

SPECIÁLNÍ PSYCHIATRIE 2025

(1) Organické psychické poruchy	2
(2) Demence - symptomatologie, diagnostika, diferenciální diagnostika	3
(3) Amnestický syndrom	5
(4) Delirium - symptomatologie, diagnostika, diferenciální diagnostika	6
(5) Farmakogenní duševní poruchy (duševní poruchy jako nežádoucí účinky farmakoterapie)	7
(6) Závislost na psychoaktivních látkách - definice, kritéria, rozdělení, příčiny, terapie	8
(7) Poruchy vyvolané užíváním alkoholu - klinické stavy, principy léčby	10
(8) Poruchy vyvolané požíváním opioidů - klinické projevy, principy léčby	11
(9) Poruchy vyvolané užíváním sedativ nebo hypnotik - klinické stavy, principy léčby	12
(10) Poruchy vyvolané požíváním kanabinoidů, halucinogenů, organických rozpouštědel	13
(11) Poruchy vyvolané požíváním kokainu, stimulantů, extáze - klinické stavy, principy léčby	14
(12) Schizofrenie - charakteristika, výskyt, symptomatologie, diferenciální diagnostika	15
(13) Schizofrenie - průběh a léčba jednotlivých fází	16
(14) Trvalá porucha s bludy, schizoafektivní porucha	17
(15) Depresivní porucha - charakteristika, symptomatologie, léčba, diferenciální diagnostika	18
(16) Bipolární afektivní porucha - charakteristika, symptomatologie, léčba	20
(17) Panická porucha	21
(18) Ostatní úzkostné poruchy	22
(19) Disociativní a konverzní poruchy	23
(20) Obsedantně-kompulzivní porucha	24
(21) Somatoformní poruchy	25
(22) Akutní reakce na stres a poruchy přizpůsobení	26
(23) Posttraumatická stresová porucha	27
(24) Poruchy příjmu potravy	28
(25) Sexuální dysfunkce	29
(26) Poruchy pohlavní identity a preference	30
(27) Impulzivní poruchy	31
(28) Poruchy osobnosti - definice, principy léčby	32
(29) Porucha osobnosti anankastická, anxiózní, schizoidní	33
(30) Disociální a paranoidní porucha osobnosti	33
(31) Emočně nestabilní a histriónská porucha osobnosti	34
(32) Poruchy spánku, jejich příčina a léčba	35
(33) Mentální retardace	36
(34) Psychické poruchy v dětství - přehled	37
(35) Pervazivní vývojové poruchy u dětí	38
(36) Hyperkinetické poruchy u dětí	39
(37) Tikové poruchy	40

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) Organické psychické poruchy

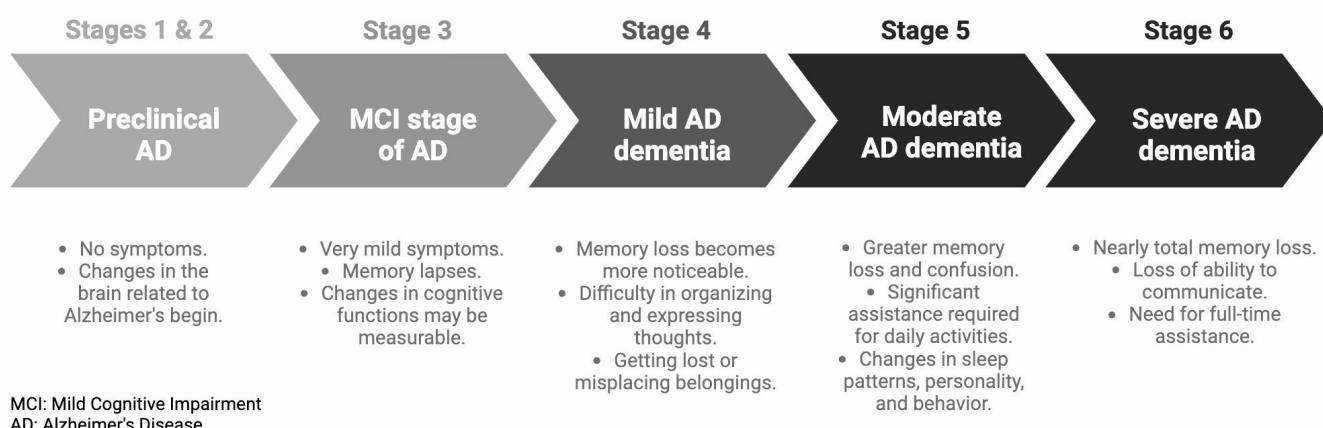
- duševní poruchy primárně způsobené **externí noxou** (etiologicky známá příčina)
 - **primární** organické poruchy (krvácení, trauma...)
 - **sekundární** organické poruchy (Wernickeova encefalopatie, Wilsonova choroba...)
- hlavně sem patří demence (otázka číslo 2) a **organické delirium** (otázka číslo 4)
- ostatní stavy - kromě poruch kognitivních funkcí se podobají poruchám “neorganického” původu, podle čehož se také jmenují
 - *poruchy kognitivních funkcí:*
 - lehké poruchy kognitivních funkcí = predemence
 - nejčastěji **mírná kognitivní porucha** (MCI, viz otázka číslo 2)
 - (sem by patřila i demence)
 - **organický amnestický syndrom** (viz otázka číslo 3)
 - *psychotické poruchy* - všechny léčíme **antipsychotiky 2. generace**
 - **organická halucinóza**
 - např. při infiltraci mozku v rámci hematologické dg.
 - mohou být všechny druhy halucinací, někdy i bludy - časté jsou halucinace cizích osob v bytě, které pacienta okrádají
 - **organická katatonní porucha** (podobná katatonní schizofrenii)
 - např. při encefalitidě
 - **organická porucha s bludy**
 - oproti halucinóze častější, pestřejší a pevnější bludy
 - zejména difúzní a chronická organická postižení mozku
 - *několik dalších významnějších organických poruch:*
 - **organické afektivní poruchy**
 - např. zánět jater, klíšťová encefalitida, CMP
 - nejčastěji se projevují depresí, mánie výjimečně
 - léčíme **SSRI**
 - **organická porucha osobnosti**
 - změna musí trvat aspoň 1 rok, nejčastěji po CMP a úrazech
 - základní příznaky: úbytek sociální obratnosti, ztráta sebekontroly, soudnosti a náhledu, emoční labilita se vztekem
 - léčba atypickými **antipsychotiky**, **stabilizátory nálad** a psychoterapií
 - **postkomoční porucha**
 - poměrně časté po dopravních, pracovních a sportovních úrazech
 - bolesti hlavy, poruchy soustředění a paměti, úzkosti, deprese
 - může trvat měsíce až roky, někdy doživotně
 - léčba **nootropiky**, vitaminy skupiny **B**, u depresí **SSRI**
 - **postencefalická porucha**
 - po prodělané bakteriální nebo virové encefalitidě
 - různorodý klinický obraz
 - bývá reverzibilní, ale rezidua i několik let

(2) Demence - symptomatologie, diagnostika, diferenciální diagnostika

- patří mezi **organické duševní choroby**, podkladem organické poškození mozku
 - **progredující úpadek kognitivních funkcí** a sekundárně i psychických
 - až do stádia absolutní neschopnosti samostatné existence, končí smrtí (většinou nepřímo - pády, aspirace jogurtu :-D, ale někdy i přímo (selhání vitálních funkcí)
- většinou vznikají ve stáří (gerontopsychiatrie), ale klasifikovatelné již od 2. roku
- předstupeň demence = **mírná kognitivní porucha (MCI)** / benigní stařecká zapomnětlivost - relativně častý stav ve stáří
 - poruchy paměti jsou, ale nejsou narušeny společenské a pracovní funkce
- **primární** (neurodegenerace) vs. **sekundární** (symptomatická – ischemie, úraz, otrava, infekce, nádor, avitaminózy, metabolické)
- nejčastější demence: **1. Alzheimerova nemoc s vaskulární složkou** (smíšená) - 40%, **2. ("čistá") Alzheimerova demence** (bez vaskulární složky) - 20%, **3. ischemicko-vaskulární demence** - 15%, **4. demence s Lewyho tělísky** - 10%
- klinické příznaky: ABC
 - **A** (activities of daily living): hygiena, oblékání, stravování, finance - jako první ztráta používat instrumenty (nástroje k vaření, mobil)
 - **B** (behavioural changes): agitace, agresivita, bloudění, halucinace, deprese, podezřívavost, bludy - nejčastější je apatie
 - **C** (cognitive decline): poruchy paměti (plíživá, progredující, nejprve krátkodobé), později ztráta náhledu – "šťastná demence", intelektu, poruchy myšlení (zpomalení, nevypravné, ulpívavé, zabíhavé) a orientace
- **Alzheimerova demence (AD)**
 - incidence **od 65 let** (pokud dříve: s časným začátkem), riziko roste exponenciálně s věkem
 - multifaktoriální etiopatogeneze – relativně velký **genetický** vliv
 - proteinopatie – beta-amyloidové plaky, tangles - atrofie
 - dg.: **MMSE, clock test**, neurologické vyšetření, **CT**, PET, SPECT, MR, likvor
 - léčba:
 - edukace příbuzných, **vhodné prostředí**, aktivizace, speciální domovy
 - farmakoterapie:
 - **kognitiva** (iAChE: rivastigmin, galantamin, donepezil), **memantin** (NMDA blokátor) (nootropika nefungují!)
 - léčba deprese: SSRI, halucinace a poruchy spánku: tiaprid, BZD na úzkost dlouhodobě nevhodné, ale často je lidé berou
- **vaskulární demence** – nejčastější sekundární demence
 - etiopatogeneze: **mikroinfarkty**, vaskulární encefalopatie, ateroskleróza,...
 - hlavní rozdíl oproti AD: **už od začátku neurologické příznaky**
 - klinické příznaky: **náhlý začátek**, kolísavý průběh, schodovitá zhoršení, v anamnéze hypertenze, diabetes, CMP, kognitivní deficit ALE je dlouhodobý náhled na nemoc – proto typická **deprese** (SSRI)
 - vzhledem k etiologii **zcela odlišná léčba** - vaskulární, metabolická...
- **demence s Lewyho tělísky** = alfa synukleinopatie - postižení substantia nigra – v dif. dg. parkinsonský syndrom, zrakové halucinace, kolísání kvality vědomí

- **frontotemporální demence** = behaviorální typ
 - **začíná dříve**, než ostatní, je také plíživá, po dg. ale obvykle jen cca 10 let do smrti
 - **klinické příznaky**: nápadné **změny povahy** (ztráta společenského chování, nepřiměřené aktivity, zhrubnutí, ztráta náhledu), poruchy řeči
 - **léčba**: není chyba v ACh, ale 5-HT - hlavní jsou **SSRI** ve vysokých dávkách
- **demence u Parkinsonovy nemoci** – hlavně neurologické projevy, léčba na psychiatrii zejm. na halucinace, které jsou často následkem antiparkinsonik - **antipsychotika**)
- **demence u Huntingtonovy nemoci** – z psychických změn poruchy nálady, halucinace a bludy, léčba na psychiatrii zejména na **depresi** a posouzení, zda je pacient schopen **přijmou její diagnózu** (strašná nemoc)

Progressive Stages of Alzheimer's Disease



(3) Amnestický syndrom

- výrazné **chronické postižení paměti** na nedávné i vzdálené skutečnosti
 - **krátkodobá paměť** typicky více poškozena než paměť dávná - konkrétně poškozena **deklarativní paměť** (paměť na události a fakta)
 - **amnestická dezorientace** = narušení pocitu času a řazení událostí
 - **porucha všípivosti** (bezprostřední vybavování obvykle zachováno, takže pacient dokáže vše zopakovat, ale nic si nezapamatuje)
 - může být **konfabulace** (typicky u Korsakovovy psychózy, viz níže), ale není vždy
 - jiné kognitivní funkce mohou být relativně dobře zachovány (**není přítomna kvalitativní porucha vědomí!**) a amnestické defekty jsou v nepoměru k ostatním poruchám
- amnestické syndromy dle délky trvání:
 - **tranzitorní:**
 - **tranzitorní globální amnézie** = akutní vznik těžké anterográdní amnézie bez neurologického nálezu (typicky jako “posttraumatický amnestický syndrom” po traumatické události)
 - **perzistentní:**
 - herpetická encefalitida sdružená s amnestickým syndromem
 - hypoxie
- amnestické syndromy dle etiologie:
 - **způsobené užíváním psychoaktivních látek** - zejm. alkoholu
 - typický zástupce: **Korsakovova psychóza etyliků** (= alkoholiků)
 - začíná halucinacemi a perzekučními bludy, může progredovat až do chronického amnestického syndromu s demencí
 - **organické amnestické syndromy:**
 - etiologie: úrazy hlavy (kontuze), krvácení (výrazné u thalamického krvácení), nádory, encefalitidy, hypovitaminózy (B)
 - lokalizace: poškození hippocampu, thalamu a hypothalamu, bazálního telencephala
 - poškození může být reverzibilní
 - zástupci: **tranzitorní globální amnézie**, **nealkoholický Korsakovův syndrom**
- diff. dg.: odlišit od deliria, demence a pseudodemence u deprese
- léčba: základem je léčba základní příčiny, nootropika



