

1A. Vnímání a jeho poruchy

VNÍMÁNÍ - definice

- je základní **psychická funkce**, která nám **umožňuje poznávat vnější svět a změny ve svém těle** prostřednictvím smyslů, je to **aktivní zpracování podnětu** z vnějšího světa -> zevní stimuly se promítají mozku a ten je zpracuje na myšlenky, představy, vzpomínky a emoce
- podíl hraje i osobnost a zkušenosti
- účastní se taky paměť, pozornost a představivost

VNÍMÁNÍ – fyziologický podklad

- vnímání je zprostředkováno **drahami** začínajícími **receptorem** a končícími v **kortexu**
 - **primární senzorická kůra** – zprostředkování počitků
 - **unimodální asociační kůra** – spojování počitků a jejich zpracování
 - **heteromodální asociační kůra** – kognitivní zpracování zkušeností (*propojení s pamětí a s limbickým okruhem (emoce)*)

PORUCHY VNÍMÁNÍ

- při posuzování vnímání bereme v potaz **objektivnost a reálnost** vnímání (*např. u fatamorgány vidíme oázu, která má sice objektivní charakter, ale je neskutečná*), jeho **adaptaci** (*délkou vnímání se mění jeho citlivost*) a **konstantnost v čase** (*stálost ve zpracování i za různých podmínek*)
- **poruchy** vnímání vznikají na základě **abnormální činnosti** některých **psychických funkcí** – zjm. **myšlení**
- nejde tedy o poruchu funkce smyslového orgánu!
- rozlišujeme: **kvantitativní** (*zvýšené/snížené vnímání*) x **kvalitativní** (*zkreslení vjemu nebo jeho vznik bez zevního stimulu*) poruchy vnímání

a) kvantitativní poruchy vnímání

- snížená vnímavost = vjemy ztrácí přesnost, trvanlivost
 - při **únavě**, **poruchách vědomí** (*somnolenci*), **depresivních stavech**, může být vyvolána i **léky** (*benzodiazepiny, morfium*) nebo **návykovými látkami** (*alkohol*)
- zvýšená vnímavost – vyvolána **drogami** (*kokain, extáze*), může doprovázet kvalitativní poruchy vědomí při **intoxikacích** (*LSD*)

b) kvalitativní poruchy vnímání

- řadíme sem: poruchy gnostické (poruchy poznávání), iluze (pseudoiluze), halucinace (pseudohalucinace)
- poruchy gnostické
 - **gnozie** je **schopnost poznávat objekty pomocí vjemů**
 - gnostické poruchy jsou poruchy poznávání, analýzy předmětů, dějů a jejich rozdílů související s poruchou korových analyzátorů bez poruchy smyslových orgánů

příklady:

 - **optická agnozie**: duševní slepota -> pacient nepoznává předmět, na který se dívá, ale může ho poznat pomocí jiných smyslů (*hmatu, čichu,..*); příčinou bývají tumory v okcipitálním laloku
 - **sluchová agnozie**: neschopnost poznat slova, tóny; příčinou jsou poruchy L temporálního laloku
 - **taktilní agnozie**: neschopnost poznávat hmatem tvar a velikost předmětu
 - **alexie**: neschopnost číst
- iluze
 - iluze jsou **zkreslené vjemy** -> jsou **vyvolány skutečným podnětem**, ale neodpovídají mu
 - nejčastěji se vyskytují při **infekčních a toxických duševních poruchách**, při **horečkách**, typické jsou pro **delirium tremens**
 - u zdravých se mohou objevit tzv. **pseudoiluze** při velké únavě nebo při zhoršených podmínkách (*třeba při snížené viditelnosti*) -> zdravý člověk je ale schopen iluze korigovat (*třeba tím, že objekt blíže prozkoumá*) a nevěří jim
 - duševně nemocný člověk je o iluzích přesvědčen (že vnímá reálnou věc)
 - rozlišujeme iluze **zrakové** (*př. skvrny na zdi = čert*), **sluchové** (*př. praskání podlahy = střelba*), **čichové a chuťové**, **tělové** (*př. pocit cizího tělesa – u schizofrenie*), **kinetické** (*př. okolní předměty se na něj řítí*),..

- halucinace

- jsou **vjemy**, které **vznikají bez zevního stimulu** a přitom je **jedinec přesvědčen**, že jsou **skutečné** -> jde o chorobnou **záměnu představy za vjem**
- typické pro **psychotické poruchy** (*typicky schizofrenie*) a **intoxikace**
- tak jako u iluzí, jsou i zde tzv. **pseudohalucinace**, u kterých člověk ví, že nejsou reálné (*u zdravých se mohou objevit při velké únavě*)
- můžeme je podle smyslů dělit na: **zrakové** (*mohou být jednoduché = fotomy (př. záblesky) nebo složité (celé postavy, zvířata, .. -> př. u deliria tremens bílé myši)*), **sluchové** (*jednoduché = akoasmata (př. pískání, střílení, zvonění) nebo složité (celá slova, věty -> mohou nemocnému něco přikazovat (imperativní), radit (teologické) nebo se jedná o více hlasů najednou (antagonistické -> mohou se hádat nebo s pacientem sympatizovat))*), **čichové, chuťové, tělové** (*taktilní = nemocný cítí různé doteky, pálení, elektrizování; orgánové = že nějaký chybí nebo se proměnil třeba v kámen*)
- dále rozlišujeme: **intrapsychické** (*pacient má pocit, že mu do mozku někdo dává myšlenky*), **reflektorické** (*při vnímání předmětu pociťuje pacient jeho působení -> při pohledu na nůž cítí bolest*), **inadekvátní** (*pacient vnímá jinými částmi těla -> vidí prsty, slyší zuby, ..*), **extrakampinní** (*pacient vnímá mimo možnosti daného smyslového orgánu -> vidí osoby za sebou, slyší co si o něm povídají v jiném městě*)

2A. Intelekt a jeho poruchy

INTELEKT - definice

- je **rozumová schopnost**, která je daná **vrozenými funkcemi**, **získanými dovednostmi**, **poznávací činností** a **vědomostmi**
- kromě vědomostí a zkušeností je nutná i **slovní pohotovost**, dobrá **paměť** a schopnost **abstraktního myšlení**
- **vrozeným základem** intelektu je **inteligence** = což je schopnost správně si **uvědomit** danou situaci, **porozumět** ji a **umět ji vyřešit** co nejrychleji a nejvhodněji -> jedná se o schopnost **adaptace**
- **talent** jsou mimořádně vyvinuté intelektové schopnosti v určitém směru
- **genialita** jsou mimořádně vyvinuté intelektové schopnosti, které mají velký společenský dosah

MĚŘENÍ INTELEKTU

- intelekt měříme pomocí tzv. **intelligenčního kvocientu (IQ)**
 - o **u dětí**: mentální věk/kalendářní věk x 100
 - o **u dospělých**: obdržený výsledek (*aktuální výkon*)/očekávaný výsledek podle statistického průměru (*průměrný výkon*) x 100
- výsledky: **90-109** průměr, **nad 110** mírný nadprůměr, **nad 120** výrazný nadprůměr, **nad 130** vynikající intelekt, **nad 140** genialita, **pod 90** mírný podprůměr (slaboduchost), **pod 80** výrazný podprůměr (slaboduchost), **pod 70** lehká mentální retardace (debilita), **pod 50** střední mentální retardace (imbecilita), **pod 35** těžká mentální retardace (idiocie), **pod 20** hluboká mentální retardace (idiocie)
- existuje spousta **testů** ke stanovení intelektu – nepoužívanější je **Wechslerův intelligenční test** -> umožňuje měření verbální i nonverbální inteligence (*včetně porozumění sociálním situacím apod.*); nebo **Ravenův test** pro nonverbální inteligenci (*abstraktní myšlení*)

PORUCHY INTELEKTU

- intelekt může být **nedostatečně rozvinut** (retardace) nebo ho může **postupně ubývat** (degradace) -> vlivem retardace vzniká **oligofrenie (mentální retardace)**, vlivem degradace vzniká **demence**
- a) **mentální retardace**
 - porucha intelektu nastává během **do 2 let** života
 - rozlišujeme **lehkou** (IQ 50-70), **středně těžkou** (35-49), **těžkou** (20-34), **hlubokou** (pod 20)
 - **lehká**: může být rozpoznána až ve školním věku, kdy se projevuje opožděním; jedinci mají sklony ke zkratkovitým reakcím, nestálostí, mají potíže s abstrakcí, naopak v mechanických činnostech se jejich porucha často nepozná, navštěvují zvláštní školy
 - **středně těžká**: jedinci se mohou částečně naučit psát a číst, slovní zásobu mají chudou, abstrakci nulovou, jedinci jsou motoricky neobratní, navštěvují speciální ústavy
 - **těžká**: jen mírný rozvoj intelektových schopností, přítomny tělesné odchylky, defekty smyslových orgánů, mají tupý výraz a řečové projevy jsou minimální
 - **hluboká**: pouze nepatrný rozvoj intelektu, sami se nenají, neudrží tělesnou čistotu, vydávají pouze zvuky
- b) **demence**
 - je úbytek intelektu ve **věku vyšším než 2 roky** (*až po úplném rozvoji CNS*) – nejčastěji u lidí starších **60 let**
 - může být způsobena úrazem, infekcí, degenerativním onemocněním,...
 - rozlišujeme **částečnou** (ostrůvkovitou) a **celkovou**
 - **částečná**: nerovnoměrné postižení mozkových funkcí; napřed porucha vstípidosti (novopaměti, kritičnosti, soudnosti)
 - **celková**: postižení psychických funkcí celkově

3A. Paměť a její poruchy

PAMĚŤ - definice

- je schopnost **přijímat, uchovávat a vybavovat** vjemy
- vjemy jsou ukládány ve formě **stop** -> na jejich zpracování se podílí i emoce, myšlení a intelekt
- **vstíplivost** = schopnost **přijímat** nové vjemy a vytvářet stopy; nejvíce rozvinutá v dětství, klesá s věkem
- **úchovnost** = schopnost **uchovávat** vštípené vjemy, tvoří obsah paměti; *nejvíce se zapomíná 1. hodinu*
- **výbavnost** = schopnost si **vybavit** vjemy a zážitky; může být **úmyslná** nebo **mimovolní**
- **učení** = **aktivní, úmyslné zapamatování**
 - o schopnost učení není u každého stejná -> částečně závisí na typu paměti: **mechanická** (*zapamatování věcí a dějů tak, jak jsou*) x **logická** (*hledání souvislostí*)

DRUHY PAMĚTI

- z evolučního hlediska: **fylogenetická** (*reflexy, instinkty*) x **ontogenetická** (*individuální prožitky, pudy*)
- ontogenetická se dále dělí: **krátkodobá** (*fonologická smyčka fungující 2 sekundy, pokud se uložené INFO neopakují, tak se ztrácí*) x **dlouhodobá** (*deklarativní (události a jejich časové řazení, fakta) x nedeclarativní (zvládnutí motorických dovedností, podmiňování (adaptace))*)
- z časového hlediska: **ultrakrátká** (*zlomky sekund; spojena se smyslovými vjemy -> udržují stav vědomí, spojena s pozorností*), **krátkodobá** (*sekundy; dochází ke vštípení podnětů*), **střednědobá** (*vytváření paměťových stop = konsolidace = přechod do dlouhodobé paměti; zapojení emoční složky (limbický systém, hypothalamus)*), **dlouhodobá** (*spojena se zmnožením dendritů*)

