hmotnosti
 - ***karbamazepin***
 - působí na adrenergní, BZD (= GABA) a glutamátové receptory
 - 400-1200 mg/den
 - interakce: **induktor CYP450** – snižuje účinek jiných léků
 - NÚ: neurologické (rozmazané vidění, ataxie, diplopie), hematologické, hepatální, kožní (Steven-Johnsonův syndrom), hyponatremie
 - ***lamotrigin***
 - *mechanismus účinku prakticky identický s valproátem*
 - účinný i u **profylaxe deprese** u BAP
 - titruje se do dávky 200-400 mg/den
 - kožní NÚ
- shrnutí terapie:
 - *management akutní mánie*: stabilizátory nálady + antipsychotika (větší variabilita)
 - *management akutní deprese*: lamotrigin (nejúčinnější v depresivní fázi) + olanzapin / quetiapin (specifické preparáty)
 - *udržovací léčba* – stabilizátory nálady + antipsychotika (větší variabilita)



(34) Neuroleptický maligní syndrom

- NMS = **závažná komplikace léčby antipsychotiky**
 - častější u **1. generace** a po **depotních** antipsychotících, rizikové je i.m a i.v. podání
 - nejčastěji **do 30 dnů** od podání
- mechanismus vzniku: **dopaminová blokáda v nigrostriatu a v hypothalamu** (viz obecný mechanismus účinku antipsychotik - otázka 31)
- klinický obraz:
 - **prodromy** – extrapyramidové příznaky (viz otázka 32) nereagující na antiparkinsonika, katatonie (viz otázka 12), změny tlaku a pulzu, subfebrilie, zvyšuje se hladina kreatinfosfokinázy
 - **neurologické** příznaky – difúzní svalová rigidita, extrapyramidové syndromy (hypertonicko-hypokinetický syndrom)
 - **psychické** příznaky – delirium, stupor, změna vědomí, komatozní stav
 - **vegetativní** příznaky – febrilie, pocení, dehydratace, tachykardie, inkontinence, změny tlaku, tachypnoe
 - **laboratorní** příznaky – leukocytóza, vysoké hodnoty kreatinfosfokinázy, myoglobinurie (riziko rozvoje renálního selhání), abnormality na EEG
- léčba: probíhá na **JIP**
 - **vysazení** antipsychotika
 - symptomatická farmakoterapie: **dantrolen** (myorelaxans, snižuje hypertermii) + dopaminoví agonisté (**bromokriptin**), alternativně levodopa, amantadin
 - někdy ECT



(35) Anticholinergní a serotoninový syndrom při léčbě psychofarmaky

- **serotoninový syndrom** = závažný **akutní** stav vznikající jako **komplikace** terapie léky ovlivňujícími **serotoninový systém**
 - základní mechanismus: *nadměrná aktivace 5-HT receptorů*
 - zejména při **vysokých dávkách a nevhodných kombinacích** (viz otázka 30)
 - látky, které ho způsobují:
 - **psychofarmaka**: iMAO, SSRI, venlafaxin, TCA, lithium
 - **ostatní léky**: tramadol a pethidin, linezolid a erytromycin (se SSRI)
 - **drogy**: extáze (MDMA)
 - klinické projevy:
 - **neurologické**: třes, myoklonus, dysartrie, ataxie, hypertonus
 - **KVS**: tachykardie, hypertenze
 - **vegetativní**: pocení, mydriáza, hypertermie
 - **psychické** – mánie, agitace, zmatenost
 - léčba:
 - **vysazení**
 - *u mírných symptomů*: BZD (lorazepam)
 - *u těžších stavů*: **ciproheptadin** (= sedativní antihistaminikum s antiserotoninovými účinky) + propranolol (BB)

- **anticholinergní syndrom** = stav způsobený *nadměrnou bloádou cholinergních receptorů*, vznikající jako **komplikace** terapie **léčiv s anticholinergními účinky**
 - léky, které mohou vyvolat anticholinergní syndrom:
 - typicky **antimuskarinní** léčiva (atropin, skopolamin), **spasmolytika** (butylskopolamin) a **mydriatika** (tropikamid)
 - psychofarmaka: **TCA, antipsychotika** (zejm. sedativní 1. generace a MARTA)
 - ostatní léčiva: **antihistaminika**
 - klinické projevy: (*typické akcentované projevy blokady M receptorů*)
 - sucho v ústech
 - zhoršené vidění (zhoršení akomodace, mydriáza) se světloplachostí
 - zácpa a retence moči
 - zvýšená srdeční frekvence (tachykardie)
 - zvýšená tělesná teplota, navíc s poklesem pocení (hypertermie!)
 - delirium, zmatenost, halucinace
 - léčba:
 - **vysazení** anticholinergního léku
 - symptomatická farmakoterapie: **inhibitory AChE (fyzostigmin** – zvýšení koncentrace ACh v synapsích) + rehydratace, antipyretika, zajištění normálního dýchání a oběhu
 - hospitalizace může být nutná v těžších případech
 - anticholinergní syndrom je **obvykle reverzibilní**, pokud je včas rozpoznán a léčen