(4) Delirium - symptomatologie, diagnostika, diferenciální diagnostika

- **delirium** = duševní porucha podmíněná **kvalitativní poruchou vědomí** (viz otázka 13 v obecně), typické neuropsychiatrické onemocnění
- **organické delirium** (nevyvolané návykovými látkami)
 - velmi časté - až **30% pacientů na JIP**
 - 2 základní typy - “*delirium nasedající na demenci*” (velmi častá komplikace demence) a “*delirium bez předchozí demence*”
 - etiologie: **nejčastěji extrakraniální**, méně často intrakraniální
 - může postihnout i dosud zdravého pacienta např. při těžkém horečnatém onemocnění, těžkém psychotraumatu, úrazu hlavy...
 - u pacientů s demencí, organickým postižením mozku nebo těžkým somatickým onemocněním stačí i banální příčina (změna prostředí, dehydratace, banální infekce...)
 - základní příznaky: (typické je, že se příznaky rychle střídají)
 - *nálada*: labilita, deprese, euforie, úzkost, apatie, iritabilita
 - *vnímání*: iluze, halucinace (zejm. vizuální, příp. taktilní)
 - *kognice*: dezorientace, roztržitost, podezíravost, perseverace
 - *poruchy chování*: bizarní projevy, bezradnost
 - podle příznaků rozlišujeme delirium:
 - **hyperaktivní** - výrazný psychomotorický neklid, bezcílné přecházení, křik
 - **hypoaktivní** - apatie, skleslost, pasivita
 - **smíšené** - pokud se příznaky střídají
 - typický průběh: **náhlý začátek**, většinou **večer** (obecně při nedostatku světla), často **kolísá** (např. opakovaně v noci, dopoledne pacient orientovaný - pak tzv. *deliriózní stavy*)
 - **život ohrožující stav** - pacienti nejsou sami schopni přijímat potravu a tekutiny, hrozí pády, dekubity, možnost interkurentní infekce atd.
 - diff. dg.: musíme **rozpoznat příčinu** - zda demence (při ní se rozvíjí pomalu), většinou ale sekundární příčina (infekce, metabol. rozvrat, trauma, dehydratace, polékové, po anestezii)
 - nejčastěji **CT**, **neurologické** vyšetření, **RTG** hrudníku, **biochemie** moči a krve, vyloučit UTI, KVS dekompenzace...
- **delirium vyvolané odnětím návykové látky** - nejznámější je tento stav u alkoholu = **delirium tremens** (existují ale obdobné stavy např. u BDZ)
 - **komplikace odvykacího stavu** při těžké závislosti **2.–3. den** (tzn. **ne u probíhající intoxikace!**)
 - prodromy – nespavost, nervozita, **epileptické záchvaty**
 - akutně – typické znaků deliria (viz výše), ale **silnější vegetativní projevy** (tachykardie, pocení, třes, zvýšená tělesná teplota)
 - neklid vede k vyčerpání - riziko **somatických komplikací** - pneumonie, kardiovaskulární selhání, edém mozku, hypertermie, poranění – **VYSOKÁ MORTALITA**
 - trvá zpravidla **několik dnů** (v dobývh případech končí spánkem a amnézií, ve špatných Korsakovovou psychózou nebo smrtí)

(5) Farmakogenní duševní poruchy (duševní poruchy jako nežádoucí účinky farmakoterapie)

- farmakologicky navozené depresivní symptomy nebo samotná deprese¹
 - nepatří mezi typické NÚ (**vzácné** - méně než u 0,5 % podaných léků)
 - **RF: rychlost titrace, vysoké dávky a systémová terapie** u kortikoidů
 - po vysazení dochází k odeznění symptomatiky
 - samostatnou skupinou jsou deprese po podání jiných psychofarmak, popř. jejich vysazením (hypnotika, anxiolytika, psychostimulancia - viz jejich NÚ popsané v obecně)
 - **kortikoidy**
 - nejlépe popsané dopady na psychický stav
 - nejspíše vzniká při interakci hypotalamu-hypofýzo-adrenergního systému a serotoninerního systému
 - depresivní symptomatika vzniká až u 10 % pacientů
 - častější je ale u pacientů léčených kortikoidy vznik **mánie** (viz níže)
 - **beta-blokátory**
 - **lipofilní** (metoprolol, betaxolol, nebivolol) lépe prochází HEB (zvažován je zejm. vliv na cirkadiánní rytmus a sympatikus)
 - kromě depresí způsobují vznik insomnie, indukci **nočních můr**, rozvoj **halucinací a bludů**
 - **antiepileptika**
 - deprese až u 10 % pacientů
 - hlavním RF je zde **rychlá titrace** (zejm. u vigabatrinu a barbiturátů)
 - **interferony-alfa**
 - zde vzniká deprese až u 40 % pacientů, proto se často nasazují při zahájení léčby **profylakticky SSRI**
 - více sporné látky:
 - statiny
 - opioidní analgetika
 - antiparkinsonika
- psychiatrické komplikace léčby kortikosteroidy: (u dávky prednisonu nad 80 mg/den je riziko skoro 20 % - hlavní RF je **dávka**)
 - výskyt obvykle **do týdne až dvou** od zahájení léčby
 - *poruchy nálady* (hypománie a **mánie** - **časté**, deprese - riziko narůstá s délkou užití)
 - *úzkost či panická porucha*
 - **delirium**
 - *sebevražedné myšlenky a chování*
 - *agresivní chování a agitace*
 - *poruchy paměti* - **deklarativní složky** (stejná porucha u Cushingova syndromu)
 - **pokud nelze vysadit, je třeba léčit příznaky psychofarmaky**
- úzkostné projevy může u pacientů mít léčba **sympatomimetiky** (noradrenalin, efedrin, levodopa, dobutamin), **xantiny** (aminofylin), **inzulinem** (pokud vyvolá hypoglykémii), **thyroidními preparáty** a **ASA**

¹ Sepsáno z: <https://neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2021/04/11.pdf> (neurologiepropraxi.cz, doc. MUDr. Dana Končelíková, Ph.D.)

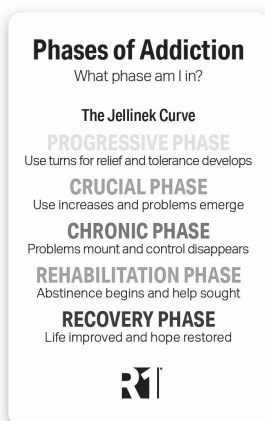
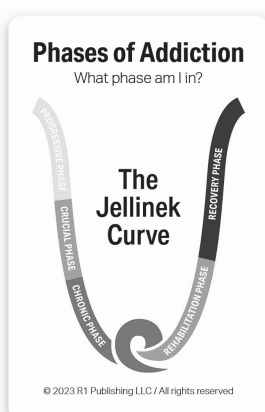
(6) Závislost na psychoaktivních látkách - definice, kritéria, rozdělení, příčiny, terapie

- motiv prvního užití: zvědavost, snaha o příjemný duševní stav nebo potlačení nepříjemného **X** motiv opakovaného užití: zprvu zopakování příjemné změny psychického stavu, postupně však pouze snaha o nepocitování nepříjemných pocitů
- na vzniku závislosti se podílí:
 - **vlastnosti návykových látek** (intenzita příjemnosti, i.v. X p.o., kratší interval dávkování má větší potenciál kvůli pozitivnímu mechanismu učení...)
 - pozitivní účinky vznikají působením na dopamin (kokain), opiátové receptory (opioidy), GABA (BDZ) a endokanabinoidy (THC)
 - návykové vlastnosti spojovány s působením na **dopaminergní** receptory v oblasti předního tegmenta a ncl. accumbens ("**centrum biologické odměny**", součást komplexu **amygdaly**)
 - **charakteristiky jedince**
 - *psychologické* - tendence k impulzivitě, emoční nezralost, slabá vůle a sebedisciplína
 - *genetické faktory* - **heritabilita až 40%**, např. synové alkoholiků mají vyšší vrozenou toleranci alkoholu - RF pro pití až do opilosti
 - *psychické poruchy* - antisociální a hraniční **porucha osobnosti**, **ADHD**, **schizofrenie**, deprese, PTSD
 - **sociální a kulturní faktory** (legalita a dostupnost, extrémní přístup k dětem v rodině - autoritativnost i nedůslednost ve výchově, vrstevníci...)
- základní pojmy:
 - **akutní intoxikace** = jednotlivé užití dávky, která překračuje toleranci jedince
 - v praxi nejčastěji **alkoholická ebrieta** s agresivitou nebo suicidalitou
 - **škodlivé užívání** = chronické užívání, poškozující tělesné (jaterní léze) nebo duševní (sekundární deprese) zdraví, ale není zde ještě závislost
 - **abúzus** = maladaptivní užívání látky vedoucí významnému poškození nebo nepohodě (např. neschopnost plnit studijní, pracovní či společenské závazky)
 - **syndrom závislosti** = soubor behaviorálních, kognitivních a psychopatologických fenoménů, které se vyvinou po opakovaném a dlouhodobém systematickém užívání psychoaktivních látek
 - podle MKN-10 musí být přítomny **alespoň 3 z 6 příznaků**:
 - *silná touha užívat látku* (bažení, craving)
 - *potíže v kontrole užívání látky* (načasování, množství)
 - *tělesné odvykací příznaky* (specifické pro každou látku)
 - *rozvoj tolerance účinku látky*
 - *zaujetí užíváním látky* (opuštění jiných zálib a zájmů)
 - *trvalé užívání návykové látky navzdory jasnému důkazu jejich škodlivých následků*
 - **psychotická porucha (toxická psychóza)** - vzniká v průběhu užívání nebo bezprostředně po a je typická sluchovými halucinacemi, bludy, poruchami psychomotoriky a emocí
 - obvykle vymizí do 1 měsíce od ukončení užívání
 - *schizoformní, převážně bludná, převážně halucinatorní, s převahou depresivních příznaků, s převahou manických příznaků, smíšená*

- závislost na návykových látkách je **celoživotní duševní porucha** - pacient se **nemůže uzdravit ad integrum** (může jen celoživotně abstinovat, kdy hrozí relapsy)
- léčba probíhá v “**AT ambulancích**” (alkoholismus, toxikomanie) a na psychiatrických odděleních normálních a psychiatrických nemocnic
 - bývá převážně **dobrovolná** s výjimkou život ohrožujících stavů (delirium tremens, toxické psychózy) a soudem nařízených protialkoholních / protitoxikomanických léčení (to trvá tak dlouho, dokud nesplnilo svůj účel a soud ho nezruší)
 - důležitá je **vnitřní motivace** pacienta
 - zpravidla začíná **detoxifikací** = odstraněním abstinenčních příznaků
 - trvá zpravidla **2-3 týdny** a liší se dle drogy (viz následující otázky)
 - používají se **farmakologické** postupy
 - těžší stavy při hospitalizaci, lehčí klidně ambulantně
 - u mnoha pacientů se přechází rovnou na doléčovací terapii
 - **ústavní léčba** ve specializovaných zařízeních se indikuje při **těžkých případech** nebo pokud **nestačila ambulantní**
 - základem terapie je zde **skupinová psychoterapie** (edukativní)
 - dále tělesná a psychosociální rehabilitace a nácvik řešení životních situací bez návykové látky
 - obvykle **3 měsíce**
 - **doléčování** následuje detoxikaci nebo ústavní léčbu a trvá **několik let**
 - typicky v **AT ambulanci** nebo obecné ambulanci
 - často **psychoterapie** zaměřená na **adaptivní zvládání problémů a prevenci relapsu** (psychodynamický směr, KBT, rodinná)
 - pro **chronické toxikomany** jsou vhodné **dlouhodobé doléčovací programy** (organizují je neziskovky / občanská sdružení):
terapeutická komunita nebo *chráněné bydlení* (obojí trvá 1-1,5 roku)

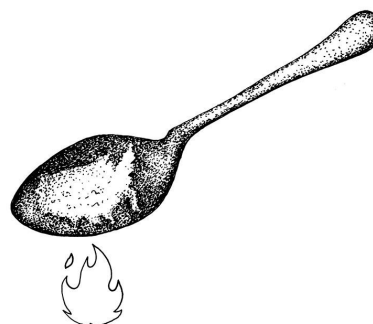
(7) Poruchy vyvolané užíváním alkoholu - klinické stavy, principy léčby

- alkohol má **tlumivé, euforizující a analgetické** účinky
- standardizovaná jednotka: "**standardní dávka alkoholu**" = 20 g 100% alkoholu (= 3 dcl piva / 2 dcl vína / 0,5 dcl 40% destilátu)
- klinické stavy vyvolané alkoholem:
 - **akutní intoxikace** (opilost prostá, ebrietas ethylica simplex)
 - do péče po **úrazech, suicidálních** pokusech nebo bezvědomí, úmrtí **útlumem dechového centra** nebo **udušením zvratky**
 - intoxikace léčena na **JIP**, mírnější na protialkoholní **záchytné stanici** (psychiatrické vyšetření až po vystřízlivění)
 - patologická intoxikace alkoholem (**patická ebrieta**)
 - jde o kvalitativní poruchu vědomí - mráкотný stav (**obnubilace**)
 - provokující faktory: interakce s léky, horko, vyčerpání, infekce...
 - **náhlý začátek** i konec, **úzkostná nebo agresivní nálada**, často **nepřátelské** vnímání okolí, iluze, **halucinace**, dezorientace
 - chování a činy **nemají srozumitelnou motivaci** a jsou zcela cizí premorbidní osobnosti pacienta - často **násilné trestné činy**
 - **syndrom závislosti na alkoholu** - kritéria viz otázka 6
 - v ČR **3-5 %** lidí (300.000 lidí, muži vs. ženy 2:1)
 - u chronických etyliků paradoxně klesá tolerance alkoholu
 - **prostý odvykací stav** (po mnohaleté nadměrné konzumaci)
 - vegetativní a somatické příznaky (tachykardie, kolísání TK, pocení, třes), nespavost, úzkost, poruchy soustředění
 - může být komplikován epileptickými záchvaty
 - léčba **sestupnými dávkami diazepamu** nebo **tiapridu**
 - **delirium tremens** - popis viz otázka 4
 - LV1: **klomethiazol** (příp. diazepam) v sestupných dávkách + vitamíny řady **B** a symptomatická léčba (hydratace, minerály)
 - **psychotické komplikace alkoholismu**
 - **alkoholická halucinóza** - přechodná, typicky s akustickými halucinacemi (s 2 antagonistickými hlasy, které vyvolávají úzkost)
 - **alkoholická paranoidní psychóza** - nejčastěji emulační bludy
 - **Korsakovova psychóza** - viz otázka 3, léčba vitamínem **B**
 - **Wernickeho encefalopatie** - akutní, život ohrožující stav
 - zmatenost, apatie, neurologické příznaky (obrna okohybných svalů, poruchy řeči a rovnováhy...)
 - **alkoholická demence** - vyvíjí se řadu let, má typické znaky demence
 - degradace osobnosti se všemi důsledky (bezdomovectví...)
 - **další komplikace: alkoholická deprese** (výrazné riziko suicidia - 1/3 jich vzniká takto!), **alkoholická charakteropatie** (porucha vyšších citů a změny osobnosti v terminální fázi)
- léčba alkoholismu: ambulantní / ústavní **protialkoholní léčba, psychoterapie, acamprosát** (proti cravingu), **disulfiram** ("Antabus" - antabúzový efekt = pacientovi se udělá špatně při požití alkoholu), **naltrexon**, svépomocné skupiny (**Anonymní Alkoholici**)