PORUCHY PAMĚTI

- při vyšetřování jsme „odkázáni“ na pouze jednu složku – výbavnost
- poruchy můžeme rozlišit na **kvantitativní** (hyper/hypo/amnézie) a **kvalitativní** (ekmnézie, pseudoreminiscence, konfabulace, kryptomnézie)
- **hypomnézie**: **oslabení** paměti (*snížená schopnost si pamatovat*); u psychických poruch ale taky při únavě, tělesném oslabení,...
- **hypermnézie**: **zvýšená** schopnost si pamatovat; „**relativní hypermnézie**“ -> nadměrně vyvinutá paměť na úkor jiných psychických schopností (*zázračný počtář oligofrenik*)
- **amnézie**: **ztráta** paměti na určitý časový úsek, může být **časově ohraničená** -> častá při poruchách vědomí spojené s úrazem hlavy, epileptickým záchvatem nebo při těžkém alkoholovém opojení; nebo může být **trvalá** -> při demenci
 - o **retrográdní**: P si nevzpomene na to, co předcházelo úrazu hlavy
 - o **anterográdní**: porucha paměti po návratu vědomí
 - o **disociativní**: neschopnost vybavit si vzpomínky na traumatické události
- **ekmnézie**: **špatné časové zařazování** vzpomínek
- **pseudoreminiscence**: **nepravé vzpomínky** -> porušena přesnost, jistota a lokalizace vzpomínek; i u zdravých jedinců
- **konfabulace**: pacient **vyplňuje mezery** v paměti **smyšlenými ději** a je zcela přesvědčen o jejich pravosti; typické u alkoholické demence – tzv. **korsakovský syndrom**
- **kryptomnézie**: **časem ztrácí vzpomínka svůj charakter**, nemocný je přesvědčen, že jde o původní myšlenku

4A. Poruchy pozornosti

POZORNOST (prosexie) - definice

- je **schopnost** vědomí **soustředit se** na ty **informace**, které jsou pro daný okamžik **důležité** (*a vyloučit ty nedůležité*)
- jedná se o **aktivní zaměření** našeho **vědomí**
- předpokladem je **bdělost** a **jasnost** vědomí + důležitá je **motivace**
- pozornost může být **úmyslná**, **mimovolní** i **protivolní** (*když jedinec nemůže odpoutat pozornost*)
- pozornost je důležitá pro „ochranu“ organismu -> neustále na nás působí řada podnětů a kdybychom je všechny měli vnímat, psychická činnost by byla chaotická -> proto je potřeba, aby organismus rozlišil ty podněty, které jsou důležité a ty vnímal a naopak nepodstatné informace příliš nezpracovával
- pozornost hodnotíme orientačně sedmičkovým testem, psychologickými texty

VLASTNOSTI POZORNOSTI

- **vytrvalost** (tenacita) = schopnost zaměřit pozornost na určitou dobu
- **rozsah** (kapacita) = schopnost obsáhnout větší počet jevů najednou
- **soustředění** (koncentrace) = schopnost zaměřit se na určitý jev a ostatní potlačit
- **přepojování** (vigilita) = schopnost přemísťování pozornosti žádoucími směry
- **stabilita/oscilace** = schopnost udržet/neudržet pozornost

PORUCHY POZORNOSTI

- kvantitativní (hypo/hyperprosexie) x kvalitativní (paraprosexie)
- **hypoprosexie**: snížení pozornosti – neschopnost soustředit se; typicky u vyčerpaných osob nebo u psychických poruch (mentální retardace, deprese,...)
 - o **roztržitost** = nedostatečná koncentrace při zvýšené oscilaci pozornosti; jsme zaujetí nějakým problémem a přitom nám unikají ostatní události
 - o **rozptýlenost** = porušená koncentrace i tenacita -> neudržíme dlouho pozornost
 - o **nestálost** = setrváváme pozorností na ději, který ztratil význam
- **hyperprosexie** = zvýšená pozornost určitým směrem; př. hypochondrismus – pozornost je extrémně vázaná na interoceptivní podněty
- **paraprosexie** = předčasná nebo opožděná odpověď, když je člověk v napjatém očekávání, že určitá okolnost nastane

5a. Poruchy myšlení (rozdělení; kvalitativní x kvantitativní)

MYŠLENÍ - definice

- je **psychický proces**, který umožňuje **poznání skutečnosti** -> je nejvyšší formou poznávací schopnosti
- pomocí něj jsme schopni **rekonstruovat** minulé a **předvídat** další **události** a **řešit** případné **problémy**
- **vlastnostmi** myšlení jsou **kritičnost, pohotovost a rychlost**

MYŠLENÍ – druhy

- **spontánní** (mimovolní): probíhající bez podnětu
- **konkrétní**: uskutečněno pomocí představ
- **logické**: hledá řešení problému na základě souvislosti
- **abstraktní**: uskutečněno na základě pojmů (= *podstatné znaky předmětů a jevů*)

PORUCHY MYŠLENÍ

- rozlišujeme poruchy **formy** myšlení x poruchy **obsahu** myšlení (*bludy; viz ot.č.6*)
- poruchy formy dále dělíme na poruchy dynamiky x struktury myšlení
- poruchy **dynamiky** jsou charakterizovány změnou rychlosti myšlení
- poruchy **struktury** jsou důsledkem přítomnosti patologie v myšlenkovém procesu (*typicky poruchy asociace, poruchy logického uvažování, poruchy zaměření myšlení na konkrétní objekt*)

a) poruchy dynamiky myšlení (kvantitativní poruchy)

- **útlum** myšlení: zpomalení myšlenkových procesů
 - o častěji se vyskytuje tzv. **bradypsychismus**: kromě myšlení je utlumení i ostatní duševní a tělesná činnost – oslabena paměť, intelekt, emoční reaktivita; typicky při únavě nebo utlumené depresi
 - o **mutismus**: útlum myšlení s postižením řeči (*nemocný ani nepromluví*); u depresi
- **zrychlené** myšlení: vystupňováno natolik, že je narušena schopnost vnímat cíl, závěry jsou nepřesné a nesprávné, rychle se střídající představy; u mánie, některých intoxikací

b) poruchy struktury myšlení (kvalitativní)

- **ulpívavé** (perseverace): nemocný několikrát opakuje jedno slovo nebo se opakovaně vrací k téže představě; při únavě, organických poruchách (demence) nebo u oligofrenie
- **nevýpravné** myšlení: nemocný se zasekne na jedné představě kolem které se vybavuje množství nepodstatných myšlenek; u organických postižení – oligofrenie a demence
- **zabíhavé**: směr myšlení je přerušován nepodstatnými myšlenkami; u dětí, primitivů, ve stáří u poruch paměti
- **symbolické**: myšlení vyjádřeno v symbolech (podobné magické myšlení – symboly jsou vysvětlovány nadpřirozenými zásahy (*vykládání karet*)); u OCD, psychotických poruch
- **obsedantní** (anankastické): nutkavé myšlení; do procesu myšlení se vnucují bezvýznamné myšlenky; nemocný si to uvědomuje, ale nedokáže se jich zbavit; obsedantní poruchy
- **autistické** myšlení: tvořeno prožitky a produkty fantazie s chorobnými obsahy, nemocný je pokládá za realitu, nemá zájem o okolní svět, uzavřený do svého vnitřního světa; pokročilá schizofrenie
- **inkohorentní**: narušení logických vazeb -> jednotlivé myšlenky, představy stojí „vedle sebe“ -> chaotické myšlení

6a. Bludy

BLUDY = obsahové poruchy myšlení

- blud je mylné přesvědčení založené na nesprávném odvození zevní reality
- toto přesvědčení přetrvává i přesto, že ho ostatní nesdílí nebo ho vyvrací
- blud má několik charakteristik:
 - **chorobný vznik** – je součástí psychické poruchy (*u zdravých se nevyskytuje*)
 - **obsahová nepravdivost**
 - **nevývrtnost** – nelze jej vyvrátit logickými argumenty
 - **vliv na jednání** – nemocný pod vlivem mylného myšlenkového závěru často jedná
 - **je individuální a soukromý** – ostatní s ním nesouhlasí

ROZDĚLENÍ BLUDŮ

a) expanzivní

- provází mánii, senilní demenci
- vyjadřují přeceňování významu vlastní osobnosti
- **megalomanské**: přesvědčení o svých mimořádných schopnostech
- **extrapotenční**: přesvědčení o svých nadlidských schopnostech
- **originární**: přesvědčení o vznešeném původu
- **inventorní**: nemocný si myslí, že vynalezl významný objev
- **reformátorské**: přesvědčení o realizování převratných společenských změn
- **religiózní**: přesvědčení o spasitelství
- **erotomanické**: přesvědčení o zvýšené přitažlivosti a že ho ostatní svádí, což je mu nepříjemné
- **kosmické**: nemocný komunikuje s mimozemskými civilizacemi

b) paranoidní

- nemocný si myslí, že vše co se kolem něj děje, je zaměřeno na něj = chorobná vztahovčnost
- cítí se být pronásledován
 - myslí si, že bude zničen -> **perzekuční** blud
 - dožaduje se ochrany na policii -> **kverulační** blud
 - je přesvědčen o nevěře partnera -> **emulační** – žárlivecký blud
- typické pro schizofrenii a organické či alkoholové psychózy

c) depresivní

- vyznačují se podceňováním vlastní osoby
- **mikromanické** bludy: provázené depresivním naladěním
- **autoakuzací**: sebeobviňování za různá neštěstí
- **insuficienční**: přesvědčení o naprosté neschopnosti (*všechno dělá špatně*)
- **ruinační**: přesvědčení o totálním úpadku
- **nihilistické**: přesvědčení nemocného, že je tak špatný, že ani neexistuje
- **enormity**: přesvědčení, že každou činností působí katastrofu
- **eternity**: nemocný si připadá tak špatný, že si ani nezaslouží zemřít
- **dysmorfofobické**: přesvědčení, že část těla je nějak znetvořena

7a. Vtíravé myšlenky – jevy (z vypracek)

VTÍRAVÉ MYŠLENKY

- nebo-li **obsese** jsou zvláštním druhem poruchy myšlení -> jsou to myšlenky, které se vnucují do mysli jedince proti jeho vůli a nelze je potlačit
- oproti bludům daný jedinec **ví**, že tyto myšlenky „**nejsou v pořádku**“, že jsou chorobné
- při snaze je **potlačit** se stupňuje **úzkost**
- něco podobného jsou „dominantní/ovládavé myšlenky“, které se jedinci taky vrací, ale vrací se z určitého důvodu (*velký strach, silná touha,...*) -> nejsou tedy patické

VTÍRAVÉ MYŠLENKY - rozdělení

- vtíravé myšlenky můžeme rozdělit podle jejich obsahu:
- obsahem je **nejistota a pochybnost**: nemocný např. neví, zda vypl doma plyn -> pokud se této myšlenke brání, stupňuje se úzkost, nastupují vegetativní příznaky (*tachykardie, pocení*) -> aby se tomu vyhnul, nutkání vyhoví a jde to zkontrolovat (*kompulze*)
- **strach**: tzv. fobie (*patologický strach s konkrétním obsahem, který je iracionální – pacient jej není schopen potlačit a při přemáhání se stupňuje úzkost a vegetativní příznaky*) -> máme různé fobie – př. klaustrofobie (*uzavřené prostory*), agorafobie (*otevřené prostranství*), akrofobie (*výšky*), aichmofobie (*ostré předměty*), myzofobie (*špína, nákaza*), nyktofobie (*tma*), nozofobie (*nemoc*)...
- **konkrétní myšlenka**: nutkání něco udělat nebo něco říct, i když pro to není „pádny důvod“ (*většinou to vybočuje z konvencí – př. zanádat si v kostele*)