(8) Poruchy vyvolané požíváním opioidů - klinické projevy, principy léčby

- **opiáty** (= přírodní - opium, morfin, kodein) **X opioidy** (syntetické - heroin, hydromorfon, fentanyl...), užívají se kouřením, p.o. a i.v.
- akutní intoxikace opioidy
 - **euforie**, lehká ospalost, **útlum** aktivity, zpomalení dýchání, mióza (při podání i.v. rychlý nástup charakteru **orgastického zážitku** - "flash")
 - hrozí **předávkování** - smrt **útlumem dechového centra**
 - příznaky OD: mióza, zpomalené dýchání, bradykardie, cyanóza, svalové záškuby, plicní edém
- závislost na opioidech
 - varovné příznaky závislosti: nechutenství s preferencí sladkého, obstipace, afektivní labilita, útlum aktivity, ztráta zájmů, snížení libida
 - **těžká** závislost s **rychlým nástupem**, **silným cravingem** a zvyšováním tolerance
 - vznikají **těžké abstinenní příznaky**, které ale **neohrožují život**
 - psychické důsledky:
 - **krátkodobé psychické poruchy** - poruchy **sexuálních funkcí** a **spánku**, **intoxikační delirium**, paranoidní psychózy
 - **úzkostné a depresivní poruchy** (zvýšené suicidální riziko!)
 - s délkou užívání dochází k **depravaci** (= zpustlost) **osobnosti** (morální úpadek při zachovalé inteligenci)
 - má i somatické důsledky (opioidy samotné nepoškozují orgány, ale poškození vzniká při zejm. nesterilní i.v. aplikaci - devastující infekce a při užití v graviditě - teratogenita, novorozenecký abstinenní syndrom, ADHD...)
- léčba závislosti na opioidech:
 - **akutní intoxikace** - **naloxon** i.v. každých 30 min. (krátký poločas!)
 - **detoxikace** má 2 cíle:
 - zmírnění abstinenního syndromu a bažení pomocí **snižujících se dávek** opioidů (**metadon**, **buprenorfin**) NEBO kombinací **antagonistů s klonidinem** (alfa-2 agonista - snižuje abstinenní příznaky) NEBO **naltrexonem** (agonista s dlouhým poločasem)
 - posílení motivace k další léčbě - substituční léčba (viz výše), střednědobá léčba (ústavní), komunitní léčba



(9) Poruchy vyvolané užíváním sedativ nebo hypnotik - klinické stavy, principy léčby

- varovné příznaky zneužívání léků na předpis:
 - časté návštěvy lékaře s požadavkem na předpis - údajně pro jiné členy rodiny, pod různými záminkami...
 - paralelní předpisy od více lékařů a změny lékařů, pokud je odmítnou předepsat
 - psychomotorické zpomalení, zhoršená jemná motorika, úrazy, pády, nízká frustrační tolerance, pokles výkonnosti (tělesné i duševní)
- příznaky intoxikace sedativy nebo hypnotiky: **závratě, ataxie, poruchy řeči a vidění, masivní myorelaxace, útlum dechového centra**
- barbiturátová hypnotika - užívání způsobuje toleranci, lékovou závislost a poškození orgánů a protože působí **neselektivně** na GABAergní kanál, **neexistuje antidotum**
 - **závislost se rozvíjí rychle**, již po **několika týdnech**, a je **jak psychická, tak fyzická**
 - dnes už ale mají **velmi omezené indikace** (zejm. v anesteziologii), takže závislosti na nich nejsou tak velký problém
- benzodiazepiny - mají selektivnější působení, takže máme antidotum (flumazenil)
 - závislost **nastupuje pomaleji**, ale vzniká také (a také má obě složky, ale **fyzická je významnější**)
 - na rozdíl od barbiturátů se stále využívají hodně - je potřeba dodržovat maximální dobu užívání 1 - 2 měsíce (ideálně 2 týdny) (závislost ale vzniká až za mnohem delší dobu)
 - změna tolerance je u některých pacientů malá, ale ke vzniku závislosti **stačí i malé terapeutické dávky**, zejm. u úzkostných pacientů
 - větší riziko je u **BDZ s krátkou účinností**
 - abstinenční projevy: **neklid, poruchy spánku, zvýšená dráždivost, vegetativní symptomy (pocení, třes)**
 - někdy i **deliriózní stavy a epileptické záchvaty**
 - těžký abstinenční syndrom může **ohrozit život pacienta**
 - léčba závislosti na BDZ:
 - **akutní intoxikace - výplach, flumazenil**
 - **detoxifikace - pomalé snižování dávek BDZ**, může být použita i **substituční léčba** dlouhodobě působícím BDZ (**diazepam**), pozor na epileptické záchvaty a deliriózní stavy
- psychické důsledky závislosti:
 - **úzkostně-depresivní poruchy**
 - psychomotorické zpomalení, útlum, jindy neklid a agrese
 - **kognitivní poruchy**
 - **deliriózní stavy**
 - poruchy vnímání



(10) Poruchy vyvolané požíváním kanabinoidů, halucinogenů, organických rozpouštědel

- nejúčinnější kanabinoid je **THC** (delta-9-tetrahydrokanabinol), po metabolizaci na aktivní produkt se váže na **kanabinoidní receptory** v mozku a PNS
 - endogenní kanabinoidy jsou zcela jiné než THC a mají nejasnou funkci
 - **akutní intoxikace**: zarudnutí očí, suché sliznice, zvýšení chutě k jídlu, euforie, psychické uvolnění, zostření vjemů, poruchy orientace, nemotivovaný smích
 - odezní bez větších problémů, není pak tzv. kocovina
 - **při dlouhodobém užívání**:
 - **amotivační syndrom**: hypobulicko-apatický syndrom s poklesem aktivity, zájmů a zvědavosti, s lehkou poruchou pozornosti a kognitivních funkcí
 - připomíná **počínající demenci** (asi i strukturální změny mozku)
 - **psychotické stavy**: paranoidní / paranoidně-halucinatorní, většinou akutní
 - menší část probíhá chronicky - pak změna dg. na schizofrenii
 - užívání THC **v dospívání** zvyšuje **riziko schizofrenie** u **disponovaných (!) osob** (slouží jako externí noxa)
 - vznikají i **somatické důsledky**: zhoršení imunitních funkcí (vyšší riziko rakoviny průdušek a plic - při kouření 2x větší množství karcinogenů než při kouření tabáku ALE frekvence bývá násobně nižší), nenádorová onemocnění DS (bronchitidy, pneumonie) a v graviditě malformace plodu
 - depozice v tukové tkáni (20 % THC se při užívání ukládá - eliminace jedné dávky trvá cca. 30 dní) způsobuje **"flashback"** (= náhlé vyplavení zásoby kanabinoidu - subjektivně prožívané jako reálná intoxikace)
 - **pokud závislost vzniká** (minimální procento uživatelů X opioidy, zároveň ale THC užívá nesrovnatelně více lidí), jedná se o **psychickou** závislost, max. s mírnou somatickou
 - **abstinenční syndrom** je **mírný**: iritabilita, poruchy spánku, pocení, snížení chuti k jídlu, GIT obtíže
 - terapeuticky stačí **anxiolytika**, často i bez medikace
 - pokud je nutná odvykávací léčba, probíhá standardně
 - rizikem je jejich funkce jako **"startovací drogy"** - potenciální přesun na tvrdší drogy (usnadněn navázáním kontaktu s drogovou subkulturou - dealery, uživateli)
-
- **halucinogeny** vyvolávají změny a poruchy vnímání, nálady a kognice
 - **LSD, psilocybin** (halucinogenní houby), meskalin
 - **akutní intoxikace**: **euforie**, pocit tělesného blaha, **nadnesenost**, **iluze** a **halucinace** (barevné mozaiky, plameny, květy...), **derealizace** (= svět je jen iluze) a **depersonalizace** (= vnímání sebe sama z pohledu "diváka")
 - při **dlouhodobém užívání** dochází ke **změnám hodnotového žebříčku** a postojů
 - zvyšuje se tolerance a bažení, ale téměř nikdy **nesplňuje kritéria závislosti**
 - **psychické důsledky**: **atypické intoxikace** (extrapotenční bludy, nemotivovaná agrese, skoky z výšky), **"bad trip"** (panické ataky, děsivé iluze a halucinace), **toxické delirium** (viz otázka 11), **toxické psychózy** (viz otázka 6)
-
- **organická rozpouštědla** (benzen, toluen, benzín...) dnes zneužívány jen zřídka
 - mají **euforický** a **tlumivý** efekt, poté živé barevné **halucinace**
 - jsou to rozpouštědla tuků a mozek je basically tuk - vzniká **atrofie a demence**

(11) Poruchy vyvolané požíváním kokainu, stimulancií, extáze - klinické stavy, principy léčby

- **psychostimulační a euforické** účinky vyvolány *kompetitivní bloádou zpětného vychytávání dopaminu, noradrenalinu a serotoninu na synapsi* - to aktivuje "systém odměny" (viz otázka 6) - pravidelným užíváním vznikají změny **tlumící nadměrnou dopaminergní stimulaci** = biologický podklad abstinčního syndromu
- varovné příznaky užívání: změna přátel, zhoršení chování a prospěchu, dojem nemocnosti, zvýšené finanční nároky, zanedbávání zevnějšku, náladovost, podrážděnost, úzkostné stavy, deprese, poruchy spánku, střídání nálad, tajnosti...
- stimulancia jsou dlouho užívána "**rekreačně**", v "**tazích**" (několikadenní excesy), často se kombinují s alkoholem nebo heroinem ("speedball")
- akutní intoxikace: stimulační a anestetické účinky, euforie, zrychlené myšlení, snížený pocit únavy a hladu, zvýšení sebevědomí, nekritické přeceňování - **podobá se manickému syndromu**
 - vysoké riziko **agresivity**, někdy až potřeba **fyzického omezení a haloperidolu**
 - mohou se objevit i **atypické intoxikace** s úzkostí, bludy a halucinacemi
- při dlouhodobém užívání se **příjemné účinky snižují** na úkor vyšší **tolerance, bažení, letargie** a únavy, **insomnie** či hypersomnie a bizarních a nepříjemných snů
 - psychické důsledky zneužívání stimulancií:
 - **afektivní poruchy** (při intoxikaci (**hypo**)manické stavy, při abstinenci **deprese, panika**)
 - **chronické psychotické poruchy**
 - i při rekreačním užívání mohou vznikat protrahované paranoidní / **paranoidně-halucinatorní intoxikační psychózy** ("stíhy")
 - **kognitivní poruchy** (stimulanty jsou **neurotoxické!**)
 - **toxické delirium** = porucha orientace a pozornosti, halucinace, hyperaktivita, dezorganizace
 - zvýšení TK také zvyšuje riziko CMP a IM, někdy navíc křeče a bezvědomí
 - šnupání vyvolává chronický zánět nosní sliznice (až její perforaci), i.v. aplikace má rizika infekcí (včetně STD)
- abstinční příznaky typicky trvají **týdny**, ale liší se látka od látky (u kokainu i několik měsíců, u pervitinu nevýrazné)
 - psychomotorický **neklid, afektivní labilita, dysforie, deprese**, únava, hypobulie, hypoaktivita, craving, pohotovost k afektům zlosti
- léčba: pacienti ji **nevyhledávají pro příznaky závislosti**, ale nejčastěji pro příznaky **toxické psychózy**
 - dlouhodobá léčba
 - spolupráce bývá **špatná** (častá přerušování léčby či poruchy abstinence)
 - základem je **psychoterapie**, medikace stačí symptomatická
 - při toxických psychózách antipsychotika (v úvodu haloperidol, při delším odeznívání např. olanzapin)

(12) Schizofrenie - charakteristika, výskyt, symptomatologie, diferenciální diagnostika

- patří mezi **psychotická onemocnění** (vyskytuje se **psychóza** = hluboké narušení vztahu k realitě, halucinace, bludy, nesrozumitelné chování, inkoherní myšlení)
 - náhodné **běžné** skutečnosti prožívá jako **významné**, vztahuje je na sebe
 - **nepřiléhavé** emoce a chování, pocity nejistoty a **napětí**, **symbolické a magické myšlení**
 - neschopnost zařadit se do běžného sociálního a pracovního života, až **rozpad osobnosti**
- pro dg. musí trvat **aspoň měsíc!** celoživotní prevalence 1 % (tzn. **1:100!**)
- **etiopatogeneze**: genetický vliv + stresor jako spouštěč (těhotenství, abúzus drog, životní události...), neurovývojová a neurodegenerativní složka
- průměr výskytu **po 20. roce** (obecně 17-35), při **plíživém nástupu horší prognóza**
- **u mužů více negativních příznaků a dřívější začátek**
- **typické fáze**: (v dětství “clumsy” příznaky) — **prodromální fáze** (vysoce nespecifické a často se mění - “pacientka měla ráda judo, najednou žije mysticismem”) — **aktivní psychóza** — **reziduální fáze** (= přetrvávají nějaké příznaky, je u většiny pacientů)
 - podrobněji viz následující otázka
- **průběhové formy**: *chronická* (bez remise, vzácná) **X** v *atakách s postupným defektem* (progresivní zhoršování negativních příznaků) **X** v *atakách se stabilním defektem*
- **klinické příznaky**:
 - **pozitivní** příznaky – **halucinace** (sluchové – paranoidně-persekuční), **bludy**, **poruchy chování** (bizarní, agitovanost, zřídka agrese), poruchy myšlení (nesouvislé) - **dezorganizace**
 - **negativní** příznaky – **emoční oploštělost**, **pokles zájmu** o okolí a potřeby komunikovat, **stažení do vnitřního světa**, hypomimie, **hypobulie**
 - když převažují již od začátku – “**deficitní forma**”
 - **kognitivní** – **úbytek intelektu**, narušená paměť, **inkohere**nce myšlení a řeči (nemluvnost – alogie), porucha pozornosti, plánování, exekutivní funkce
- **typy psychóz (formy schizofrenie)** - dělení dle převažující symptomatiky:
 - **paranoidní** (bludy a halucinace převažují)
 - **hebefrenní** (převažuje hrubá porucha chování, pošetilost, nepřiléhavost emočního prožívání, vůle - “**vesničtí blázni**”)
 - **katatonní** (viz otázka 12 v obecně)
 - **simplexní** (změny postojů, motivace a vztahu k okolí, změna osobnosti)
- **diff. dg.**: (vzhledem k rozmanitosti projevů může být **náročná**)
 - **tělesná onemocnění** (CMP, tyreotoxikóza, Wilsonova choroba, anémie spojená s afektivními příznaky, tumory mozku, demence, neuroinfekce...
 - KO, biochemie (jaterní testy, glykemie, funkce ledvin, minerály, štítná žláza), EKG, EEG, CT, neurologické vyšetření
 - **intoxikace psychoaktivními látkami / toxická psychóza** — toxikologie
 - **delirium** (jak se liší od schizofrenie? - zrakové halucinace, dezorientace, kvalitativní porucha vědomí, “blud zaměstnanosti” = jednání a chování odpovídající nějaké činnosti, např. točení a roznášení piva :-D)
 - **bipolární afektivní porucha** (jak se liší od schizofrenie? - při mánii pseudoinkohere, expanzivní nálada / při depresi bludy depresivní)