VTÍRAVÉ MYŠLENKY – diagnostické parametry

- **obsese**: přetrvávající myšlenky vnímané jako rušivé, nesmyslné; snaha o ignoraci -> náhled postiženého, že myšlenky vznikají v jeho mysli
- **kompulze**: opakující se jednání v důsledku obsese s cílem její působení neutralizovat; jedinec si je vědom nesmyslnosti svého jednání

8a. Poruchy emotivity a nálady

EMOTIVITA

- emoce jsou **psychické projevy**, které vyjadřují **vztah člověka k okolním jevům, situacím i k jeho vlastním projevům**
- vyjadřují, co je pro něj **příjemné** nebo **nepříjemné** a do jaké míry (*jsou typicky polární – buď dobrý nebo špatný*)
- bývají prováděny **vegetativními projevy** (*pocení, zčervenání, zblednutí, bušení srdce*) a **tělesnými projevy** (*mimikou, tónem hlasu, postojem*)
- emoční projevy mohou být **jednoduché** – pocit/emoce – nebo **složené** – nálada/afekt
- **afektivita** = pohotovost k citovým reakcím
- **emotivita** = dlouhodobá citová charakteristika jedince
- pozn. anatomicky jsou centrem emocí struktury **limbického systému** (hypothalamus, amygdala, autonomní ganglia), které jsou napojeny na **vegetativní centra**

VLASTNOSTI EMOCÍ

- emoce jsou:
- **subjektivní**: vyjadřují vztah konkrétního jedince k osobám, předmětům, jevům, situacím
- **polární**: kladné (*pozitivní vztah -> zájem, vděčnost, obdiv, sympatie*) nebo záporné (*negativní vztah -> nenávisť, odmítnutí, opovržení*)
- **aktuální**: vyjadřují vztah k něčemu, co teď probíhá
- **dynamické**: jsou schopny se adaptovat podle potřeby

ROZDĚLENÍ EMOCÍ

a) podle struktury a kvality

- **nižší**: spojeny s biologickými a individuálními potřebami
- **vyšší**: jsou city ve vlastním slova smyslu
 - **sociální** city: vznikají při vzájemné komunikaci lidí (*př. láska, nenávisť, úcta*)
 - **etické**: vztahují se k normám chování (*př. cit pro spravedlnost, pro povinnost*)
 - **estetické**: provází vnímání krásného, umocňují umělecký prožitek (*př. smysl pro krásu, rytmus, cit pro barvu*)

b) podle intenzity, trvání a průběhu

- **afekt**: prudká, intenzivní emoční reakce, která rychle vznikne, bouřlivě proběhne a trvá krátce
 - **rolišujeme**: afekt radosti, zlosti, zděšení, strach,...
 - má tendenci k **vybití** -> pokud k tomu nedojde, dochází k městnání, což vede k úzkosti
 - člověk většinou dovede v afektu své **chování ovládat** (i tak může být zbrklý)
 - zvláštním případem jsou tzv. **patické** afekty -> člověk se nedokáže ovládat, na vrcholu ztrácí vědomí a následuje amnézie
- **nálada**: déletrvající emoční reakce o menší intenzitě a delšího trvání
 - na vzniku se podílí **krátkodobé** aspekty jako je únava, roční období, počasí; a potom **dlouhodobé** jako třeba temperament
 - je **ovlivnitelná** chemickými látkami (alkohol, drogy) a léky

PORUCHY EMOTIVITY

a) poruchy afektů

- **nadměrný** (nezvládnutý) afekt: nadměrná reakce, která jedince „strhne“ k nerozumným nebo i násilným činům; jedinec ví, co dělá, ale nedovede ovládat své chování
- **patický** afekt: od předchozího se liší přítomností poruchy vědomí na vrcholu; jedinec může udělat něco, co je v rozporu s jeho životními zásadami; jsou k tomu náchylnější lidé s organickým postižením CNS, častým spouštěčem je alkohol u těchto lidí
- afektivní **stupor**: neschopnost pohybu, řeči, mimiky po zvláště silném podnětu (*zjm. hrůzostrašného obsahu*)
- **anxiózní raptus**: náhlý výbuch, který vznikne na základě vystupňovaného úzkostného afektu
- zvýšená afektivní **dráždivost**: sklon k afektivnímu reagování; typická pro emočně nestabilní poruchu osobnosti, organické poruchy, intoxikace

- afektivní **strnulost**: přetrvávání afektů nezávisle na vnější situaci; u organických poruch, schizofrenie
- afektivní **tenacita**: přetrvávání afektu, který sice vnikl přiměřeně situaci, ale trvá neobvykle dlouho; u epilepsie, oligofrenie, poruch osobnosti
- afektivní **labilita**: vystupňovaná odklonitelnost afektů; u emočně nestabilní poruchy osobnosti, organických poruch, oligofrenie, taky u dětí a nezralých osobností
- afektivní **inkontinence**: rychlý nástup, přemrštěná intenzita; u emočně nestabilní poruchy, organických poruch

b) poruchy nálad

- pokud emoční projevy přetrvávají delší dobu a jsou nepřiměřeně vyvolávajícím podnětu
- **expanzivní** nálada: zvýšená vitalita, sebevědomí, emoční reaktivita; u manické fáze maniodepresivní poruchy, organické poruchy, schizoafektivní poruchy
 - o **euforie**: mírnější stupeň; projevy zvýšené spokojenosti bez hyperaktivity; u organických poruch (*moria – plané vtipkování*), intoxikací (*extáze*)
 - o **manická** nálada: zvýrazněná veselost, žertování, smích, sebevědomí, zrychlené psychomotorické tempo
- **depresivní** nálada: snížená emoční reaktivita, sebevědomí; chorobně smutná nálada se sníženou aktivitou, celkovým útlumem; tichá, zpomalená řeč, někdy nemluvnost; typické pro depresivní poruchu
- **bezradná** nálada: pocity bezradnosti, neschopnosti
- **apatická** nálada: lhostejnost, snížená aktivita a zájem
- **rezonanční** nálada: na pomezí expanzivní a depresivní nálady; podrážděnost, nevlídnost, zvýšené sebevědomí, zlobné reakce, někdy agresivita; typická pro bipolární poruchu
 - o **dysforie** (morozita): mírnější forma bez sklonu k expanzivním projevům; u poruch osobnosti, bipolární poruchy; ale i u zdravých
- **úzkost**: nepříjemný pocit obav a strachu bez konkrétního obsahu (*nebo z maličkostí*), pocity vnitřního napětí, pocit neurčitého ohrožení; u úzkostných poruch, schizofrenie, epilepsie, toxikomanie, demence
 - o náhlé krátké velmi intenzivní prožitky přicházející bez varování během dne i během spánku -> panická porucha

c) poruchy vyšších citů

- **sociální tupost**: porucha až neschopnost citového kontaktu, vybudování vztahu; schizofrenie, demence, oligofrenie
- **morální tupost**: vystupňovaný egocentrismus, bezcitnost, bezohlednost; minimální citové zábrany; u disociální poruchy osobnosti, lehčích oligofrenií
- **emoční depravace, degradace**: snížení morálních zábran, stupňování pudových reakcí při celkovém chátrání osobnosti; demence, alkoholismus, toxikomanie
 - o **emoční oploštělost** = nedostatek nebo ztráta emoční reaktivity -> jedinci se jeví jako chladní, nezúčastnění, lhostejní

d) strukturované obsahové poruchy emotivity

- emoční **ambivalence**: stav, kdy jsou přítomné kladné i záporné pocity zároveň (*láska a nenávisť ke stejnému člověku*); u deprese, schizofrenie, obsedantně-kompulzivní choroby
- **paratymie**: emoce není přiměřená kvalitou (zabarvením) ani kvantitou (intenzitou); u schizofrenie
- **alexithymie**: neschopnost správně rozumět vlastním emocím
- **katathymie**: emoční zkreslování postojů -> potlačujeme/zvýrazňujeme některé rysy; přítomna u poruch osobnosti, emočních poruch nebo i u zdravých
- **fobie**: nepřiměřeně velký strach z konkrétního objektu; jedinec ví, že je strach iracionální, ale není schopen ho potlačit; vede k vyhýbání se těmito situacím a zajišťováním se

9a. Poruchy pudu obživného

PUDY

- vrozené, (*relativně*) stálé reakce na podněty z vnějšího nebo vnitřního prostředí
- **základními** pudy jsou: pud výživy, sebezáchovy, pohlavní, rodičovský a sociální

PUD OBŽIVNÝ

- podnětem tohoto pudu je **složení krve hladovějícího člověka**
- pud zahrnuje **hledání, získávání a příjem potravy**

PORUCHY PUDU OBŽIVNÉHO

a) kvantitativní

- **polyfagie** (hyperorexie): konzumace zvýšeného množství jídla bez pocitu nasycení; u hyperinzulismu, hyperthyreoidismu, po období hladovění, při psychózách
- **bulimie** (vlčí hlad): záchvatovité zvýšení pudu výživy; jde o trýznivý hlad, kdy jedinec chce sníst „vše, co najde“; u mentální bulimie, oligofrenie, demence, tumoru CNS
- **sitofobie**: abstinování z patologické motivace, chorobný strach z jídla; u schizofreniků při bludech otrávenosti, u depresí při mikromanických bludech (*nezaslouží si jídlo*)
- **anorexie** (nechutenství): způsobena zvýšeným duševním napětím, horečnatým onemocněním, řadou somatických onemocnění, u dětí jejichž rodiče je do jídla nutili; dále u mentální anorexie

b) kvalitativní

- jde o patologickou změnu **preferencí potravy**
- **kanibalismus**: požívání lidského masa; vzácný výskyt v rámci hladomoru nebo sexuálních deviací
- **koprofagie**: požívání výkalů, moči; u oligofrenie, někdy u sex.deviací
- **trichofagie**: požívání nebo žvýkání vlasů; součást impulzivních poruch (trichotilomanie)
- **pika**: požívání nestravitelných předmětů (třeba omítky); těžké oligofrenie

10a. Poruchy pudu sebezáchovy

PUDY

- vrozené, (*relativně*) stálé reakce na podněty z vnějšího nebo vnitřního prostředí
- **základními** pudy jsou: pud výživy, sebezáchovy, pohlavní, rodičovský a sociální

PUD SEBEZÁCHOVY

- má zajistit **přežití** jedince
- může se projevovat **agresivním** chováním nebo **útěkem** – tzv. fight or flight – a nebo **stuporem** („dělám mrtvého“)