(13) Schizofrenie - průběh a léčba jednotlivých fází

- na úvod popsat onemocnění stejně, jako v předchozí otázce
- (v dětství “**clumsy**” příznaky - nejedná se o fázi, ale typický znak pozorovaný u schizofreniků)
- prodromální fáze – podrážděnost, **pseudofilozofování**, **uzavřenost** do sebe, **symbolické** myšlení
 - příznaky jsou ale vysoce **nespecifické** a **často se mění** - “pacientka měla ráda judo, najednou žije mysticismem”
- aktivní psychóza – psychotické příznaky (viz předchozí otázka)
- reziduální fáze – převažuje **negativní symptomatologie**, pokles kognitivních funkcí, sociální **izolace** (velký vliv stigmatizace)
- **léčba**:
 - **včasná** farmakoterapie – **antipsychotika 2. generace**
 - **risperidon, olanzapin, quetiapin, klozapin** (jen u farmakorezistentní schizofrenie) - uvést typické NÚ (viz otázka 32 v obecně)
 - **u akutního neklidu** můžeme podat **haloperidol** (často společně s klonazepamem)
 - **psychoedukace** (= poučení o povaze nemoci, její léčbě, prevenci...)
 - pro pacienty samotné i jejich blízké
 - **rehabilitace sociálních a pracovních dovedností** (CDZ) - chráněné bydlení, chráněné pracovní dílny, denní stacionáře s nácviky sociálních dovedností atd.
 - lze také zvážit **psychoterapii**, zejm. KBT nebo psychoanalýzu, psychodynamická zde není vhodná

-
- přehledové videjko (Osmosis, 8 min.):
<https://youtu.be/PURvJV2SMso?si=Dzb8A1JDkfF97nGT>
 - simulace psychotických příznaků (30 sek.):
https://youtube.com/shorts/T2fYSAzEmfc?si=xLoAoENvXnHK4R_f
 - ukázka pacienta v reziduální fázi (30 sek.):
<https://youtube.com/shorts/NG4UF0ggDe0?si=2nYb14IRQleHg5xF>



(14) Trvalá porucha s bludy, schizoafektivní porucha

- **porucha s bludy** má jako hlavní charakteristiku blud = nevývratné přesvědčení, které neodpovídá skutečnosti (zopakovat teorii k bludům v obecně - otázka 6)
 - vytváří se **bludný systém** provázaný s realitou, **osobnost ale není nápadně pozměněna**, bludy ale mohou mít emoční doprovod
 - **vzácná** porucha (celoživotní prevalence 0,03 %), obvykle nastupuje kolem **40 let**
 - u žen častěji erotomanické bludy, u mužů paranoidně-perzekuční
 - často se vyskytující bludy: *paranoidně – perzekuční, vztahovačné, erotomanické, hypochondrické, originární a inventorní velikášské bludy*
 - některé bludy, které stojí za zmínku (nebyly popsány v obecně nebo je u nich potřeba dg. rozvaha):
 - *žárlivecké* (zde diff. dg.: posoudit, zda nejde o chronický alkoholismus)
 - *kverulační* (= chorobné sudičství, pacienti se často soudí)
 - *bludné poruchy identity* (= blízký člověk je zaměněn za jinou osobu - dvojníka - zde diff. dg.: posoudit, zda nejde o trauma mozku)
 - "**indukovaná porucha s bludy**" = rozvoj poruchy u dosud zdravých lidí, kteří obsah bludu přejímají od blízké osoby ("šíření bludu", např. z rodiče na dítě)
 - významná je zde objektivní anamnéza, protože bludy na rozdíl od schizofrenie **nebývají bizarní**
 - pro dg. musí trvat **alespoň 3 měsíce**
 - léčba: **nízká dávka antipsychotik**, SSRI u přídatné deprese
 - cílem terapie je **sociální úzdrava** (= pacient rezignuje na prosazování bludů)
-
- **schizoafektivní porucha** má při atace současně příznaky schizofrenní psychózy a poruchy nálad (deprese nebo mánie jako u BAP)
 - diferenciální diagnostika je zde **velmi obtížná** (akutní schizofrenie, BAP s psychotickými příznaky, intoxikace, dekompenzovaná emočně-nestabilní porucha)
 - léčba: **antipsychotika** v kombinaci se **stabilizátory nálad**, příp. SSRI
-

nad rámec otázky: existují ještě 2 poruchy **schizofrenního spektra**:

- **schizotypní porucha** je charakterizována podivínstvím, excentrickou nápadností a malou sociální přizpůsobivostí, pacienti ale mají lépe zachovaný vztah ke skutečnosti (proto se nejedná o schizofrenii)
- **akutní a přechodná psychotická porucha** je skupina onemocnění s rychlým nástupem a krátkým trváním, často spojená se silnou psychickou zátěží nebo konfliktem

(15) Depresivní porucha - charakteristika, symptomatologie, léčba, diferenciální diagnostika

- patří mezi **afektivní poruchy**, jedna z **nejčastějších**
 - poruchy nálady jsou: manická fáze, bipolární afektivní porucha, **depresivní fáze**, **periodická (rekurentní) depresivní porucha** a trvalé poruchy nálady (cyklothymie, dysthymie)
- rizikové faktory:
 - *sociální* – rozvod, ovdovění, fyzické a sexuální zneužívání, sociální izolace
 - *tělesné*: po porodu, menopauza, nedostatek neurotransmiterů, chronický zánět
 - deprese ve vztahu k *somatickým onemocněním*
 - *symptomatická deprese* (např. u hypothyreózy, anémie, diabetu, Addisona)
 - deprese jako *iatrogenní komplikace léky* (metyldopa, kortikosteroidy, interferon, reserpin - viz otázka 5)
 - deprese jako *adaptace na bolest a sociální důsledky nemoci* (dg. karcinomu)
- symptomatologie deprese:
 - *porucha nálady* (smutek, výjimečně úzkost), anhedonie
 - *porucha psychomotoriky* (všechno pacientovi strašně trvá)
 - *poruchy myšlení*: bradypsychismus (jednoslovné věty, latence, nevýtežnost sdělení), mikromanické bludy, katathymní myšlení, autoakuzace, suicidální myšlenky
 - *poruchy výkonnosti*: ztráta zájmu, abulie, anergie (ztráta až 70 % energie), ambivalence
 - *poruchy paměti a pozornosti*: subjektivní hypomnézie, nesoustředivost
 - *poruchy spánku a rytmicity* (terminální insomnie (= ranní buzení) a ranní pessima (= ranní maxima negativních pocitů)
- rozlišujeme **lehkou, středně těžkou a těžkou** (= s depresivními bludy) **epizodu**
- zvláštní formy depresivních poruch:
 - **psychotická deprese** = kromě poruch nálady i psychotické příznaky
 - **deprese se somatickým syndromem** (insomnie, anorexie, ztráta libida)
 - **sezónní afektivní porucha** - většinou v zimě, atypicky hypersomnie a hyperorexie
 - **deprese v rámci bipolární afektivní poruchy** (viz následující otázka) - depresi mimo BAP se proto také říká “**unipolární**” deprese
- diff. dg.:
 - farmakogenní (glukokortikoidy, reserpin, dopaminergní, antiepileptika)
 - adaptační (x trvá déle)
 - úzkostná porucha
 - počínající demence
 - hypothyreóza
 - abúzus (alkohol = depresogen, ale mohou téměř všechny drogy)
- průběh: **neléčená** depresivní epizoda trvá **6-12 měsíců**
 - u **50 %** pacientů jen **jediná epizoda za život**
 - u **30 %** **fázicky** s obdobím remise (= **rekurentní depresivní porucha**), ale existuje i **chronická** forma bez remise (20 %)
- léčba: má **3 fáze**: **akutní epizoda** (1-2 měsíce) — **pokračovací fáze** (cílem udržení stability, trvá 6 měsíců) — **udržovací fáze** (cílem zabránění relapsu, až doživotní)

- farmakoterapie - **antidepresiva** (viz otázka 29 v obecně) + **psychoterapie**
 - pozor na syndrom z náhlého vysazení! (popsán tamtéž)
- u *farmakorezistentní deprese*: “**augmentace**” antidepresiv (kombinace s lithiem, antipsychotiky (zejm. quetiapin)) + **ECT**
- u *pacientů netolerujících / odmítajících antidepresiva*: repetitivní transkraniální magnetická stimulace (**rTMS**)
- **fototerapie** (u *sezónní afektivní poruchy*) - doplňková metoda
- experimentální léčba: vagová nervová stimulace, hluboká mozková stimulace;

Zkrácená kritéria pro depresivní epizodu

Musí být splněno A-E:

A. Nejméně 5 z následujících příznaků v témže alespoň dva týdny trvajícím období, které nelze přičíst obecně medicínskému stavu či náladě nepřiléhavým bludům či halucinacím:

- depresivní nálada
- výrazná ztráta zájmu a potěšení v činnostech- **anhedonie**
- výrazný úbytek či přírůstek hmotnosti
- insomnie či hypersomnie
- psychomotorická agitovanost či inhibice
- únava nebo ztráta energie
- pocity zbytečnosti, nadměrné pocity viny
- narušené myšlení, neschopnost soustředění
- myšlenky na smrt, sebevražedné myšlenky nebo pokusy

B. Příznaky nesplňují kritéria pro smíšenou epizodu

C. Příznaky působí distres a narušení v soc., prac. apod. činnostech

D. Příznaky nejsou důsledkem působení látek (drog) nebo obecně medicínskému stavu

E. Příznaky nelze přičíst zármutku

(16) Bipolární afektivní porucha - charakteristika, symptomatologie, léčba

- patří do skupiny afektivních poruch
 - poruchy nálady jsou: **manická fáze**, **bipolární afektivní porucha**, **depresivní fáze**, periodická (rekurentní) depresivní porucha a trvalé poruchy nálady (cyklothymie, dysthymie)
- podle DSM (americká klasifikace) existuje i **bipolární porucha II**, u které se nevyskytují plně vyjádřené manické fáze, pouze hypománie (v MKN-10 chybí)
- začíná v průměru od **18 let** a aby se jednalo o BAP, musí být alespoň 2 epizody
- první fáze se může objevit kdykoliv od puberty až do stáří
- klinické příznaky: **3 typické epizody** – (hypo)mánie, deprese, smíšená epizoda - tyto se v různých kombinacích střídají (**periodický průběh**), smíšená ale nemusí být
 - **mánie** = povznesená nebo podrážděná nálada, pro daného jedince značně abnormální
 - trvá nejméně **4 po sobě jdoucí dny** a to typicky trvá **do 1 týdne**, výjimečně měsíc
 - rozlišuje se **mánie BEZ psychotických příznaků** a **mánie S psychotickými příznaky**
 - psychomotorický neklid, zvýšená aktivita, snížená potřeba spánku
 - zvýšená hovornost ve spojení s myšlenkovým tryskem způsobí pseudoinkoherentní projev (x schizofrenie, kde je pravá inkoherence)
 - porucha pozornosti
 - zvýšené libido a sexuální netaktnost
 - zvýšené utrácení peněz
 - nekritické sebehodnocení – velikášství
 - psychotické příznaky – extrapotenční bludy, originární bludy, sluchové halucinace
 - u **hypománie** pozorujeme stejné věci, jen ještě nezpůsobují problémy
 - **deprese** – neliší se od depresivní epizody nemocného s periodickou depresivní poruchou (příznaky viz předchozí otázka), ale **nereaguje na samotná antidepresiva** (vždy v kombinaci s thymoprofylaktiky)
 - může se polarizovat do mánie, často má **psychotické příznaky**
 - trvá **6-12 měsíců**, kdy existuje obrovské riziko suicidality! (až 1/3 pacientů s BAP se o ní někdy pokusí)
 - **smíšená** epizoda (prvky mánie i deprese současně nebo se velmi rychle střídají - v rámci hodin)
- **frekvence fází je velmi variabilní**, s odstupem věku se ale **fáze depresí prodlužují a remise zkracují**
- léčba:
 - **mánie** – **antipsychotika 2. generace** v monoterapii nebo (typicky) **v kombinaci se stabilizátory nálady**
 - u **akutního neklidu** **haloperidol** nebo klopazpin
 - **deprese** - **SSRI, SNRI + stabilizátory nálady** (lamotrigin, lithium)
 - u **těžkých stavů ECT**

nad rámec otázky: **cyklothymie** se projevuje četnými výkyvy v náladě - nepravidelně a nepredikovatelně se střídají období hypománie a lehké dlouhodobé deprese, zatímco **dysthymie** je typická min. 2letým obdobím trvalé nebo neustále se vracející depresivní nálady

(17) Panická porucha

- úvod k větší sekci otázek: **úzkostné poruchy** patří k **nejčastějším** psychiatrickým onemocněním (¼ dospělých jí někdy v životě trpí), u žen jsou to nejčastější psychopatologie (u mužů jsou první závislosti)
 - **úzkost** je fyziologická emoce, která **připravuje organismus** na určitou akci (vyostření smyslů a mobilizace energie pro reakci “**fight or flight**”), na rozdíl od strachu ale **nevíme, čím je způsobená** (**strach** je odpověď na známou, vnější, reálnou a **konkrétní hrozbu**, projevy má ale **stejně** jako úzkost)
 - zároveň je **projevem mnoha onemocnění** (IM, srdeční selhání, arytmie, plicní embolie, endokrinní...)
 - úzkostné (dříve “**neurotické**”) poruchy jsou psychogenní, funkční a nepsychotická onemocnění
-
- hlavní příznak: **opakované panické ataky** = záchvaty intenzivní úzkosti
 - trvají **5-20** minut, jsou neočekávatelné, nepředvídatelné, mohou se objevit **kdykoliv a nemají konkrétní spouštěč** (“z ničeho nic”)
 - klinické příznaky:
 - akutní **úzkost** a **strach ze smrti** či vážné nemoci
 - **depersonalizace** = pocit odcizení od myšlení a vlastního těla, že pacient “zde není skutečně” (je si ale vědom nereálnosti změny)
 - **sympatická aktivace**: návaly horka, hyperventilace (– respirační alkalóza), tachykardie, pocení, svírání na hrudi (jedinci si myslí, že mají infarkt), třes
 - mohou se objevovat **v noci** (pacient se vzbudí přímo do ataky)
 - časté jsou katastrofické scénáře, často proto pacienti končí na **urgentu**
 - někdy trvá roky, než je adekvátně diagnostikována a léčena
 - porucha spojena s “**anticipační úzkostí**” = úzkost vyvolaná jen myšlenkou na obavnou situaci (ataku)
 - může vzniknout komorbidně se závažným somatickým onemocněním (KVS, plicní, VCHGD, poruchy ŠŽ, epilepsie)
 - výskyt má 2 peaky: kolem **20** a **50**, muži X ženy **1:3**, **4 %** populace opakovaně (12 % zažije 1x za život)
 - (jako vždy v psychiatrii) komplexní etiopatogeneze:
 - **dysregulace neurotransmiterů** (serotonin, noradrenalin, dopamin, GABA), zejména v oblasti **amygdaly** (centrum strachu a úzkosti)
 - **hyperreakce ANS** na nevhodné stimuly a zvýšený tonus sympatiku
 - atrofie pravého temporálního laloku
 - genetický vliv (úzkostných poruch menší význam) + psychologické vlivy – **naučené chování a podmiňování** (RF: disharmonické dětství, časná ztráta rodiče, rozvod rodičů...)
 - velmi časté jsou komorbidity (**až 90 %** pacientů trpí ještě další psychiatrickou poruchou): **agorafobie** (až ½), **deprese**, dysthymie, vyhubá porucha osobnosti, **abúzus**
 - zvýšené riziko suicidálního chování a KVS morbidity (hypertenze, IM, CMP)
 - léčba:
 - **akutně anxiolytika** (BZD - zejm. **alprazolam** kvůli rychlému nástupu, **hydroxyzin**, **bupiron**) - u většiny pacientů postačí pro **symptomatickou úlevu**
 - **dlouhodobou terapií při častých atakách** jsou **SSRI** (! samy mohou naindukovat úzkost) / SNRI
 - **KBT** (kognitivní restrukturalizace, expozice – interceptivní, imaginace)
 - symptomaticky možno podávat: helcid, betablokátory