PORUCHY PUDU SEBEZÁCHOVY

- **sebevražda** (suicidium): vědomé a úmyslné ukončení života, jedinec si smrt přeje a očekává, že si ji svým činem přivodí; pokud přežije -> tzv. **neúspěšný sebevražedný pokus**; nejčastěji u **depresivní poruchy**, příčinou může být ale i konflikt v rodině nebo zaměstnání, či duševní nebo tělesné onemocnění
 - **bilanční** sebevražda = čin není důsledkem duševní poruchy nýbrž výsledek racionální úvahy (*u terminálních stádií onkologických onemocnění, u perspektivy mučení nebo popravy...*)
 - **parasuicidium** = skrytým cílem je upozornit na své potíže nebo obecně upoutat pozornost (*u histriónské poruchy osobnosti*)
- **sebezabití** = ukončení života činem, který byl namířen proti vlastní osobě, ale neměl úmysl zabít; u poruch vědomí, vliv halucinací a bludů
- **sebeobětování** = sebezabití bez touhy zemřít ale se snahou svou smrtí prospět jinému jedinci nebo společnosti (*např. i projev protestu*)
- **sebepoškozování** (automutilace): u těžkých duševních poruch vlivem bludů a halucinací nebo s cílem „úniku“ -> vojáci za války, jedinci aby nemuseli pracovat,...; typicky u hraniční poruchy osobnosti (*poskytně jim to úlevu -> uvolnění nesnesitelného napětí*)
- **presuicidální syndrom**: jedinec se napřed stahuje do sebe, omezuje sociální kontakty, zužují se jeho zájmy, je plný zlosti (napřed proti sobě, potom proti ostatním),..., sebevražda je důsledkem zkratkovitého jednání

11a. Poruchy jednání a vůle

VOLNÍ JEDNÁNÍ

- volní jednání je **psychická činnost**, kterou **vědomě sledujeme dosažení určitého cíle**
- obsahuje 2 **složky**: vůli a jednání
- **vůle** je schopnost se rozhodnout pro určitý cíl s uvědoměním si cesty k jeho dosažení
- **jednání** je potom ten vlastní „akt“ (*spojený s chováním, mimikou,...*)
- zdrojem volního jednání jsou **vrozené** prvky (pudy, instinkty) a **získané** prvky (potřeby, zájmy, motivy)
- **proces**: motiv -> chtění -> rozhodnutí -> volní akt
- nižší formou jednání je jednání **reflexní, pudové** -> jedná se o mimovědomé, neúmyslné akty
- vyšší formou je jednání **chtěné**

PORUCHY VOLNÍHO JEDNÁNÍ

- pokud je více narušena stránka **procesu** -> poruchy vůle; pokud je více narušeno **jednání** -> poruchy jednání; pokud je porušena **realizace** motorického aktu -> poruchy psychomotoriky
- poruchy **vůle**:
 - o **abulie**: ztráta vůle -> neschopnost zahájit jakoukoli činnost; typické pro depresi
 - o **hypobulie**: mírnější forma abulie = oslabení vůle, nerozhodnost k zahájení určité činnosti
 - o **hyperbulie**: zvýšená vůle -> jedinec se lehce rozhoduje, ale svá rozhodnutí stále mění a není schopen dosáhnout cíle; typické pro mánie
- poruchy **jednání**:
 - o **hyoagilnost**: ochuzení aktivity u tělesné slabosti, vyčerpání, deprese
 - o **hyperagilnost**: zvýšená duševní i tělesná aktivita, např. u rozrušení, psychózách,... záleží na jedinci, jestli zvládne hyperagilnost využít a dosáhnout cíle nebo se zcela rozsype a nic neudělá
 - o **agitovanost**: neklidný, zmatený, bezcílný pohyb
 - o **obsedantní** (nutkavé; kompulze): vtíravý charakter, tendence k opakování (*např. kontrola zamknutých dveří až 70x*); zařazují se sem i návyky – patologické hráčství, alkoholismus,..
 - o **impulzivní** jednání: náhlé, neovladatelné, s velkou energií; jedinec si své chování pamatuje, ale není schopen uvést důvod
 - o **zkratkovitě** jednání = jednání, které směřuje k cíli tou nejkratší cestou (byť je ta cesta neuvážená)
 - o **automatismy** = opakující se pohyby a výkony, které lze vědomě kontrolovat a pozastavit, ale při oslabení pozornosti se vrátí
 - o **tiky** = zafixované pohyby, které se dají potlačit, ale pouze při plné pozornosti a vůli
- poruchy **psychomotoriky**:
 - o **katatonie**: primární porucha motorického aktu -> není výsledkem volní/cílené snahy; bývá přítomen stupor (*strnulost s absencí pohybu*), myšlenkový a pohybový blok (*náhlá zastavení toku myšlenek nebo pohybu*), mutismus (*neschopnost mluvit*), někdy vzrušenost nebo hyperkinéza a neklid; nejčastěji přítomná u schizofrenie, ale může být i u manické poruchy, toxických stavů, organických poškození mozku,...

12a. Katatonní syndrom

KATATONNÍ SYNDROM

- jedná se o poruchu **psychomotoriky**
- může mít 2 podoby:
 - forma **stuporózní** -> psychomotorický útlum různého stupně (*oslabení mimiky až několikátýdenní strnulost*); není přítomna porucha vědomí a amnézie (*na rozdíl od stuporózního mráкотného stavu*)
 - **flexibilitas cerea** (*vosková ohebnost*) = pasivita vůči vnuceným polohám těla (**katalepsie**)
 - forma **produktivní** -> projeví se nadbytkem stereotypních pohybů, bizarní mimikou a gestikulací
 - spontánně:
 - **manýrování** = provádění bizarních pohybů při jídle, oblékání, ... *běžných činnostech*
 - **grimasování** = mechanické opakování mimiky
 - **verbigerace** = řečová stereotypie (*mechanické, automatizované opakování slov*)
 - na podnět:
 - **echotismy** = jedinec opakuje podnět
 - **negativismus** = odpor vůči příkazům a výzvám (aktivní = jedinec udělá opak, než mu řekneme X pasivní = neudělá nic)
 - **povelový automatismus** = jak voják poslechne zadaný příkaz (*i přes bolest*)
- **terapie**: dostatečná hydratace a korekce vnitřního prostředí, na zklidnění se dávají BZD (*klonazepam, midazolam*) nebo neuroleptika (*haloperidol*), u schizofrenie ECT
- zvláštní případ je tzv. **perniciózní** katatonie = život ohrožující extrémní psychomotorický neklid s impulzivitou, hyperkinézami přecházejícími ve stupor
 - jedinec je vzrušený, křičí, ohrožuje sebe i okolí, okolí si neuvědomuje
 - dochází k přehřátí organismu a rozvratu vnitřního prostředí důsledkem nekontrolovatelné aktivity -> bez léčby umírá pacient na vyčerpání (*až 50% mortalita*)
 - terapie: ECT (před nástupem teplot), ARO (při selhávání vitálních funkcí)

13a. Poruchy vědomí a orientace

VĚDOMÍ

- stav **bdělosti** a **pozornosti**, kdy si jedinec **uvědomuje sebe sama** (*je schopen interpretovat své prožitky*) a **své okolí** a je schopen adekvátně **reagovat** na případné změny
- mezi **fyziologické** změny vědomí patří spánek a hypnóza (*uměle navozená ztráta vědomí, využívaná v psychoterapii -> fenomén posthypnotické sugesce = jedinec dosáhne stavu relaxace po skončení hypnózy vlivem podmíněného reflexu*)
- stav vědomí posuzujeme pomocí **Glasgowské stupnice** (13-15 žádná nebo lehká porucha, 9-12 střední porucha, pod 8 závažná porucha)
- pozn. anatomicky je základem retikulární formace a její **ARAS** (*ascendentní retikulární aktivační systém*)

PORUCHY VĚDOMÍ

A) krátkodobé

- **synkopa** = přechodná ztráta vědomí v důsledku nedostatečné perfúze mozku

B) dlouhodobé

- **kvantitativní** (poruchy vigility = bdělosti)
 - o **somnolence** = zvýšená ospalost, postižený reaguje pouze na slovní podněty, ne spontánně
 - o **sopor** = hluboký spánek, jedinec reaguje pouze na bolestivé podněty, neovládá sfinktery
 - o **koma** = vyhasnutí základních reflexů (*např. zornice nereagují na osvit*), dostavují se poruchy dechu a oběhu
 - **mozková smrt** = ireverzibilní ztráta všech mozkových funkcí (*zástava dechu, vyhaslé reakce na nociceptivní podněty, fotoreakce*), zástava mozkové cirkulace
- **kvalitativní** (vigilita zachována, ale alterace jiných funkcí – př. lucidity = jasnosti vědomí; je porušeno vnímání, myšlení, paměť, jednání,..)
 - o **delirium**: akutní stav zmatenosti, který se vyvíjí během krátké doby a poté kolísá; podkladem je organická duševní porucha; jedinci mají sníženou dlouhodobou pozornost, je porušeno vnímání, často se vyskytují bludy, halucinace, jedinec je dezorientován (*časem, místem, osobou*), je zhoršená krátkodobá paměť, jedinci mohou být stuporózní nebo naopak agresivní; kromě psychických příznaků přítomny příznaky korové dysfunkce (*alexie (nečte), apraxie (např. se neobleče), agnózie (nerozumí), dysgrafie (nepíše), afázie (vázne produkce nebo porozumění řeči)*), somatické příznaky (*ataxie (porucha koordinace), tremor, dysartrie*), vegetativní příznaky (*tachykardie, hypertenze, teplota, pocení, inkontinence, mydriáza*)
 - o mráкотné stavy (**obnubilace**): podobná jako delirium až na to, že rychle přichází a rychle odchází, během poruchy přítomna amnézie; u epilepsie, po traumatech, úžehu, psychóz,..
 - **stuporózní** forma: nemocný se nepohybuje, zírá do neurčita, nereaguje, nejí, inkontinentní
 - **deliriózní**: nemocný je neklidný až agresivní, stále se pohybuje, je hlučný, může mít bludy
 - **automatická**: na první pohled je jakoby při vědomí, ale koná v rozporu se zdravou osobností, nemluví ale odpovídá
 - **fuga** = varianta, kdy jedinec odcestuje na pro něj emočně důležitá místa, ale následně si cestu nepamatuje
 - **ganserův syndrom**: hysterický mráкотný stav, typicky ve vazbě na něco (*následek trestné činnosti*), odpovídá přiléhavě ale nesprávně (*př. účetní bude tvrdit že 2+2 je 8, jedinec uvede datum narození v jiném století apod.*)

14a. Hospitalizace/léčba bez souhlasu, negativní revers

PRÁVA DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH, URGENTNÍ HOSPITALIZACE, OCHRANNÉ LÉČENÍ

- práva duševně nemocných jsou zakotvena v **Listině základních práv a svobod**, blíže jsou specifikována v **Deklaraci lidských práv duševně nemocných**
- stejně jako všichni pacienti mají i duševně nemocní právo na **rovnoprávnost a svobodu**, právo na **informace** o svém zdravotním stavu nebo právo na **odmítnutí léčby**
- v některých případech ale můžeme nemocného **nedobrovolně** urgentně hospitalizovat (*i přes jeho nesouhlas*) a poskytnout neodkladnou péči
-> a to tehdy když:
 - nastala **vitální indikace**
 - **nelze si vyžádat souhlas (bezvědomí)**
 - jde o **choroby**, které mají **soudem povinné léčení**
 - je pacient pod vlivem duševní poruchy nebo psychotropní látky **nebezpečný** sobě nebo svému okolí
- nedobrovolnou urgentní psychiatrickou hospitalizaci musí lékař **do 24 hodin oznámit soudu**, který ji musí **do 7 dnů uznat** (*na základě výsledku pacienta a lékaře*) -> pokud je nutné **delší držení** pacienta (*je stále nebezpečný sobě nebo svému okolí*), musí soud povolat **znalce**, který se k této problematice vyjádří a soud je povinen **do 3 měsíců rozhodnout**, zda je nebo není možné pokračovat v držení a na jak dlouhou dobu (maximálně **1 rok!**)
- pokud se jedinec dopustí pod vlivem duševní choroby trestného činu a pokud je jedinec vlivem této poruchy pro společnost nebezpečný, rozhodne soud o tzv. **ochranném léčení** podle paragrafu 99 trestního zákona
 - toto ochranné léčení může probíhat formou **ústavní** nebo **ambulantní**
 - ukončuje se rozhodnutím **soudu** na základě návrhu **lékaře**, když splnilo svůj účel
- **léčba bez souhlasu** -> pacient ho **není schopen dát NEBO** při léčbě **nemoci**, při které by došlo ke **zhoršení stavu**, kdyby se v léčbě nepokračovalo