(18) Ostatní úzkostné poruchy

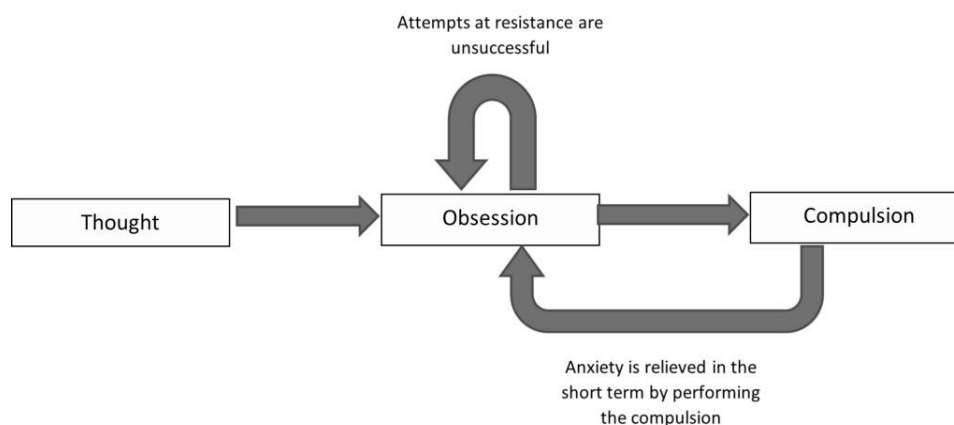
- GENERALIZOVANÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA (GAD) = **všeobecná trvalá úzkost**, pacient má **obavy z běžných aktivit** a zvládání **problémů, které mohou nastat** (přeceňuje závažnost rizika a podceňuje vlastní schopnost je zvládnout)
 - musí trvat alespoň **6 měsíců**
 - objevují se **poruchy spánku** (problémy usnout), **somatické komorbidity** (dráždivý tračník, ulcerózní choroba, chronický únavový syndrom, diabetes)
 - diff. dg.: odlišit od poruch osobnosti (závislá, vyhýbavá), jiných úzkostných poruch, deprese, schizofrenie, počínající demence...
- FOBICKÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY
 - spouštěč = **dobře definovaná** obavná situace, která **objektivně není nebezpečná**
 - vyskytuje se **anticipační úzkost** (viz minulá otázka, může se vystupňovat do **panické ataky**), **vyhýbavé chování** (= snaha oddálit / vyhnout se obavné situaci) a **narušené denní aktivity** a sociální život
 - **agorafobie** = strach z opuštění bezpečí domova, **z veřejných prostranství**, davů nebo z cestování dopravním prostředkem bez dozoru
 - patří mezi nejčastější úzkostné poruchy
 - úzkost se projevuje v místech a situacích, ze kterých může být obtížný nebo ponižující únik nebo obtížně dosažitelná pomoc (obchod, kino, divadlo) — důsledkem může být **neschopnost opustit domov**
 - u většiny pacientů (**95 %**) se vyskytují i **panické ataky**
 - diff. dg.: odlišit od somatických onemocnění (inkontinence, Crohna - ponižující situace na veřejnosti), schizofrenie, deprese a sociální fobie
 - obvykle vzniká kolem **30**
 - časté jsou komorbidity s dalšími úzkostnými poruchami
 - **sociální fobie** = jedinec má výrazný strach být středem pozornosti, strach, že se **ztrapní na veřejnosti**
 - v obavných situacích cítí úzkost (**třes, zarudnutí**, strach ze **zvracení**, nucení k močení), což způsobuje **vyhýbavé chování, nízké sebevědomí** a strach z kritiky
 - objevuje se průměrně ve věku **15 let**
 - diff. dg.: porucha osobnosti (anxiózní), deprese a schizofrenie
 - léčba: obecná jako u ostatních + **moklobemid** (RIMA), příp. off label **betablokátory** před obavnou situací (**snižují palpitace, tremor** atd.)
 - **specifická (izolovaná) fobie** = **nejčastější** úzkostná porucha (11 %)
 - ze **zvířat, výšky, uzavřených prostorů, krve, cestování letadlem...**
 - většinou se **neléčí**, max. jednou za čas **BDZ** (na cestu letadlem)
- SMÍŠENÁ ÚZKOSTNÁ A DEPRESIVNÍ PORUCHA
 - **kombinují se** zde příznaky obou, ale **nejsou dost silné pro dg. ani jedné z nich**, navíc se **často mění** a jsou často **atypické** (bolesti páteře, tlak za očima - pacienti proto většinou **léčení u VPL pro tělesné příznaky**)
- SPOLEČNÉ PRINCIPY LÉČBY:
 - **dlouhodobě** léčíme pomocí **KBT** a nácviku komunikačních a sociálních dovedností + **u těžkých stavů SSRI** (udržovací terapie 12-18 týdnů, na začátku se může úzkost prohloubit!), **u nesnášenlivosti TCA, SNRI, iMAO**
 - **akutně na panickou ataku** – **krátkodobé BZD** (**alprazolam, diazepam**)

(19) Disociativní a konverzní poruchy

- patří do chorob širšího **úzkostného spektra**, v minulosti "**hysterické**" poruchy (v podstatě první poruchy, kterými se psychiatrie historicky zabývala)
- pacienti **nemají** na rozdíl od somatoformních poruch **starosti o své zdraví**
- často spojeny s **traumatickými či náročnými situacemi**
- psychologický princip: maladaptivní **nevědomé** (nejedná se o simulaci!) využívání **disociace** (= psychogenní obranný mechanismus — *určité části obsahu myšlení jsou vytlačeny z vědomí, ale pokračují ve svém působení vytvářením motorických a senzorických příznaků*) a **konverze** (= obdobný mechanismus, *přeměna psychického konfliktu do tělesného příznaku*)
 - následně vzniklé "**pseudoneurologické**" příznaky odpovídají spíše **laickým představám o poruše** (při pádech se nikdy nezraní, při slepotě dojdou včas na oběd, při hluchotě je vzbudí ze spánku oslovením...)
- skoro výlučně **u žen (90 %)**
- diff. dg.: mohou připomínat **epilepsii, somatická onemocnění** a panickou poruchu
 - hlavní je jejich **odlišení od faktitivní poruchy a simulace** (viz otázka 17 v obecně)
- typy:
 - **disociativní amnézie** = ztráta paměti na stresující události (většinou částečná)
 - **nejčastější** z disociativních poruch
 - **disociativní stupor** = vymizení volných pohybů a řeči v reakci na stres
 - **disociativní poruchy motoriky** = napodobují všechny druhy apraxie, akineze, afonie, dysatrie, dyskineze, ataxie, obrny
 - **disociativní křeče** = **psychogenní epilepsie**
 - nenásleduje ztráta vědomí, pokousání jazyka, pomočení, zranění
 - záchvaty je možné navodit a ukončit sugescí (podání fyziologického roztoku), ale nereagují na antiepileptika
 - objevují se jen v přítomnosti ostatních lidí a ne ve spánku
 - **disociativní porucha citlivosti a senzorické poruchy** = ztráta normálních kožních počitků nebo zraku
 - hranice necitlivých okrsků neodpovídají klinickým znalostem o inervaci
 - zachovány zornicové reflexy a sledovací oční pohyby
 - **disociativní fuga** = nečekaná cesta na delší vzdálenost, než je pacientovým běžným denním zvykem, během cestování (většinou pár hodin, ale až měsíce) je zachována péče o sebe a na třetí osobu působí pacient zcela normálně
 - následuje totální amnézie
 - je vzácná, typicky za válek / katastrof po psychosociálním stresu
 - **trans** = ztráta obvyklého pocitu identity - znehybnění, kolaps, křik... (obecně velmi silné projevy) - nebývá amnézie
 - **stavy posedlosti** = přesvědčení jedince, že do něj vstoupila cizí síla - bývá plná amnézie
 - **Ganserův syndrom** – viz otázka 13 v obecně
 - **mnohočetná porucha osobnosti** = u jednoho jedince se vyskytuje několik osobností, každá má vlastní paměť a chování, ale i TK, pulz...
 - vždy se aktuálně projevuje jen jedna, na ostatní bývá amnézie
- diagnostika: EEG pro odlišení psychogenní epilepsie od klasické, klinické a laboratorní vyšetření pro vyloučení organické etiologie
- léčba: **psychoterapie**, někdy hypnóza (díky velké sugestibilitě pacientů)
 - farmakoterapie na příp. úzkost a deprese

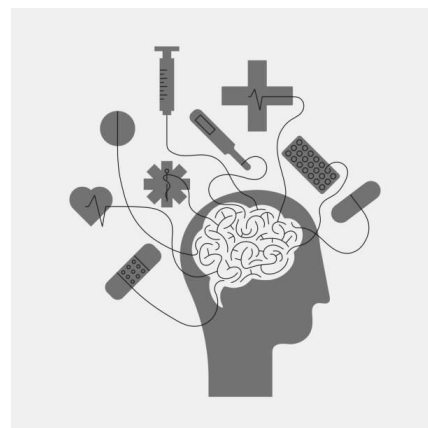
(20) Obsedantně-kompulzivní porucha

- typické opakované chování (**kompulze**) v reakci na vtíravé myšlenky (**obsese**)
- **nejzávažnější** úzkostná porucha
- v moderní psychiatrii se hovoří o “**obsedantně-kompulzivním spektru**”, které zahrnuje:
 - obsedantní poruchy (dysmorfofobie, depersonalizační syndrom, schizofrenie, hypochondrická porucha, mentální anorexie, bulimie)
 - impulzivní poruchy: pyromanie, kleptomanie, trichotilomanie, sexuální kompulze, patologické hráčství, sebepoškozování, kompulzivní nakupování),
 - neurologické poruchy (autismus, Aspergerův syndrom, Tourettův syndrom, torticolis, Huntingtonova chorea)
- etiopatogeneze:
 - dysfunkční kognitivní schéma z dětství týkající se **kontroly, jistoty a pravidel**
 - dysfunkce okruhu prefrontální kůra-bazální ganglia-thalamus-kůra (velký význam **dědičnosti**) - na podkladě **dopaminerní** poruchy neustále vznikající obsesivní smyčky způsobují **zesílení konkrétních drah** (proto je možná chirurgická terapie)
- klinické příznaky: **obsese, kompulze, úzkost a vyhýbavé chování**
 - obsese a kompulze detailně popsány v otázce 7 v obecně
 - obsese jsou **ego-dystonní** (= pacient ví, že jsou nesmyslné a nepřiměřené), opakované a způsobují problémy v každodenním životě (**tráví jimi hodiny času**)
 - musí trvat alespoň **2 týdny**
- poruchu dělíme na *převážně obsesivní s ruminacemi* (= obsedantní uvažování), *převážně kompulzivní* a *smíšenou*
- většinou propukne **v dětství nebo adolescenci**, pacienti ale většinou vyhledají pomoc až po letech (u pacienta, který **provádí své smyčky už 30 let, je šance na vyléčení prakticky nulová** - viz morfologická změna CNS popsána výše)
- časté komorbidity: deprese, sociální fobie, panická porucha, poruchy příjmu potravy a závislosti na návykových látkách
 - při opakovaném mytí rukou, škrábání nebo odlupování i kožní komorbidity
- diff. dg.: odlišení od ostatních poruch obsedantně-kompulzivního spektra
- léčba:
 - **základní režim: megadávky SSRI (/TCA/SNRI) + KBT (expoziční)**, s cílem snížit počet rituálů - např. výkřikem “Stop!” přerušit cyklus)
 - *při neúspěchu monoterapie – augmentace* antipsychotikem nebo buspironem
 - *u nejtěžších forem ECT* nebo rTMS
 - *ve výjimečných refrakterních případech* je možná i neurochirurgická terapie (**cingulotomie**)