NEGATIVNÍ REVERS

- i psychiatrický pacient může podepsat negativní revers -> může si vybrat jednu z nabízených alternativ léčby, může přijmout jen některou nebo může odmítnout daný léčebný zákrok či celou léčbu
- lékař musí pacienta poučit o jeho aktuálním zdravotním stavu, musí opakovaně vysvětlit, co pro něj nepodstoupení výkonu znamená a musí vyjmenovat veškerá rizika s tím spojená
- v negativním reversu musí být místo prohlášení a podpis pacienta – pokud odmítá podepsat, provede se záznam do dokumentace za přítomnosti svědka
- negativní revers pacient **nemůže** podepsat, když:
 - je **zbaven** soudem **způsobilosti** k právním úkonům
 - když mu bylo uloženo **ochranné léčení**
 - pokud je prokazatelně **nebezpečný** sobě nebo svému okolí – nedobrovolná hospitalizace

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

ZPŮSOBILOST K PRÁVNÍM ÚKONŮM (= svéprávnost)

- je **způsobilost** občana **provádět samostatně právní úkony** a převzít za ně **zodpovědnost**
- vzniká **zletilostí**
- **trestní** odpovědnost vzniká (*stejně jako pracovněprávní*) **15. rokem** života
- **právní úkon** může být prohlášen za **neplatný**, pokud jej provedla osoba, která důsledkem duševní choroby nebyla k tomuto jednání schopná
- pokud jde o **dlouhodobou chorobu** (*např. demence, mentální retardace, chronická schizofrenie*), má soud právo **zbavit** tuto osobu **způsobilosti** k právním úkonům nebo ji **omezit**
 - o vždy to musí být v **zájmu** toho **člověka**!
 - o je stanoven rozsah a doba omezení (max. **3 roky**) -> potom je nutno **požádat** o omezení **znovu**
 - o pokud je osoba zbavena svéprávnosti, nemůže činit **žádné právní úkony** (volit, být rodičem, držitelem zbraně nebo řidičáku)
 - o této osobě musí být ustanoven **opatrovník** -> za pacienta bude provádět právní úkony a je oprávněn hospodařit s jeho majetkem
- nezpůsobilost k právním úkonům **nevylučuje způsobilost k protiprávním úkonům** (*trestní odpovědnost*)
 - > soud musí na základě znaleckého posudku zhodnotit, zda je osoba **příčetná** (-> za trest zodpovědná) nebo **nepříčetná** (-> trestně nezodpovědná)
 - o paragraf 24: každý člověk odpovídá za své jednání, pokud je schopen jej posoudit a ovládnout; kdo se vlastní vinou přivede do stavu, ve kterém by jinak za své jednání zodpovědný nebyl, odpovídá za jednání v tomto stavu učiněná

SOUDNĚ ZNALECKÁ ČINOST V PSYCHIATRII

- **soudní psychiatrie** zkoumá duševní stav lidí ve vztahu k trestním a občanskoprávním záležitostem, zabývá se diagnostikou, hodnocením, léčbou a prevencí psychických poruch pro soudní účely
- v oblasti trestního práva řeší situaci, kdy se duševně nemocný člověk dopustí trestného činu -> **znalec** musí **posoudit**, zda byla **osoba příčetná** či **nikoli** (*zda byla schopna rozpoznat nebezpečnost svého chování a zda jej byla schopna ovládat*)
 - o paragraf 26: kdo pro duševní poruchu v době spáchání činu nemohl rozpoznat jeho protiprávnost nebo ovládat své jednání, není za tento čin zodpovědný (je nepřičetný)
 - o 27: kdo pro duševní poruchu v době spáchání činu měl podstatně sníženou schopnost rozpoznat jeho protiprávnost nebo ovládat své jednání, je zmenšeně příčetný
 - o v případě, že soud shledá, že došlo ke spáchání trestného činu ve stavu nepřičetnosti nebo zmenšené přičetnosti (a pobyt pachatele na svobodě je tedy nebezpečný), uloží tomuto jedinci **ochranné léčení**

ŘÍZENÍ MOTOROVÝCH VOZIDEL

- zdravotní způsobilost k řízení se rozumí **tělesná a duševní schopnost** k řízení
- posudek zpracovává **lékař** na základě **žádosti o řidičské oprávnění** -> výsledkem je způsobilý/ způsobilý s podmínkou/ nezpůsobilý
- **nezpůsobilý** je člověk s nemocí, která vylučuje zdravotní způsobilost -> vady zraku, sluchu, nemoci pohybové soustavy, kardiovaskulární nemoci (arytmie, selhávání); z psychiatrických onemocnění je to **schizofrenie, bipolární afektivní porucha, záchvatovitě choroby, chronický alkoholismus** a jiné toxikomanie, organické poruchy

DRŽENÍ ZBRANĚ

- vydání zbrojního průkazu je na základě **lékařské prohlídky**, případně **psychiatrického vyšetření** a dalších **odborných vyšetření** vyžádaných posuzujícím lékařem
- prohlídky jsou **vstupní, periodické** (1x za 30 měsíců), **mimořádné**
- **závěr**: způsobilý/nezpůsobilý/způsobilý s doprovodem nebo při použití ochranných pomůcek

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

PSYCHIATRICKÉ VYŠETŘENÍ

- cílem psychiatrického vyšetření je zmapovat **psychický i tělesný stav** pacienta, určit **diagnózu** a navrhnout **terapii**
- základem je **rozhovor** a **pozorování** -> je kladen důraz na **popis příznaků** (*obsah údajů sdělených pacientem a neverbální projevy*)
- na počátku rozhovoru **podáme pacientovi ruku, představíme se**, vysvětlíme, že si budeme **dělat poznámky** a pacienta požádáme, aby **popsal** svůj současný **problém**
- mezi zásady psychologického přístupu patří: **naslouchání, projevení zájmu, pomáhat slovně**, používat **otevřené otázky, shrnovat** co pacient řekl
- trvá obvykle **30-60 minut**
- má své **části**:
 - základní identifikační údaje
 - nynější onemocnění se zhodnocením subjektivních potíží
 - anamnéza (rodinná, osobní, sociální, farmakologická,...)
 - přítomný stav psychický
 - přítomný stav tělesný
 - diferenciální diagnostika a diagnóza
 - terapeutický plán

a) základní identifikační údaje

- před rozhovorem zjistíme **jméno, adresu** bydliště, **datum** a **místo narození**, **rodné číslo**, údaje o **zdravotní pojišťovně, státní příslušnost, rodinný stav** a počet **dětí, kontakt** na blízkou osobu

b) nynější onemocnění

- rozhovor začínáme většinou **potížemi, které pacienta k nám přivedly**
- snažíme se získat výpověď pacienta o **vývoji** obtíží a příznaků od jejich počátku do současnosti a zjistit pacientovu **interpretaci** těchto příznaků -> **zaznamenáváme** si pacientova **slova přesně**
- zaznamenáváme i **objektivní anamnézu** – např. informace od doprovodu, příbuzných -> **porovnáváme** pak s výpovědí pacienta
- ptáme se na **předchozí terapii, hospitalizace**, zda se někdy pokusil o **sebevraždu**

c) rodinná anamnéza

- pátráme po výskytu **psychických poruch, sebevražd, zneužívání návykových látek** (vč.alkoholu) nebo **kriminality** v rodině
- cílem je zjistit případnou genetickou nebo jinou **zátěž** či možné **predispozice**
- zjišťujeme taky **vztah** jednotlivých členů rodiny k pacientovi

d) osobní anamnéza

- zajímají nás jednotlivá **stádia života** od dětství, přes pubertu až po zaměstnání, psychosexuální vývoj, manželství
- v **dětství** zjišťujeme i prenatální a perinatální období, průběh těhotenství i porodu; zajímá nás psychomotorický vývoj pacienta (*první kroky, slova, chození na nočník*), adaptace v kolektivu školky/školy, koníčky; zajímá nás koktavost, pomočování, útky z domova, úzkostné stavy,...
- zajímá nás taky **sebehodnocení** pacienta – jak se sám vnímá, jestli se mu změnila povaha,...
- zjišťujeme **plány** do budoucna, co očekává od léčby,...
- ptáme se pacienta na **návykové látky** -> zda užívá alkohol, drogy, cigarety nebo léky -> jak moc, jak často, jakým způsobem; ptáme se taky na kávu
 - dávat pozor na uváděné množství: lidé často nepovažují pivo za alkohol, marihuanu za drogu; množství léků nadhodnocují -> aby dostali v rámci substituce víc; u drog uvádí nižší dávku,...

e) somatická onemocnění

- ptáme se na **prodělaná** tělesná onemocnění -> pátráme po těch, u kterých by mohl být **rozvoj** neuropsychiatrických příznaků
- u žen **gynekologická anamnéza** – cyklus, porody, potraty, poporodní období,...

f) sociální anamnéza

- cílem je zjistit, jakou má pacient kolem sebe **podpůrnou síť** a jak se **vyrovnává se zátěží**

- zajímáme se o **bydlení, zaměstnání, existenční problémy**, rodinné/přátelské **vztahy**,...
- zjišťujeme **trestní stíhání**, vlastnění **řidičáku** nebo **zbrojáku**

g) sexuální a partnerská anamnéza

- zjišťujeme **odchylky** v sexuálním vývoji, **spokojenost** v současném partnerském vztahu, spokojenost v intimním životě, **počet** sex. partnerů
- zajímá nás **iniciace** sex.života, **preference**, **apetit**; sex. **zneužívání**, **traumata**, **problémy** v sexu

h) farmakologická anamnéza

- **druhy** léků, **dávkování**, **doba** užívání, jejich **účinky**
- u psychiatrické medikace nás zajímá i co pacient **bral dříve**, zda se vyskytly **NÚ**, co mu nejvíce **vyhovovalo**

ch) status praesens psychicus

- přítomný stav psychický je **nejdůležitější** částí vyšetření
- hodnotíme:
 - o **celkový vzhled**: výraz v obličeji, zanedbanost x extravagantně oblečen, kapuce přes hlavu, jizvy (*pálení cigaretou, od žiletky, od škracení*), žluté prsty od cigaret, zda vzhled odpovídá věku
 - o **postoj k vyšetření**: zda spolupracuje, jaký má pohled, oční kontakt, celkové chování (*přiměřené situaci, odstup, agresivita, uzavřený,...*)
 - o **psychomotorika**: psychomotorické tempo, mimovolní/abnormální pohyby (třes, tiky, celkové držení těla, chůze, mimika, gestikulace, stisk ruky)
 - o **řeč**: tempo (*přiměřené x zrychlené (logorrhoe) x zpomalené*), hlasitost, tón hlasu, obsah (*koprolálie, slovní salát*), schopnost se vyjadřovat (*mutismus, afazie*), výslovnost (*dysartrie*), plynulost
 - o **vědomí**: vigilní (*bdělé*) x somnolence, sopor, kóma ; lucidní (*jasné*) x delirantní (*obluzené*) ; posuzujeme vnímání (*halucinace, iluze*), myšlení (*tempo (brady x tachypsychismus), koherentní (adekvátní) x inkoherentní (zmatené, roztříštěné)*); *bludy, obsese (vtíravé myšlenky, fobie)*), soustředění, intelekt, paměť, orientace (*osobou, místem, časem, situací*), náhled na onemocnění
 - o **emoce a afektivita**: převládající nálada, krátkodobé emoční vyladění (afektivita)

i) status praesens somaticus

- doplňujeme **neurologické** a **interní** vyšetření

j) diferenciální diagnostika a diagnóza

- stanovujeme podle tří osé **MKN-10** klasifikace:
 - o I. hlavní duševní porucha, poruchy osobnosti, somatické poruchy
 - o II. postižení v oblastech: péče o sebe X pracovní výkonnost X rodinné soužití X širší sociální chování
 - o III. vlivy zevního prostředí a faktorů souvisejících s příslušnými duševními stavy

k) diagnostický a terapeutický plán

- stanovujeme **pomocná** vyšetření k potvrzení diagnózy
- stanovujeme **terapii** – pacienta informujeme o jejím průběhu

17a. Simulace, agravace a disimulace duševních chorob a poruch

SIMULACE

- vědomé **předstírání** chorobných příznaků
- „útek do nemoci“ – snaha **vyhnout se** např. trestní odpovědnosti
- **forma** simulace se odvíjí od znalosti choroby a intelektové úrovně pacienta
- simulanti některé příznaky často **přehání**, jiné **opomíjí** -> vykreslují jakousi **karikaturu** choroby
- u **hysterických** jedinců špatně odhalitelné -> snadno přechází k patickým afektivním poruchám

DISIMULACE

- **popírání** nebo **zatajování** příznaků nemoci kvůli obavě z **omezení přičetnosti** nebo **ztráty zaměstnání**
- **depresivní** pacienti jsou schopni disimulovat depresivní příznaky, pokud se chystají k provedení sebevraždy!

AGRAVACE

- účelné **zveličování** normálních obtíží pacientem, často vycházející z **úzkosti** pacienta

Münchhausenův syndrom

- behaviorální komplex, ve kterém si pacienti **vymýšlí** anamnestická data a **předstírají** tělesné nebo duševní příznaky za účelem **hospitalizace** -> cílem je získat roli nemocného, získat pozornost, kontakt se zdravotnickým personálem a pocit režiséra, který jediný ví, o co jde a cítí uspokojení z diagnostických a léčebných rozpaků zdravotníků
- varianta „**by proxy**“ je stav, kdy matka k získání pozornosti využívá své dítě (*je schopna mu i ublížit, aby dokázala, že dítě něco bolí atd.*) nebo kdokoliv kohokoliv jiného

18a. Význam laboratorních a zobrazovacích metod v psychiatrii, příklady využití

LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

- slouží nám k **diagnostice** onemocnění, k odhalení **rizikových faktorů**, zjištění **příčiny komplikací**, správnému **stanovení léčby**, monitorování **úspěšnosti léčby**, predikování **průběhu nemoci**, ověření **lékové compliance**, vyloučení/potvrzení **užívání návykových látek**
- vyšetřuje se:
 - **mineralogram**: zejm. u deliria (korekce ABR)
 - **hepatální funkce**: zvýšené GMT a CDT prokáží alkoholismus (*CDT se zvyšuje po denní konzumaci alkoholu*)
 - **renální funkce**: musíme vyšetřit před nasazením lithia (*hladinu lithia pak pravidelně kontrolujeme!*)
 - **glukóza**: hypoglykémie se projevuje sníženou psychickou výkonností, může přejít v křeče a poruchy vědomí!
 - **CRP**: vyloučení zánětlivé příčiny
 - **vit B12**: snížený u demence
 - **hormony štítné žlázy**: hypothyreóza může imitovat depresi, hyperthyreóza zase mánii
 - **prolaktin**: významně vyšší prolaktinémie při 1. epizodách psychotických poruch ; zvyšuje ho risperidon
 - **dexametazonový supresivní test**: sledujeme hladiny kortizolu po podání dexametasonu; při dg. depresí
 - **toxikologické vyšetření**: kanabinoidy prokážeme do 10 dnů, opiáty do 2, amfetaminy do 2-4, kokain do 2-3, benzodiazepiny do 2 týdnů
 - moč, krev, žaludeční obsah, orientačně dech
 - **vyšetření lékových hladin**: při nasazování léku, změně medikace nebo při dekompenzaci; ověříme si, zda jsme v terapeutickém okně

ZOBRAZOVACÍ VYŠETŘENÍ

- doposud byly zejm. **pomocnými** vyšetřeními, ale díky větší dostupnosti jsou stále **více využívány**
- pomáhají nám zejm. **vyloučit organickou příčinu** (př. *trauma, nádor, krvácení, infekce, CMP,...*)
- rozlišujeme **metody** strukturální a funkční
- **strukturální** = umožňují zobrazení morfologie a struktury
 - **RTG** – dnes velmi omezené využití; pneumoencefalografie
 - **CT** – slouží k vyloučení organicity, ale mohou pomoci odhalit i atrofii (fronto-parietální u **Alzheimer**a, fronto-temporální u **Pickovy choroby**)
 - **MR** – lépe zobrazí bílou hmotu a např. edém, dále se využívá k zobrazení roztroušené sklerózy, infekcí,..
 - u **schizofrenie** rozšíření postranních komor, redukce objemu temporálních laloků
- **funkční** = umožňují hodnocení aktivity jednotlivých oblastí mozku – hodnotíme biochemické vlastnosti, neurotransmitery, perfuzi, metabolismus, elektrické a magnetické signály
 - **EEG**: demence, delirium, epilepsie,
 - polysomnografie – poruchy spánku
 - **SPECT** (*jednofotonová emisní výpočetní tomografie*): označená látka se hromadí v mozkových strukturách
 - **PET**: perfuze, metabolismus, transport neurotransmiterů
 - **fMRI**: využívá rozdílných vlastností oxy- a deoxyhemoglobinu

19a. Genetické faktory, psychologické modely, neurobiologické modely v etiopatogenezi duševních nemocí

- v **etiologii** duševních poruch hraje roli **genetika** a vlivy **zevního prostředí** (*vlivy životních událostí, stres, způsob výchovy*)

GENETICKÉ FAKTORY

- jsou **vrozené** a představují zvýšenou pravděpodobnost **výskytu** daného onemocnění
- významně se podílí u: **schizofrenie, bipolární afektivní poruchy**, některých **demencí** a většiny **úzkostných poruch**
- přímá asociace je u **Downova syndromu** (trizomie chromozomu 21) a **Huntingtonovy chorey** (mutace v HTT genu, AD dědičnost)

PSYCHOLOGICKÉ MODELY

- viz vypracky

20a. Psychoterapie

PSYCHOTERAPIE

- jsou různé metody léčby pomocí **psychologických prostředků** (zjm. řeči, ale i neverbální komunikace)
- má uplatnění ve **všech oborech** medicíny (ale funguje pouze u pacientů, kteří sami chtějí a psychoterapii věří!)
- u řady psychiatrických onemocnění je psychoterapie **terapeutickou metodou volby**
- **základní aspekty** psychoterapie:
 - **psychoterapeutický vztah** = vztah mezi terapeutem a pacientem, buduje se hned od seznámení s pacientem
 - **prostředí** psychoterapie – mělo by být klidné, příjemné
 - **racionální výklad** = bavit se s pacientem „na rovinu“, nepoužívat odborné termíny
 - **zpracování emocí**
 - **konfrontace s vlastními problémy**
 - **metodický postup** – stanovíme na začátku, řekneme si, s jakým problémem budeme pracovat
 - **pozitivní aserce** = umět lidem vyjádřit pochvalu, ocenění, dát najevo respekt, úctu; je základem komunikace s nemocným!
- **cíle** psychoterapie:
 - **podpůrná** psychoterapie: zaměřuje se na **zmírnění** příznaků a poskytnutí podpory, je základem pro farmakoterapii; př. u úzkostných poruch -> základem tam je farmakoterapie, ale podpůrná terapie hraje taky roli
 - **systematická** psychoterapie: zaměřuje se na **odstranění** psychické příčiny poruchy -> pracuje přímo s tou příčinou, snažíme se ji odstranit např. tím, že pacienta naučíme změnit postoj k dané situaci; př. u poruch osobnosti (*farmakoterapie pouze podpůrná*)
- rozdělení **psychoterapeutických směrů**:
 - **psychoanalýza** a **psychodynamické** směry: zaměřují se na interpretaci minulých zážitků a jejich vliv na současnou potíže; *jdeme do hloubky toho problému*
 - **humanistické** směry: směřují k sebeuskutečňování a naplnění životního smyslu, sebeuplatnění
 - **kognitivně-behaviorální** směry: učí, nacvičují, experimentují
 - **transpersonální** směry: např. holotropní dýchání, spirituální techniky,...

HUMANISTICKÉ SMĚRY

- vždy probíhá **individuálně**

1) INDIVIDUÁLNÍ PSYCHOLOGIE – ADLEROVSKÁ TERAPIE

- vychází z **životních cílů** jedince a společnosti -> založeno na touze po **sebeuplatnění**
- pracuje s **pocití méněcennosti** -> během terapie získává pacient náhled na své chování, učí se ovládat pocit méněcennosti a prožívat jinak
- snaha o **začlenění** jedince do **společnosti**

2) TERAPIE ROZHOVORU – ROGEROVSKÁ TERAPIE

- využívá tendenci k **sebeuskutečňování**
- necháme pacienta **mluvit bez přerušování** -> úkolem terapeuta je provázet pacienta ve výkladu jeho problémů, ale zároveň ho nepřerušovat (*pacient celou 3/4 hodinu mluví sám, když se zasekne, tak se ho snažíme podpořit krátkou větou a zase mlčíme -> pacient je nucen uvažovat nad svými problémy a tady tím způsobem pracuje sám se sebou*)
- terapeut musí být **empatický**, musí **akceptovat** pacienta a klade důraz na jeho **autenticitu**
- **indikace**: somatoformní poruchy, vztahové problémy, stresové poruchy

3) GESTALT TERAPIE

- klade důraz na **přítomnost** (co se děje teď a tady), prožívání a vyjadřování **emocí**
- techniky: **prázdná židle** (*pacient si sedne naproti prázdné židli, představuje si tam někoho, kdo v něm vyvolává určité emoce a pracuje s ním*), **horká židle**
- **indikace**: poruchy osobnosti (zjm. *histrionické*), psychosomatika, úzkosti, deprese