(21) Somatoformní poruchy

- charakterizovány přítomností **tělesných příznaků** bez organických patologických změn, které nejsou pod volní kontrolou (**nejde o simulaci!**)
- někdy řazeny do širšího okruhu **poruch úzkostného spektra**
- jejich podkladem je **somatizace** = *prožívání psychologických a vztahových problémů formou tělesné nepohody, pro kterou pacient vyhledává lékaře* (dochází ke zvýšenému sebepozorování a interpretaci normálních nebo stresem vyvolaných fyziologických projevů jako důkazů tělesné poruchy)
- patří mezi "**medicínsky nevysvětlitelné příznaky**" (spolu s panickou poruchou, GAD, disociativní poruchou, fiktivní poruchou, neurastenií a simulací)
 - podle psychiatrů zvláštní název - psychiatrie je dokáže vysvětlit a je to medicína
 - až 40 % návštěv u VPL je pro medicínsky nevysvětlitelné příznaky
- často **obtížní pacienti jiných oborů**, vyžadující **opakovaná vyšetření** a manipulující
- **nepřijímají psychogenní podíl** svého stavu, nechťejí vyšetření psychiatrem
- **léčba** velmi **obtížná** a dlouhodobá, cílem je pomalu a postupně zaměřit pacientovu pozornost od tělesných příznaků k osobním a mezilidským problémům
- **SOMATIZAČNÍ PORUCHA** = nejméně **2 roky** si pacient stěžuje na **rozmanité** a proměnlivé **somatické příznaky** (GIT příznaky, dušnost, dysurie, skvrnitost kůže...)
 - pro dg. je potřeba **alespoň 6** těchto příznaků
 - mohou mít i pravé somatické diagnózy, ale tyto nevysvětlují závažnost subjektivních obtíží a tíži handicapu
 - pojí se s úzkostí (panická porucha, GAD), depresí a závislostmi
- **HYPOCHONDRICKÁ PORUCHA** = **trvalá a nepřiměřená starost o vlastní zdraví** nebo o tělesný zjev (pacient se zvýšeně pozoruje) - 2 možnosti:
 - běžné pocity (peristaltika střev, pocení) jsou vykládány jako abnormální — je **přesvědčen, že trpí 1 nebo 2 závažnými tělesnými nemocemi** (typicky KVS, mozku, GITu) — často proto měří FF, navštěvují lékaře i léčitely
 - trpí **dysmorfofobií** (deformita nebo zohyždění těla) — přesvědčením, že nějaká část těla je moc malá, velká nebo nepovedená — vyhýbají se koupalištím, pudrují se, vycpávají oblečení, chodí na plastiky
 - pacienti velmi trpí, nevstupují do manželství, mají **vysoké riziko suicidia**
 - časté komorbidity: deprese, ostatní úzkostné poruchy a poruchy osobnosti
- **SOMATOFORMNÍ VEGETATIVNÍ DYSFUNKCE** = přítomnost **příznaků vegetativního dráždění** v některém ze systémů řízených ANS (KVS, GIT, DS, UT)
 - mají vlastní názvy: *srdeční neuróza, psychogenní škytavka, psychogenní IBS*
- **PŘEVLÁDAJÍCÍ SOMATOFORMNÍ BOLESTIVÁ PORUCHA** = **chronická, úporná a obavy budící bolest**, trvající déle než **6 měsíců**
 - je **častá**, asi 1 % pacientů VPL, často u **dělníků** spolu s vertebrogenním algickým syndromem
 - **analgetika neúčinkují** a hrozí na nich závislost, dávají se **TCA / SSRI**



(22) Akutní reakce na stres a poruchy přizpůsobení

- poruchy širšího úzkostného spektra
 - **akutní stresová reakce** = u pacienta se v reakci na stresovou situaci rozvíjí během **1 hodiny** emoční a somatické příznaky **úzkosti**
 - stresovou reakcí může být dopravní nehoda, požár, zemětřesení..., během níž zažíval **akutní strach o svůj život**
 - projevy:
 - sociální **izolace** (např. útěk z místa události)
 - zúžení pozornosti a **dezorientace**
 - **hněv** a agrese, **nepřiměřená hyperaktivita**
 - **zoufalství** a intenzivní **zármutek**
 - může se rozvinout **disociativní stupor** (viz otázka 19)
 - jedná se o **přechodnou** poruchu s dobrou prognózou
 - léčba:
 - podpůrná psychoterapie s metodami **krizové intervence** (viz otázka 23 v obecně)
 - někdy anxiolytika (oxazepam, alprazolam), při nespavosti zolpidem
-
- **porucha přizpůsobení** = častá, maladaptivní reakce na **psychosociální** stresor
 - nastává při **překročení kompenzačních mechanismů** jedince (závisí na vulnerabilitě pacienta, jeho adaptační kapacitě a síle stresoru)
 - vyskytuje se v období výrazné změny nebo stresující události – svatba, započítí studia, odchod do důchodu, rozvod, vážná nemoc, ztráta práce, úmrtí blízké osoby...
 - obvykle se objeví **do 1 měsíce** od stresové události a trvá do 6 měsíců
 - může se vyskytovat **sebepoškozování, parasuicidia a abúzus**
 - projevy:
 - **depresivní** reakce, pokleslá nálada, **úzkost** a strach, porucha emotivity nebo nálady, **obavy** a napětí
 - **porucha usínání**
 - *u adolescentů* asociální nebo agresivní chování
 - patří sem i “**patologické truchlení**” = sebeobviňování, suicidální myšlenky, odmítání sociálních kontaktů, narušený denní chod a pracovní-sociální výkonnost
 - objevuje se s **latencí** od události, léčí se **antidepresivy**
 - diff. dg.: normální reakce na stres, normální truchlení a depresivní epizoda
 - **Jak se liší depresivní epizoda od poruchy přizpůsobení?**
(uvedené vlastnosti jsou u poruchy přizpůsobení naopak / jinak): tichá řeč, snížené psychomotorické tempo, nálada je horší ráno, snížená chuť k jídlu, snížené libido, předčasné ranní probouzení, pocity zbytečnosti)
 - léčba: podpůrná i systematická **psychoterapie** (včetně metod krizové intervence), většinou léky nejsou potřeba

(23) Posttraumatická stresová porucha

- PTSD = **úzkostná porucha**, která se rozvíjí po emočně těžké, **stresující události**, která svojí závažností přesahuje obvyklou lidskou zkušenost a **byla by traumatická pro většinu lidí** (výjimečně nebezpečný nebo katastrofický charakter)
 - pacient je svědkem nebo obětí
 - krátkodobé: zemětřesení, záplavy, znásilnění, přepadení, autonehody
 - dlouhodobé: domácí násilí, válka, koncentrační tábory
 - nerozvíjí se u všech, kteří prožijí tuto událost (roli hrají obdobné faktory jako u poruchy přizpůsobení, viz minulá otázka)
- klinické projevy:
 - “**flashbacky**” = neodbytné živé vzpomínky / noční můry na traumatickou situaci ALE mimo ně **částečná amnézie** na důležité momenty traumatické události
 - prožívání **stresu** (i s vegetativními příznaky) **u událostí, které situaci připomínají** — vznik **vyhýbavého chování**
 - obtíže **s usínáním** a udržením spánku
 - podrážděnost, **návaly hněvu**, přehnané **úlekové reakce**
 - problémy s koncentrací a hypervigilita
- vzniká obvykle s **latencí týdnů až měsíců** od události, většinou dojde k **uzdravení**
- častými komorbiditami jsou suicidální sklony, fobie (agora-, sociální i specifické), abúzus, deprese, sexuální dysfunkce... (v závislosti na povaze traumatu)
- diff. dg.: zejm. akutní reakce na stres
- léčba:
 - *časná léčba po traumatické události*: metody **krizové intervence** se snahou zabránit vzniku PTSD
 - *pokud PTSD vznikne*: **KBT** (odstranění podmíněných úzkostných reakcí) + **SSRI**, klonidin



(24) Poruchy příjmu potravy

- vznikají nejčastěji **v dospívání** (13-15 let) u mladých **dívek** (až 95 %)
- etiopatogeneze je **multifaktoriální** - kromě obecných vývojových a biologických:
 - *psychologické faktory* (**impulzivita, perfekcionismus**, deprese a úzkost)
 - *sociální faktory a faktory prostředí* (nepříznivé životní situace, sexuální zneužívání, v rodině **bránění osamostatnění a neadekvátní tlak na výkon**)
 - *zájmy* (**balet, modeling, gymnastika**) a **společenský tlak na štíhlost**
 - takto vzniklá kortikální dysfunkce řízení příjmu potravy způsobí, že maladaptivní obživné chování zpětně ovlivňuje funkce neuronálních okruhů - neutrální mozkové okruhy jsou pak nahrazeny patologickými – **původně neutrální signál (potrava) se spojí s neadekvátním afektivním nábojem a kompulzivním chováním**
- **mentální anorexie** = **úmyslné** snižování váhy a udržování podváhy
 - americká klasifikace ji dělí na formu **restriktivní** ("jen" omezování přísunu) a **purgativní** (se zvracením / jinými patologickými mechanismy snižování váhy)
 - diagnostická kritéria dle MKN-10:
 - tělesná váha je udržována nejméně **15% pod** předpokládanou váhou, **BMI – 17,5 a méně**
 - pacient(ka) si **snižuje váhu sama** – diety, laxativa, zvracení, cvičení
 - je přítomna specifická patologie – **dysmorfie** (= zkreslená představa o svém těle ("**body image**") a **strach z tloušťky** = vtíravé myšlenky)
 - endokrinní porucha: **amenorea** (ženy), ztráta sexuálního zájmu (muži)
 - pokud vznikne před začátkem puberty, je opožděn nebo zastaven růst
 - nemoc je **ego-syntonní**, pacientka je **hrdá** na sebedisciplínu (může být projevem potřeby kontroly nezávislosti), často proto **nevyhledává pomoc**
 - somatické projevy: (**ŽIVOT OHROŽUJÍCÍ** onemocnění, somatickými důsledky v podstatě klasické hladovění)
 - u zvracení **hypokalemie, hypochloremická alkalóza** (RIZIKO SMRTI NA METABOLICKÝ ROZVRAT), parotitida, **kazivost zubů**
 - zácpa, nadýmání, **urea v krvi** (vliv dysproteinemie), hypercholesterolemie, **hyperkortizolemie**, snížení T3
 - hypotenze, **abnormality EKG** (RIZIKO SMRTI ARYTMIÍ), anémie
 - **osteoporóza**, suchá kůže, lámání nehtů, vlasů, výskyt **lanuga**
 - mortalita AN je až **10 % - 50 %** suicidium, 30 % selhání KVS (arytmie atd.)
- **mentální bulimie** = neustálé zabývání se jídlem a **craving** po něm, následovaný **záchvatovitým přejídáním**, po kterém snaha **potlačit jeho kalorický účinek** (zvracením, laxativy, anorektiky, hladovkami, thyroidálními léky)
 - motivací je opět specifická psychopatologie – chorobný strach z tloušťky
 - na rozdíl od AN je **ego-dystonní** – pacientce nevyhovuje, často **vyhledává pomoc sama**
- **psychogenní přejídání** = přejídání bez kompenzačních mechanismů, jedení bez pocitu hladu (často vzniká jako **maladaptivní reakce na stres**)
 - častá je konzumace **o samotě** (studu a znechucení), **vina a deprese** po jídle
- **syndrom nočního přejídání** - nejméně **25%** konzumace po večeri, nejméně 2x noční probuzení s konzumací jídla během 1 týdne
- "**Adonisův komplex**" – "**anorexie naruby**" u **mužů** (tělesná dysmorfie, specifické jídelní návyky, excesivní cvičení a obsese svalstvem, časté zneužívání steroidů)
- léčba: **psychoterapie** (**KBT, dynamická** – zlepšení tělesného sebezpojetí, sebedůvěry, trénink asertivity a sociálních dovedností) + **SSRI**

(25) Sexuální dysfunkce

- sexuální dysfunkce jsou **kvantitativní poruchy** sexuální výkonnosti
- **multifaktoriální** podklad, částečně ovlivněny organickými změnami (ateroskleróza, hypertenze, diabetes, Parkinson...)
- **2 hlavní skupiny: organické** (typické ve stáří) vs. **psychogenní** (typicky adolescenti)
- podle MKN-10 se rozlišují tyto funkční poruchy:
 - **poruchy sexuální apetence** (= zájmu o sex)
 - nedostatek nebo ztráta sexuální apetence
 - odpor k sexualitě a nedostatek požitku ze sexuality
 - **poruchy sexuálního vzrušení** (selhání genitální odpovědi)
 - **poruchy orgasmu**
 - dysfunkční orgasmus
 - předčasná ejakulace
 - **sexuální bolestivé poruchy**
 - neorganický vaginismus
 - neorganická dyspareunie
- dále je třeba rozlišovat poruchy:
 - **primární** (= od počátku pohlavního života) vs. **sekundární** (od jistého momentu)
 - **úplné** (chybění erekce) vs. **částečné** (nespolehlivá erekce)
 - **generalizovaná** vs. **selektivní** (vázané na konkrétního partnera)
- SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE ŽEN:
 - **nízká sexuální apetence** - málokdy primárně, většinou **sekundárně** a **selektivně** (deprese, stres, hyperprolaktinémie, hypothyreóza, menopauza, vlivem léků – psychofarmaka, antikoncepce, antihypertenziva)
 - léčba spíše experimentální *flibanserinem* a *yohimbinem* (afrodiziaka)
 - **nízká sexuální vzrušivost (= frigidita)** – **častá** dysfunkce, ve všech věkových kategoriích, může být primární i sekundární, často selektivní
 - partnerský vztah, léky, deprese
 - hlavní léčba *psychoterapií*, dále afrodiziakem *yohimbinem* a *AD*
 - **poruchy orgasmu** – častěji **primární** (až 10 % žen není orgasmu schopno, 1/3 má orgasmus jen za konkrétních podmínek)
 - pomáhá *sexoterapeutický výcvik s důrazem na nekoitální stimulaci*
 - **dyspareunie až algopareunie** = frikční koitální pohyby penisu v pochvě vyvolávají nepříjemné pocity až bolest
 - v naprosté většině **sekundární** (záněty, endometrióza...)
 - vhodné *lubrikační prostředky, péče o poševní prostředí...*
 - **vaginismus** = silné mimovolní stahy svalstva poševního vchodu při pokusu o penetraci — každá dilatace je velmi bolestivá, postupně vzniká odpor k ní
 - **primární** porucha, "*léčba*" *nácvikem dilatace* (prsty a řadou vibrátorů)
- SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE MUŽŮ:
 - **nízká sexuální apetence** – na rozdíl od žen je to u mužů **vzácná** porucha
 - **poruchy erekce** – častá **nad 40 let věku**, kdy až **50 %** mužů
 - forma **úplná** (typicky **organický** původ) a **částečná** (**častější** - jen v některých situacích, zejm. koitální, převažuje **funkční** etiologie)
 - léčba: *psychoterapie* (zejm. u mladších mužů, kde převažuje funkční forma), *yohimbin* (centrální účinek), *sildenafil* (potencuje účinek NO), *vazodilatancia intrakavernózně* (např. alprostadil), *androgeny*
 - **předčasná ejakulace** = před nebo do 15 sek. od soulože, zejm. mladí muži