21a. Dynamická psychoterapie – principy, indikace

PSYCHOANALÝZA A DYNAMICKÁ PSYCHOTERAPIE

1) PSYCHOANALÝZA

- je založena na teoriích **Sigmunda Freuda** (pozn. je z Příbora :D, ČECH!), který předpokládá 3 složky psychiky: vědomí, předvědomí a nevědomí
 - **vědomí** = to, co si teď uvědomujeme, s jakými myšlenkami pracujeme
 - **nevědomí** = to, co si sice neuvědomujeme, ale má to vliv na naše prožívání a chování (*pudy*)
 - **předvědomí** = objevuje se chvíli před vědomím, ale nemusí se do něj dostat
- hlavní význam je kladen na **libido** – při vývoji může dojít k jeho **potlačení** (-> rozvoj neuróz) nebo **fixaci** (-> perverze)
- psychoanalýza zkoumá jednotlivé fáze **psychosexuálního vývoje**: orální (do 18 měsíců; *vjemy přijímáme ústy*), anální (do 3. let; *kdy si začneme uvědomovat vylučování*), falická (do 6 let; *pozornost zaměřena na genitál*), latence (někdy do puberty, *kdy sexuální zájmy ustupují do pozadí*), genitální (začíná v pubertě, *jde o normální genitální sexualitu*)
 - na základě těchto fází Freud odvodňuje různé poruchy
- Freud rozlišuje **strukturu osobnosti** na id (*neosobní pudová tendence*), ego (*představuje naše vědomí, naše získané zkušenosti*), superego (*souvisí s osobní morálkou, zahrnuje nevědomou část osobnosti*)

2) DYNAMICKÁ PSYCHOTERAPIE

- je odvozena **od psychoanalýzy**, kdy se zaměřuje na **nevědomé** psychické činnosti, psychické konflikty a zážitky z dětství, které ovlivňují nynější chování a prožívání
- **rozlišujeme**: individuální, skupinovou, párovou a rodinnou
- **individuální**
 - základem je psychoterapeutický **rozhovor**, kdy se snažíme porozumět **významným momentům** pacientova života a hledáme jejich **souvislosti** se současnými obtížemi
 - terapeut je pouze **průvodce** a **opora** při sebepoznání
- **skupinová**
 - probíhají **diskusní sezení**, kdy se snažíme pochopit **problematiku** jedinců, jejich **postoje a chování** -> stejně jako u psychoanalýzy jdeme do **hloubky** (*zajímá nás rodinná anamnéza, jak se choval ve škole, jak zvládal střední školu, jak zapadal do kolektivu, jestli se rodiče nehádali,...*)
 - snažíme se odstranit **příznaky** (*nácvikem, přecvičováním, vyřešením vnitřních konfliktů*), změnit **vzorce chování**, podpořit **zrání osobnosti** (*rozvinutí potenciálu, dosažení pocitu štěstí*)
 - skupiny mohou být **otevřené** (*členové volně přichází a odchází*) a **uzavřené** (*stále stejní členové, nikdo nový nepřichází*), **heterogenní** (*různé dg*) a **homogenní** (*stejná dg. – třeba alkoholic*)
 - optimální počet je **10 osob**, schází se **1-2x týdně** po dobu **90 minut**
 - různé skupiny:
 - **autobiografická**: každý si vypracuje svůj „životopis“ (*kdy začly problémy, jak se projevovali, projevují...*)
 - **tématické**: na začátku se určí téma – př. rodina, život na střední škole,...
 - **interakční**: interakce mezi účastníky
 - **zásady práce skupiny**: otevřenost a upřímnost, svoboda říct ne, odpovědnost v jednání, dodržování důvěrnosti, tolerance k jiným účastníkům
 - **terapeut má aktivní funkci** – řídí tu skupinu, řídí témata,...
 - při hospitalizaci se uplatňují ještě **podpůrné techniky** skupiny – **společná relaxace** (*výhodné u úzkostných poruch – naučit se soustředit na dech,...*), **řízená imaginace** (*představování situace, která nás rozrušuje*), **pohybové techniky**, **společenské hry**,...
 - **př.:** PPP, onkologicky nemocní, oběti sexuálního znásilnění, alkoholic,...
- **rodinná**:
 - pacientem je **celá rodina** se všemi nemocnými ale i zdravými jedinci
 - cílem je: seznámit se s **mechanismy problémů** (*jak funguje jejich rodina, v čem je problém*), najít **cestu** ze začarovaného kruhu a tím aktivovat **ozdravné síly** rodiny
 - měníme **kommunikaci** v rodině, rozdělíme nové **role** a určíme **pravidla**

- *př. unavená manželka přijde domů v 5 z práce, musí uklidit, navařit, postarat se o děti, je otrávená a vyčerpaná, v 7 přijde manžel z práce a vyplácne se na gauč, dochází k problémům v manželství, problémy v sexu -> řešení: manžel se ujme nějaké role (třeba bude dělat úkoly s dětmi), děti si sami uklidí pokoj,...*
- **psychoterapeut** je **aktivní**, vede terapii -> dává návrhy, jak by se dalo změnit fungování rodiny, jak lépe komunikovat a řešit problémy
- rodinná terapie probíhá **pomalou a dlouhodobě** – setkání **1x za měsíc** v průběhu **1-2 let**

22a. Kognitivně-behaviorální psychoterapie – principy, indikace

KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ PSYCHOTERAPIE

- jde o **kombinaci** přístupu **kognitivního** (který klade důraz na procesy myšlení) a **behaviorálního** (který se zabývá procesy učení a chování)
- principem je **měnit nezdravé zvyky** v myšlení, které potom **pozitivně ovlivní chování**
- **nejdeme** tak do **hloubky** – nezajímá nás dopodrobna dětství, dospívání,... - pouze se zajímáme o nezdravé zvyky v myšlení
- KBT je **časově omezeno** (do **20 sezení**), jedná se o **aktivní spolupráci** terapeuta a pacienta, zaměřujeme se na **přítomnost** a **konkrétní problémy**, stanovíme si **cíle** a těch se snažíme dosáhnout, pacienta směřujeme k **soběstačnosti**
- **terapeut** je na začátku **aktivní**, pomáhá uvědomit si pacientovi, jak myslí a jak se chová v určitých situacích -> postupem na problému začne **aktivně** pracovat **sám pacient** a **terapeut** jde do **pasivity**
- KBT strategie:
 - napřed pacienty **edukujeme**, jak terapie bude probíhat
 - poté pracujeme s **myšlenkovými pochody** pacienta, s tím, jak pacient zpracovává určité situace a snažíme se ho to naučit zpracovávat jinak – tzv. **kognitivní restrukturační**
 - nácvik **sociálních dovedností**
 - **relaxace, imaginace**
 - **řešení problémů** v životě
 - příprava na **budoucnost** a **prevence relapsu**
- bludný kruh příznaků:
 - má 4 komponenty: **myšlenky, emoce, tělesné reakce a chování**
 - příklad: stresující životní událost (*třeba se učím na státnici*) -> rozvoj stresové reakce, tělesných příznaků stresu (*špatně se nám bude dýchat, bude nám bušit srdce, budeme se potit, třást se, budeme mít průjem, budeme špatně spát,...*) -> myšlenky „*nestíhám, je toho hodně, to určitě nezvládnu,..*“ -> emoce (*úzkost, strach, panika*) -> tělesná reakce (...) -> chování (*ještě více se v tom učení začneme hrabat, hledáme další materiály,..*) -> zase od začátku -> myšlenky,..
 - během KBT se snažíme **vystoupit** z toho bludného kruhu – snažíme se dostat mezi tělesnou reakci a chování, snažíme se najít nový vzorec chování -> např. když přijdou příznaky úzkosti, tak se půjdeme proběhnout nebo zavoláme kamarádovi a rozptýlíme se,..
- **indikace** KBT: úzkostné poruchy, OCD, poruchy osobnosti (*emočně-nestabilní*)
- techniky:
 - **desenzibilizace**: strach tlumíme tím, že záměrně vzbuzujeme představy obávaných situací a sdružujeme je s nácvikem relaxace a uvolnění; začínáme situací, které se bojí pacient nejméně a intenzitu stupňujeme
 - **expoze**: vystavení se situaci, které se člověk vyhýbal; důležité je, aby člověk snášel tuto situaci tak dlouho, dokud nedosáhne maxima a potom začne postupně opadávat a mizet; člověk musí tuto skutečnost prožít -> proto není účelné strach nějak zmenšovat (*odpoutáním pozornosti nebo možností úniku*)
 - **zaplavení**: pacienta hned naplno konfrontujeme s nejvíce obávanou situací, aby se vyprovokoval maximální strach, aby se pacient přesvědčil, že tento strach sám odezní

23a. Krizová intervence – principy, indikace

KRIZE

- krize vzniká, když se člověk na cestě za důležitými životními cíli setká s takovou **překážkou**, kterou v obvyklém čase **není schopen překonat** obvyklými metodami řešení problémů
- je to období vyšší **morbidity i mortality**
- **fáze** krize dle Kübler-Rossové: po krizové události následuje 1. vztek (*kdo za to může?!*), 2. popření (*to nemůže být pravda!*), 3. smlouvání (*třeba to nebude pravda*), 4. deprese (*je to pravda, je to smutné*), 5. smíření (*musím se s tím naučit žít*)
- **příčiny**: konflikty manželské, pracovní, migrační, separační (*vojna, vězení*), úmrtí v rodině, katastrofy,...
- psychiatři obvykle u jedinců diagnostikují **poruchu přizpůsobení** -> navazuje na významnou životní změnu nebo stresovou událost, projevuje se úzkostmi nebo depresemi, poruchami emocí či chováním, narušením sociálního fungování, někdy agresí... -> většinou odeznívá do 6 měsíců, ale může přetrvávat i déle

KRIZOVÁ INTERVENCE

- je **terapeutické vedení klienta v krizi**, především pomocí **krátké psychoterapie**
- **indikace**:
 - lidé v akutní psychosociální krizi důsledkem výjimečné **životní situace** (*náhlé nečekané události – smrt v rodině, ztráta vztahu, oběti násilných činů, nehody, přírodní katastrofy*)
 - lidé, kteří byli vystaveni vážným **společenským konfliktům** (*váleční utečenci, emigranti, mučení lidé*)
 - **suicidální** problematika, poruchy **přizpůsobení**, akutní **psychotické stavy**, akutní dekompenzace **poruch osobnosti**
 - dekompenzovaní **chroničtí pacienti**
- **metody** jsou různé – psychoterapie, farmakoterapie, řešení somatických problémů,...
- **KBT metoda**:
 - spočívá ve vytvoření terapeutického **vztahu** a pocitu **bezpečí** klienta
 - snaha o **identifikaci** krize, **analýzu** stresoru a **popis** reakce
 - postupná **expoze** silným emocím, které pacient potlačoval
 - kognitivní **rekonstrukce** s cílem upravit dysfunkční myšlenky a odstranit kognitivní vyhybání
 - **posílení** nebo **nácvik** potřebných dovedností a tím zvýšení pocitů kompetence
- **farmakoterapie**:
 - krize není nemoc – psychofarmaka nejsou vždy nutná
 - musíme provést podrobnou **farmakologickou anamnézu** -> pokud odhalí závislost, jsou KI návykové léky
 - preferovány jsou **nenávyková anxiolytika** (př. buspiron), měla by být časově omezená (max měsíc)
- **krizové služby**:
 - jsou dostupné **linky důvěry** (*telefonická krizová intervence*) a **krizová centra**