(26) Poruchy pohlavní identity a preference

PORUCHY POHLAVNÍ IDENTITY

- **transsexualita** (prevalence 1:30.000!) = inverzní sexuální identifikace, nejvyšší úroveň **genderové dysforie** (= trýznivý a stálý pocit opačné sexuální příslušnosti) — jsou nespokojeni se svým genitálem a přejí si mít opačné tělesné znaky
- v cílovém pohlaví se většina chová heterosexuálně, existují ale i homosexuálové
- v *dětsví* **heterotypní sklony a zájmy** (= napodobování aktivit opačného pohlaví) a **heterofilie** (= vyhledávání společnosti opačného pohlaví)
- léčba: **podpůrná psychoterapie** + postupná **změna sexuální role**: 1. změna jména na sexuálně neutrální a provizorní adaptace na opačnou sexuální roli — 2. hormonální terapie (min. 2 roky) — 3. chirurgická terapie (o schválení rozhoduje komise MZČR) — 4. změna matričního pohlaví
- diff. dg.: **může být příznakem jiné duševní poruchy!** (např. emočně-nestabilní)
- “**transvestitismus**” = převlékání za opačné pohlaví bez sexuální motivace

PORUCHY SEXUÁLNÍ PREFERENCE (PARAFILIE) = kvalitativně změněné preference

- aby byly **považovány za poruchu**, musí způsobovat subjektu nebo okolí **stres a problémy!** (zejm. konsenzuální fetišistické fixace nebo sadomasochismus nepůsobí)
- **DEVIACE V OBJEKTU** (orientaci):
 - **pedofilie** = na děti **bez** sekundárních pohlavních znaků
 - spíše **romantický** charakter, výjimečně genitální kontakt (uspokojení masturbací) - když už kontakt, tak spíš expozice genitálu / osahávání
 - může vést k “**sublimaci**” tendenci (promítnutí do umění či pedagogie) či k nezvládnutí puzení – **pedofilní delikt**
 - většina ale nikdy nevyhledá pomoc a nemoc jim **nečiní problém v rodinném životě** (nejsou sexuálně natolik vyhranění)
 - dg.: sexuální anamnéza, rozbor fantazií... + **falopletyzmografie**
 - **efebofilie** (homosexuální) / **hebefilie** (heterosexuální) – na pubescenty s propukajícími sekundárními pohlavními znaky (12-14 let)
 - **fetišismus** = erotická fixace na *neživý objekt* (guma), *část těla* nebo *vlastnost objektu* (amputace) + *nekrofilie*, *zoofilie*, *koprofilie*, *urofilie* a další specifické
 - jen **velmi malá část fetišistů má se svou deviací problém**
- **DEVIACE V AKTIVITĚ**:
 - **exhibicionismus** = exponování genitálu před cizími lidmi
 - jsou **plaší**, netouží po kontaktu, dobře se léčí **psychoterapií**
 - **voyerismus** (slídičství) = tajné pozorování cizích lidí při intimních aktivitách
 - **tušěři** (= “osahávači”) a **frotéři** (= “otírači”) – typicky v tlačenici v MHD
 - **patologická sexuální agresivita** - na neznámé ženy, “lovecké chování” **bez** sadistického obsahu (X agresivní sadisté)
 - **sadismus** = erotický zájem v agresivitě a hostilitě
 - dělíme ho na **fetišistický** (často konsenzuální sex s partnerem - masochistou = inverzním obrazem sadisty), **pseudopedagogický** (zaměřený na poslušnost a disciplínu, v dominantní pozici může trýznit okolí) a **agresivní sadismus** – samoučelné trýznění / ponižování
- léčba: **psychoterapie** + ke snížení naléhavosti **antiandrogeny**, **analogy GnRH**
 - na požádání (!) **chirurgická kastrace**, případně **ochranná léčba nebo zabezpečovací detence** při vysokém riziku recidivy

(27) Impulzivní poruchy

- patří mezi **poruchy jednání** - základem je **impulzivní jednání** podmíněné silným pudem (popsáno v otázce 11 v obecně)
- výskyt každé z poruch nepřevyšuje 1 %
- impulzivní projevy podmiňuje zejména **dysfunkce serotoninergního systému**, u hráčů je navíc postižení dopaminergního systému v "biologickém centru odměny"
- **patologické hráčství** = impulzivní nutkání ke hře nezvladatelné vlastní vůlí
 - **příznaky podobné závislostem**: craving, tolerance (hraní za stále vyšší částky), ztráta jiných zájmů a aktivit, komplexní životní problémy, ztráta kontroly (přes jasné důkazy o škodlivosti), dysforie a neklid při abstinenci
 - **specifické pocity**: **iluze konečné výhry**, přeceňování svých schopností a **považování hry za jedinou možnost, jak získat finance**
 - první projevy kolem 30, po nástupu společenských důsledků (vězení, bezdomovectví) pacient přestává mít možnost dále hrát
- **pyromanie** = patologické zakládání požárů **bez zjevného motivu** a celková fascinace ohněm — **narůstající napětí před** požárem a **uvolnění po** vzplanutí
 - první projevy v **dětství** nebo adolescenci, **celoživotní** průběh (platí i pro všechny následující poruchy)
- **kleptomanie** = opakované krádeže **nepotřebných** předmětů, které jsou pak **odkládány** nebo ničeny — opět tenze před činem a uspokojení po krádeži
- **trichotilomanie** = impulzivní **vytrhávání si vlasů** — slouží k **uvolnění emočního napětí**, přestože ví, že se tak kosmeticky poškozuje (je zde **náhled**)
- **léčba**: psychoterapie (**KBT**) + **SSRI** (vzhledem k mechanismu vzniku)
 - u *patologických hráčů* často několikaměsíční **ústavní léčba** (jako závislosti)



(28) Poruchy osobnosti - definice, principy léčby

- o poruše osobnosti mluvíme jen, pokud **osobnostní rysy zabraňují fungování v osobním, pracovním a společenském životě**
- nejčastější jsou **histrionická** a **smíšená** porucha
- polygenní dědičnost (heritabilita až 60 %) - kromě **polymorfismů** pro různé receptory a transportéry i vliv hladiny **testosteronu** (vyšší impulzivita) a **endorfinů** (flegmatické rysy), vlivy prostředí působící **na matku během těhotenství** (stres, infekce), obrovský vliv při **zneužívání** nebo **týrání** a další vlivy rodiny nebo vrstevníků
- lidově bývají pacienti označováni jako **“podivíni”**
 - osobnost je uspořádána dysharmonicky - **některé složky vyvinuty nadstandardně, jiné nedostatečně**
 - nejčastěji se projeví v oblasti **emotivity**, intelekt nebývá postižen
 - **abnormální vzorce chování** jsou hluboce zakořeněné, neměnné a významně odlišné od běžných způsobů myšlení, cítění a jednání v dané kultuře, zároveň mají **malou schopnost sociální adaptace**
- typická je **“dysharmonická anamnéza”** (např. neschopnost dostudovat pro emoční labilitu) a fakt, že spolu s nimi **trpí i jejich okolí**
- v důsledku poruchy jsou náchylnější k **psychotraumatizačním** sociálním **konfliktům** s následnými **sekundárními duševními poruchami** (úzkosti, deprese, závislosti...)
 - naopak poruchy osobnosti nebývají sekundární
- od dospívání jsou **celoživotní a stálé** (nejsou děleny na epizody, nemají obecný průběh nemoci (zdraví - prodromy - onemocnění - úzdrava)
 - střídají se období **kompensace** (pacient se nemusí projevovat nápadně) a **dekompensace** (vlivem zevního stresu se zvýrazní problémové rysy)
- léčba: zatím **není žádná léčba, která by poruchu osobnosti odstranila**
 - cílem je proto **mírnění nejvýraznějších projevů** - zejména pomocí **KBT** nebo psychodynamické terapie, kdy je cílem získání **náhledu a korekce jednání** do přijatelnější podoby
 - emoční nestabilita může být korigována antidepresivy, thymoprofylaktiky a antipsychotiky, na reaktivní úzkosti anxiolytika
 - většina léčena **dlouhodobě ambulantně**

Specifické poruchy osobnosti F60

F60 Specifické poruchy osobnosti

- F60.0 Paranoidní porucha osobnosti
- F60.1 Schizoidní porucha osobnosti
- F60.2 Dissociální porucha osobnosti
- F60.3 Emočně nestabilní porucha osobnosti
- F60.4 Histrionická porucha osobnosti
- F60.5 Anankastická porucha osobnosti
- F60.6 Anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti
- F60.7 Závislá porucha osobnosti
- F60.8 Jiné specifické poruchy osobnosti
- F60.9 Porucha osobnosti nespecifikovaná

(29) Porucha osobnosti anankastická, anxiózní, schizoidní

- **anankastická** (obsesivní) = porucha osobnosti charakterizovaná pocitem osobní nejistoty a pochyb, nadměrnou svědomitostí, zaměřením se na detaily, kontrolou, dále tvrdohlavostí, opatrností a rigiditou
 - mohou být vtíravé a nevídané myšlenky nebo podněty, které však nedosahují vážnosti obsedantně–kompulzivní poruchy
 - **anxiózní** (vyhýbavá) = porucha osobnosti charakterizovaná pocitem napětí a obavy, nejistoty a podřízenosti
 - je trvalá potřeba být milován a přijímán, přecitlivělost na odmítnutí a kritiku s omezenou osobní vazbou
 - dále je tendence vyhýbat se určitým činnostem z habituálního přehánění potenciálního nebezpečí nebo rizik v běžných situacích
 - **schizoidní** = porucha osobnosti charakterizovaná distancováním se od citových, sociálních a jiných kontaktů s preferencí fantazie, činností v samotě a introspektivní rezervovaností — “podivíní bez přátel žijící o samotě”
 - přítomna neschopnost vyjadřovat své city a zakoušet radost
-

(30) Disociální a paranoidní porucha osobnosti

- **disociální** = porucha osobnosti charakterizovaná bezohledností v sociálních záležitostech a nedostatkem citění pro druhé (absence empatie a dalších “vyšších citů”)
 - je velká nerovnováha mezi chováním a současnými sociálními normami
 - chování nelze snadno změnit zkušeností, dokonce ani trestem
 - je nízká tolerance k frustraci, nízký práh pro spouštění agrese včetně násilných činů (časté protispolečenské chování - trestné činy...)
 - subjekt má tendenci klamat druhé nebo nabízet přijatelné vysvětlení pro chování, které ho přivádí do konfliktu se společností
 - osobnost: *amorální, antisociální, asociální, psychopatická, sociopatická*
 - *jak se liší od psychopatů? - disociál o věcech ani nepřemýšlí, zatímco psychopat sice taky nic necítí, ale zvažuje jejich výhodnost pro sebe*
- **paranoidní** = porucha osobnosti charakterizovaná nadměrnou citlivostí k odmítnutí, neodpouštěním urážek, podezřívavostí a tendencí zkreslovat zážitky chybným interpretováním neutrálně nebo přátelsky laděných akcí druhých jako nepřátelských
 - v návaznosti na to také bezdůvodným podezíráním manžela(ky) nebo partnera(ky) ze sexuální nevěry a bojovným a tendenčním smyslem pro osobní práva
 - může být sklon k excesivní důležitosti vlastní osoby a častá je excesivní vztahovačnost
 - osobnost: *expanzivně paranoidní, fanatická, kverulantská, paranoidní*

(31) Emočně nestabilní a histriónská porucha osobnosti

- **emočně nestabilní** = porucha osobnosti charakterizovaná určitým sklonem k zkratkovému chování bez uvážení jeho následků
 - nálada je nepředvídatelná a vrtošivá, je sklon k neuváženým emočním výbuchům a neschopnost ovládat výbuchy svého chování
 - dále tendence k hašteřivému chování a ke konfliktům s ostatními, zvláště jsou-li zkratkové činy odmítány nebo potlačovány
 - existují dva typy:
 - **typ impulzivní**, charakterizovaný hlavně emoční nestabilitou a chybějícím ovládnutím svých popudů
 - **typ hraniční**, charakterizovaný navíc i poruchou představy o sobě, cílů a osobních preferencí a dlouhodobými pocity prázdnoty
 - typický je intenzivními a nestabilními interpersonálními vztahy a tendencí k sebezničujícímu chování, včetně sebevražedných náznaků a pokusů
 - osobnost: *agresivní, hraniční, výbušná*
- **histriónská** = porucha osobnosti charakterizovaná mělkou a labilní afektivitou, sebedramatizací, teatrálností, přehnaným projevem emocí, sugestibilitou, egocentričností, povolností vůči sobě, nedostatkem ohledu na druhé, bolestícností a trvalým vyžadováním ocenění, vzrušení a pozornosti
 - osobnost: *hysterická, psychoinfantilní*



(32) Poruchy spánku, jejich příčina a léčba

- psychiatrie řeší **neorganické poruchy spánku** (X organické: např. spánková apnoe – na plicním)
- neorganické poruchy spánku dělíme na:
 - **DYSSOMNIE**
 - **insomnie** = nekvalitní a neosvěžující spánek (minimálně 3x týdně po dobu 1 měsíce)
 - příčina: nejčastěji **stres** (pracovní, sociální, intrapsychický) → výsledkem je vznik “*psychofyzilogické insomnie*” (= “naučené” neschopnosti usnout v důsledku **somatizované tenze**)
 - spánek může být narušen ve smyslu: poruchy iniciace, opakovaného probouzení nebo časného ranního probuzení
 - během dne jako důsledek **únava, bolest hlavy, dysforie**
 - podle typu příčiny dělíme insomnii na:
 - **tranzientní** (maladaptivní reakce na změnu podmínek)
 - **syndrom insuficientního spánku** (špatným režimem)
 - **pseudoinsomnie** (mylná představa, že pacient nespí)
 - **nepřiměřená spánková hygiena** (nepravidelnost,...)
 - průvodní nežádoucí jevy: chování (dlouhé převalování, TV), tělesné (neklid), emoční (úzkost), kognitivní (“určitě neusnu”)
 - dg.: anamnéza (myslím na přidruženou duševní poruchu), tvorba “**spánkového deníku**” (délka spánku, únava, léky...), při podezření na organickou poruchu **polysomnografie** (EEG, EKG, airflow, pohyby hrudníku, pohyby bulbů...)
 - léčba: **spánková hygiena, KBT, relaxace** + někdy farmaka:
 - *krátkodobě* – **Z-látky**
 - *chronicky* – **trazodon** (Trittico), mirtazapin, **melatonin**
 - **hypersomnie** – v diff. dg. vyloučit organické postižení CNS, hypersomnii jako doprovod psychiatrických onemocnění a tzv. “long sleepers” (= osoby potřebující fyziologicky přes 9 hodin spánku)
 - vyskytuje se u ní **denní spavost**, příp. “**spánková opilost**” po probuzení (poruchy koordinace a kognice) a **autonomní nervové změny** (cefalea, ortostatická hypotenze)
 - sekundárně může vzniknout **anxiózně-depresivní syndrom**
 - dg.: **MSLT** (test mnohočetné latence usnutí), polysomnografie
 - léčba: antidepressiva, centrální psychostimulancia (**modafinil**), KBT
 - **poruchy spánek bdění** – důsledek **jet lagu, směnných provozů...**
 - *syndrom zpožděné fáze* (usínání později, typicky adolescenti)
 - *syndrom předsunuté fáze* (usínání dříve, znak stárnutí)
 - **PARASOMNIE** (níže uvedeny **nonREM**, mezi REM patří noční můry)
 - **somnambulismus** = náměsíčnictví – převážně **dětská** diagnóza
 - pohybové automatismy vč. chůze (-- nebezpečí pádu), pacient nejde jednoduše probudit (reaguje zmateně až agresivně)
 - léčba: **preventivní opatření**, spánkový režim, **klonazepam**
 - **noční děsy** = náhlá epizoda děsu s výkřiky, pláčem a vegetativní aktivací, nastávající při tělesných onemocněních s horečkou či stresem

(33) Mentální retardace

- **mentální retardace** = nejzávažnější porucha **intelektu**, bývá vrozená či raně získaná
- **etiopatogeneze**: heterogenní, multifaktoriální
 - *genetika* – poruchy metabolismu (Tay-Sachs, Nieman-Pick, Wilsonova choroba), mikrodelece a/nebo chromozomální aberace (Down)
 - *prenatální vlivy* (alkohol, TORCH infekce)
 - *deprivace v dětství*
- o MR mluvíme, pokud se intelekt nedostatečně rozvine **do 2 let** (poté již demence)
- narušeny jsou **poznávací, řečové a pohybové schopnosti** — významné omezení adaptivního fungování dítěte (dospělého) v sociálním prostředí
 - u těžší MR navíc komorbidita: autismus, epilepsie, vrozené tělesné malformace
- **klasifikace**:
 - **lehká** (IQ **69-50**) – většinou potřeba speciální školy, ale jsou vychovatelní, jen **nechápují složité sociální situace** (jsou proto i důvěřivější a zneužitelnější)
 - stává se **zřejmou až při řešení složitějších úkolů a situací** - většinou diagnostikována až v předškolním věku
 - většina se vyučí nějakým řemeslem a je schopna vést samostatný život (s občasnou pomocí ve složitějších nových situacích)
 - **středně těžká** (**49-35**) – zde porucha zaznamenána již v kojeneckém nebo batolecím věku
 - zde je již postižen i **motorický vývoj** - např. oblékání, hygiena
 - **výrazně omezená řeč**, ale dostatečná pro základní dorozumění
 - v dospělosti mohou pracovat v chráněných dílnách apod.
 - prostředí nemůže ovlivnit retardaci jako takovou, ale emoční a sociální vyspívání výrazně — fungování dětí z podporující rodiny je lepší
 - **těžká** (**34-20**) – většinou jsou tyto děti postiženy i **tělesně**
 - **nejsou schopni artikulované řeči a poruchy motoriky**
 - nutná sociální péče (rehabilitační třídy pomocných praktických škol)
 - **hluboká** (**pod 20**) – **imobilní, inkontinentní**, většinou absolutní nedostatečnost po zbytek života
- **diagnóza**: pro dg. musí dítě nejen získat výsledek IQ testu, ale musí i selhávat v plnění nároků očekávaných od jedince v jeho věku
 - genetika, metabolity, pediatrické a neurologické vyšetření, psychomotorický vývoj, testy intelektu: Wechslerův test, Termanův a Merrillové
- **léčba**: nácvik sociálních a komunikačních dovedností, KBT, speciální pedagogika, denní stacionáře, chráněné bydlení, chráněné dílny)

(34) Psychické poruchy v dětství - přehled

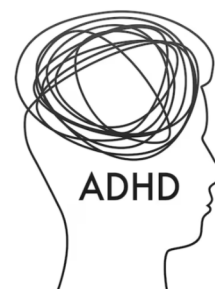
- **specifické vývojové poruchy řeči a jazyka, specifické vývojové poruchy školních dovedností a specifická vývojová porucha motorické funkce** (F80-F83)
 - poměrně časté, až u **20 %** dětí, 5x častější u **chlapců**
 - **specifické vývojové poruchy řeči a jazyka** = narušení vývoje řeči a jazyka od raného dětství
 - **expresivní porucha řeči** - omezená slovní zásoba, stručné vyjadřování, chyby ve větné skladbě, nesprávné používání mluvnice
 - **receptivní poruchy řeči** - dítě není schopno v roce věku reagovat na běžná slova a ve dvou letech porozumět jednoduchým instrukcím
 - **léčba**: kombinované terapeutické přístupy - kognitivně-behaviorální nácvik, nutnost spolupráce psychiatra, psychologa, logopeda,...
 - specifická porucha čtení (**dyslexie**) = narušení vývoje dovedností ve čtení
 - **typické příznaky**: vynechávání, nahrazování, překrucování slov, pomalé čtení, chybné začátky, dlouhé pomlky, ztracení se v textu..
 - specifická porucha psaní (**dysgrafie**) = narušení vývoje psaní, potíže v gramatice, interpunkci, rozlišování velkých a malých písmen a větné stavbě
 - specifická porucha počítání (**dyskalkulie**) = selhávání v číselných představách, matematickém uvažování, často neschopností naučit se hodiny
 - **specifická porucha motorické funkce** = malá obratnost, horší motorika
 - prognóza většiny uvedených poruch je **dobrá**, ale většina dětí potřebuje ke zvládnutí školy zařazení do **specifického výukového režimu**
 - typická doba začátku je **3.–7. rok věku**
- **pervazivní vývojové poruchy** (F84) - viz otázka 35
- **poruchy chování a emocí** se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci (F90-98)
 - sem patří **hyperkinetické poruchy** (otázka 36) a **tikové poruchy** (otázka 37)
 - **emoční poruchy** se začátkem specifickým pro dětství
 - *separační úzkostná porucha v dětství, fobická úzkostná porucha v dětství, sociální úzkostná porucha v dětství a porucha sourozenecké rivality*
 - od emočních poruch v dospělosti se liší **diskontinuálním průběhem**, tj. nepřetrvávají do dospělosti (až na sociálně úzkostnou poruchu, která přechází do generalizované úzkostné poruchy nebo sociální fobie v dospělosti)
 - základním projevem je **úzkost**, nadměrná a nepřiměřená věku dítěte
 - **léčba**: **kognitivně-behaviorální psychoterapie**, rodinná terapie
 - prognóza je **dobrá** s výjimkou sociálně úzkostné poruchy
 - **poruchy sociálních vztahů** se vznikem specifickým pro dětství a adolescenci
 - **elektivní mutismus** = důsledné mlčení ve specifických sociálních situacích s normální komunikací mimo tyto situace
 - prognóza je ve většině případů dobrá
 - **reaktivní porucha přichylnosti v dětství a desinhibovaná přichylnost v dětství** = vznikají při porušení adaptace v časném dětství — vytvoření abnormit v sociálních vztazích (to většinou trvá do dospělosti)
- dále se u dětí mohou vyskytnout **afektivní poruchy, poruchy příjmu potravy** a výjimečně **schizofrenie** s brzkým počátkem (viz jejich vlastní otázky)

(35) Pervazivní vývojové poruchy u dětí

- **“poruchy autistického spektra” = vývojové poruchy** charakterizované obtížemi úspěšně se adaptovat ve společnosti v důsledku **kvalitativních abnormit osobnosti a psychosociální úrovně**
- “pervazivní” = všepromikající, všepromstupující - porucha zasahující všechny oblasti psychiky či sociální situace (vývoj dítěte je narušen do hloubky v mnoha směrech)
 - pojem “autismus” je odvozen od řeckého slova autos – sám
- **autismus** = těžká, složitá a komplexní vada vyvíjejícího se mozku s postižením mnoha psychických funkcí (**neurovývojová porucha**)
- podle MKN–10:
 - **dětský autismus** (“klasický autismus”, typické příznaky popsány níže)
 - **Aspergerův syndrom** (podobný dětskému autismu, ale IQ normální, často vynikající paměť a (skoro) normální řeč - rozdíly oproti dětskému autismu viz níže)
 - **atypický autismus** (komplikovaná dg., často u dětí s mentální retardací)
 - **Rettův syndrom** (X-vázaný sy., jen u dívek, typický příznak “mytí” rukama)
 - jiná dezintegrační porucha (**Hellerova demence**) v dětství - vzácná
- etiopatogeneze:
 - **genetický vliv** (heritabilita **až 90 %**)
 - **primární** (poruchy autistického spektra) vs. **sekundární** (symptomatický u syndromu fragilního X, tuberózní sklerózy a dalších)
 - **prenatální expozice**
- **odlišná aktivace** mozkových struktur **na expozici obrázků lidských tváří**
- diff. dg.: *hlavní je odlišení od mentální retardace – u ní jsou ale **sociabilní děti!***
 - schizofrenie s časným začátkem, juvenilní demence, elektivní mutismus, specifické vývojové poruchy řeči, sociální úzkostná porucha...
- projevy: objevují se **do 3 let**, častěji u **chlapců**
 - nevytvářejí vazbu k matce
 - patologie ve hře – nedostatek fantazie a tvořivosti
 - může být spojeno s nižším IQ až mentální retardací
 - omezené komunikační schopnosti (! u Aspergera je řeč formálně správná ALE typická šroubovanost ve vyjadřování, dlouhé monology)
 - špatné sociální schopnosti (! Aspergové se nechtějí izolovat, ale svou neschopností adaptace jsou vyčleňováni)
 - výskyt epilepsie
 - “autistická regrese” (= částečná až úplná ztráta již získaných vývojových dovedností)
 - abnormální chování a zájmy – stereotypní rituály, motorické stereotypní pohyby, motorická neobratnost
 - někdy speciální schopnosti – mechanická paměť
- diagnóza: **škály ADI-R, ADOS, CARS + anamnesticky absence gest a žvatlání do 12. měsíce, regrese řeči**
- léčba:
 - **speciálně-pedagogické a behaviorální intervence**
 - *u přídatných patol. příznaků jejich léčba* (agrese, sebepoškozování – risperidon, olanzapin // obsedantní syndrom - fluoxetin // poruchy spánku - melatonin // hyperkinetický s. – atomoxetin)

(36) Hyperkinetické poruchy u dětí

- v **americké klasifikaci** existuje nejznámější “porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivitou” = **ADHD**
- v **MKN-10** jsou **odlišné** diagnózy: zejm. *F90.0 – porucha aktivity a pozornosti a F90.1 - hyperkinetická porucha chování* (a jsou i další)
- etiologie: jedná se o **neurovývojovou** poruchu
 - *genetické faktory* (dysregulace **dopaminových a noradrenergických** receptorů)
 - *prenatální faktory*
 - popsán i menší celkový objem mozku
- **velmi častá** porucha (prevalence cca. **5 %**) - jedna z nejčastějších diagnóz dětských psychiatrů
- projevy: alespoň **6 měsíců**, projevuje se **před 7. rokem** života
 - “jádrové symptomy ADHD”: **nepozornost, hyperaktivita a impulzivita**
 - často minimálně lehká **porucha paměti**
 - někdy porucha emocí (snížený práh frustrace a schopnost modulovat emoce) a snížené sebeovládání
 - způsobují **problémy ve škole** a psychiatrické **komorbidity**: úzkost, emočně nestabilní poruchu, OCD...
 - shrnutí projevů: Hyperkinetické děti jsou často neukázněné, impulzivní a náchylné k úrazům. Často bezmyšlenkovitě porušují pravidla a tím se dostávají do konfliktů s disciplínou, časté jsou i poruchy usínání. Poruchy chování se často kombinují s vývojovými poruchami řeči, učení a někdy i s kognitivním deficitem. V návaznosti na ADHD syndrom mohou vznikat poruchy nálad nebo tiková porucha. Mezi ostatními dětmi nejsou příliš populární a mohou se snadno stát izolovanými. Jejich vztah k dospělým je často sociálně dezinhibován pro nedostatek normální opatrnosti a odstupu. U těchto dětí jsou porušené poznávací schopnosti a bývá často specifické opoždění v motorickém a jazykovém vývoji. Sekundárními komplikacemi jsou disociální chování a nízké sebehodnocení. ADHD narušují školní výkonnost dětí s normálním intelektovým potenciálem, takže jejich školní výsledky neodpovídají výši jejich intelektu.
- **hyperkinetická porucha chování** – porucha aktivity a pozornosti + porucha chování = stejné projevy + agrese, bezohlednost a výbuchy zlosti, časté jsou delikvence
 - v dospělost vyústění do **disociální poruchy**
- léčba: ačkoliv porucha narušuje výrazně život, existují kvalitní možnosti terapie
 - psychostimulancia – **metylfenidát** (Ritalin), **atomoxetin** (! plný účinek za 4 týdny), někdy antidepressiva
 - u *agresivních pacientů nereagujících na léčbu* – neuroleptika (risperidon, alipirazol)
 - psychociální intervence: **poučení rodiny, KBT, režimová opatření**



(37) Tikové poruchy

- **tiky** = mimovolní, náhlé, rychlé a opakující se nerytmické, stereotypní pohyby nebo hlasové produkce
 - **neslouží k žádnému účelu**, nejsou podloženy neurologickou poruchou
 - *jednoduché* vs. *komplexní*
 - příklady tiků: grimasování, poskakování, třesení nohama, obscénní slova (= *koprolalie*), fráze, opakování slyšeného (= *echolalie*)
 - **frekvence** tiků je závislá na *vnějších* (konflikty, psychický tlak) a *vnitřních* (únava) **stresorech**
- v dětské populaci poměrně **běžné přechodně** (mezi **5.- 7.** rokem nástup, 10. – 12. nejzávažnější)
- etiologie:
 - *geneticky* podmíněné – zejm. Tourettův sy. má vyšší riziko u potomků
 - *prenatální* okolnosti (stres, abúzus)
 - role abnormalit BG, thalamu, kortexu
- klasifikace:
 - **přechodná tiková choroba** (netrvá déle než **rok**)
 - **chronická motorická tiková porucha** (mrkání, vyplazování, záškuby ramen, otáčení hlavy...)
 - **chronická vokální tiková porucha** (kloktání, popotahování, kašlání, štěkání, škytání, vřískot)
 - **kombinovaná vokální a mnohočetná motorická tiková porucha** (= **Tourettův syndrom** - na rozdíl od běžné představy zde není koprolálie typický příznak)
- časté komorbidity: hyperkinetická porucha, OCD, separační úzkostná porucha
- léčba:
 - **psychoterapie** – redukce stresových faktorů
 - *přechodně* **BZD** (klonazepam), u *těžkých* tiků **atypická neuroleptika** – tiaprid, risperidon, olanzapin), *při komorbidní hyperkinetické poruše* - atomoxetin