24a. Elektrokonvulzivní terapie

ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIE

- je léčebná metoda některých neuropsychiatrických onemocnění, při které je **aplikován skalpovými elektrodami modulovaný elektrický proud**
- u některých psychiatrických onemocněních je stále tou **nejúčinnější a nejrychlejší** formou terapie
- přesný mechanismus účinku není znám, ale podle studií dochází k **ovlivnění hladin neurotransmiterů** (GABA, serotonin, dopamin, NA) a **průtoku krve** mozkem
- principem je vyvolání **epileptiformního záchvatu**
 - pacient leží na lehátku napojený na EEG a EKG, pod vlivem celkové anestezie a myorelaxancí
 - aplikace proudu může být unilaterální (1 elektroda na spánku, druhá na vermis? (*uprostřed vrcholu hlavy?*)) nebo bilaterální (bitemporální nebo bifrontální)
- **indikacemi** jsou deprese (*farmakorezistentní; účinnost 60-80 %*), schizofrenie (*zjm. katatonní, akutní*), mánie (*účinnost 80 %*), neuroleptický maligní syndrom, schizoafektivní porucha
- **kontraindikace** vyloženě nejsou – vždy je třeba zvážit rizika a přínos pro konkrétního pacienta -> individuální terapie
- jedná se o **bezpečnou metodu!** (*letalita srovnatelná s letalitou běžné celkové anestezie -> většinou KVS nebo pulmonální selhání*)
- **NÚ:** bolesti hlavy, svalů, nauzea, přechodné (*/trvalé*) kognitivní poruchy (*paměti, pozornosti, orientace*)

25a. Psychostimulancia

PSYCHOFARMAKA OBECNĚ

- psychofarmaka jsou **léky ovlivňující psychické funkce**
- můžeme je dělit podle řady aspektů: dle chemické struktury, mechanismu působení, klinických charakteristik, ovlivnění jednotlivých psychických funkcí,...
- základními skupinami jsou: **anxiolytika, hypnotika, antidepresiva, antipsychotika, stabilizátory nálady, kognitiva a psychostimulancia**

PSYCHOSTIMULANCIA

- jsou **psychotropní** látky, které **zvyšují** nebo **upravují** **vigilitu vědomí**
- mechanismus účinku: **zvyšují koncentraci katecholaminů** (*dopamin, noradrenalin*) **v CNS**
 - o blokují zpětné vychytávání NEBO podporují uvolňování NEBO snižují jejich degradaci
 - o zvýšení koncentrace dopaminu vyvolá urychlení motoriky, snadnější výbavu představ a urychlí myšlení
 - o zvýšení koncentrace noradrenalinu vede spíše k NÚ (tachykardie, hypertenze, arytmie)
- mají **akutní efekt** -> jejich účinek nastupuje **během minut**
- **nemají profylaktický efekt**
- indikace: **léčba ADHD u dětí**
 - o v *dospělé psychiatrii se nepoužívají*
 - o v *neurologii léčba nepozornosti, zvýšení vigility, potlačení narkolepsie*
- NÚ: úzkost, možnost provokace psychózy (*př. kdybychom si dali pervitin (což je droga, ne léčivá látka), tak bychom si mohli vyvolat psychózu*), insomnie, zvýšená iritabilita (*u dospělých*), nechutenství (*podávat po jídle*), tachykardie, hypertenze, sucho v ústech, mydriáza
 - o **u dětí se tyto NÚ nevyskytují**, v indikaci ADHD jsou **dobře snášeny**
- zástupci:
 - o **1. volbou** u léčby ADHD u dětí jsou **deriváty amfetaminu**: **methylenfenidát** (Ritalin), dlouhodobě působící forma **Concerta**
 - o jako **2. volba** se dá u léčby ADHD u dětí použít **atomoxetin** (Strattera), což je **NDRI antidepresivum** (*noradrenalin, dopamin reuptake inhibitors*)
 - o *dalšími zástupci psychostimulancií jsou amfetaminy (metamfetamin), efedrin, modafilin (indikován u narkolepsie a hypersomie)*

26a. Anxiolytika a hypnotika

PSYCHOFARMAKA OBECNĚ

- psychofarmaka jsou **léky ovlivňující psychické funkce**
- můžeme je dělit podle řady aspektů: dle chemické struktury, mechanismu působení, klinických charakteristik, ovlivnění jednotlivých psychických funkcí,...
- základními skupinami jsou: **anxiolytika, hypnotika, antidepresiva, antipsychotika, stabilizátory nálady, kognitiva a psychostimulancia**

ANXIOLYTIKA

- jsou látky **potlačující úzkost**
 - mají **anxiolytické, někdy sedativní, hypnotické, myorelaxační, antikonvulzivní** účinky
 - *diazepam má všechny tyto účinky „rovnoměrně“ rozloženy -> používá se jako antiep.*
- mechanismus účinku: skrze systém kyseliny gama-aminomáselné (**GABA**)
- působí **akutně** -> nástup účinku během **minut (10-20)**
- **nemají profylaktický efekt** (*apriory neléčí problém jako takový – není to kauzální terapie, je to terapie překlenovací, pomocná -> do doby než nastoupí žádoucí efekt antidepresiv*)
- **NÚ: anterográdní amnézie a narušení kognice** (*výpadky paměti, postižení soustředění*), **dezinhibice agresivity** (*nepodávat jako pacifikátory!! vždy krýt antipsychotiky*), **rebound fenomén** (*rozvoj úzkosti a nespavosti po vysazení, často ve vyšší intenzitě*), **vznik závislosti, sedace a ospalost** během dne, **paradoxní úzkost**
- dělení:
 - podle délky vylučovacího poločasu:
 - **dlouhý** (nad 18 hodin): **diazepam** (Diazepam), **klonazepam** (Rivotril)
 - možná kumulace!, menší riziko závislosti + menší abstinenční příznaky
 - **střední** (12-18 hodin): **bromazepam** (Lexaurin), **alprazolam** (Neurol) (*nejsilnější anxiolytický efekt, poradí si i s panickými atakami*), **oxazepam** (Oxazepam) (*nemá výrazný anxiolytický efekt, ale není metabolizován játry -> bezpečný pro starší nemocné*)
 - **krátký** (pod 12 hodin): **triazolam** (Halcion), **midazolam** (Dormicum) (*před CT vyšetřením, před kolonoskopií – zlepšení spolupráce s pacientem*)
 - podle intenzity působení: nejnižší u oxazepamu, nejvyšší u nitrazepamu (*dříve využívány jako hypnotika*)
- indikace: při **léčbě úzkosti** jako **doprovodné léky při nasazování antidepresiv**
 - úzkost je dlouhodobě léčena antidepresivy! -> anxiolytika slouží pouze k překlenutí období jejich účinku
 - léčba anxiolytiky by **neměla překročit 8 týdnů**
 - k léčbě úzkosti se mohou použít i atypická antipsychotika (olanzapim, risperidon,..) v malých dávkách
- nebenzodiazepinové anxiolytikum: buspiron (MÚ: agonista SER R, efekt srovnatelný s BZD, ale pomalejší nástup účinku (1-2 týdny), nemá NÚ BZD (nevzniká závislost, není únava ani poruchy soustředění), hydroxyzin (antihistaminikum)

HYPNOTIKA

- jsou látky **navozující spánek** – urychlují usnutí, prodlužují spánek, snižují počet nočních probuzení
 - v *nižších dávkách sedaci případně anxiolyzu*
- mechanismus účinku: podobný **jako anxiolytika**
- mají **akutní efekt** -> působí během **minut**
- **nemají profylaktický efekt** (*jejich užíváním porucha spánku nezmizí – některé antidepresiva, malé dávky antipsychotik*)
- **NÚ** při dlouhodobém užívání: **dementogenní, halucinogenní, delirogenní, vznik závislosti** (*zvyšuje se s dávkou a délkou užívání*)
- dělení:
 - 1. generace – **barbituráty** -> dnes se **nepoužívají** (*vysoké riziko sedace, útlumu dýchacích center, vzniku závislosti, smrti z předávkování*), vyhrazena pouze pro veterinární medicínu
 - 2. generace – **benzodiazepinová hypnotika** (př. *flunitrazepam (Rohypnol), nitrazepam*) -> *preskripce receptem s modrým pruhem (protože byly zneužívány -> dělají retrográdní amnézii*)

-> takže ti to někdo hodil do pití (nemění chuť, barvu nápoje) a následně tě okradl -> kvůli amnézii nešlo vypátrat pachatele)

▪ působí stimulaci GABA R -> tlumí výdej Ach

- **3. generace – Z hypnotika** -> ty se **využívají dnes**; „Z“ kvůli tomu, že všechny začínají na Z (**zolpiclon, zolpidem, zaleplon**); **selektivně navozují spánek** = specificky ovlivňují subjednotku benzodiazepinových receptorů a tím nedochází k ovlivnění jiných funkcí jako u benzodiazepinů -> *nemají anxiolytický účinek (neovlivňují úzkost), antiepileptický úč. (nezvyšují křečový práh), myorelaxační úč. (nesnižují svalové napětí)* -> proto taky mnohem méně dochází k návyku a po rychlém vysazení nehrozí rebound fenomén
- **jiné látky s hypnotickým účinkem**, které v malých dávkách mohou být užity k navození spánku:
 - některá **antipsychotika** (př. quetiapin *quetiapin*, melperon *tiaprid*) – *výhodné při současném výskytu tranzitorních delirií = noční stavy dezorientace*
 - některá **antidepresiva** (př. trazodon, mirtazapin, amitriptylin)
 - **antihistaminika** starší generace (př. prothazin)

27a. Kognitiva a nootropní psychofarmaka

PSYCHOFARMAKA OBECNĚ

- psychofarmaka jsou **léky ovlivňující psychické funkce**
- můžeme je dělit podle řady aspektů: dle chemické struktury, mechanismu působení, klinických charakteristik, ovlivnění jednotlivých psychických funkcí,...
- základními skupinami jsou: **anxiolytika, hypnotika, antidepresiva, antipsychotika, stabilizátory nálady, kognitiva a psychostimulancia**

KOGNITIVA

- jsou látky oddalující zhoršování demence (*nesnižují závažnost postižení (neudělají z těžké demence středně těžkou), ale zpomalují progresi*), upravují kognitivní funkce
 - sekundárně mají pozitivní vliv na aktivity běžného dne (*příprava jídla, oblečení se*), na chování
- mechanismus účinku: nejčastěji inhibice acetylcholinesterázy (*centrálně i periferně*)
 - *acetylcholinergní systém hraje významnou roli v procesech paměti a vědomí -> jeho narušení vede k poruše krátkodobé a střednědobé paměti (porušeno zejm. vstípení) – bývá tomu tak nejčastěji u demencí (Alzheimer, demence s Lewyho tělísky, parkinson, ischemicko-vaskulární)*
- nemají akutní efekt -> jejich účinek nastupuje po týdnech až měsících (*kontrolní hodnocení se dělá až po 3 měsících – kdy je dosažen maximální účinné dávky*)
- pravděpodobně nemají ani profylaktický efekt
- NÚ: GIT nesnášenlivost – nechutenství, nauzea, zvracení; cefalgie, sinusová bradykardie
 - *! centrální anticholinergika mohou způsobit anticholinergní deliria*
- indikace: pacienti trpící demencí (*zejm. lehká a střední stádia*) nebo lehkou poruchou poznávání (*poruchy paměti bez narušení aktivit běžného života*)
 - *Kl těžší převodní poruchy srdeční a VCHGD*
- nejpoužívanější kognitiva jsou inhibitory cholinesteráz (*enzymy degradující acetylcholin -> zvýší se množství Ach na synapsích*) – zejm. donepezil (*1x10mg*), rivastigmin, galantamin (*2x12mg*)
- dalším zástupcem je memantin – blokátor receptorů excitačních aminokyselin (NMDA) -> indikací je středně závažná až závažná Alzheimerova demence; *1x20mg*
 - *pozn. MDMA je extáze :D neplést*

NOOTROPIKA

- jsou látky ovlivňující vědomí – používají se u kvalitativních i kvantitativních poruch vědomí, u poruch paměti a učení
- mechanismus účinku: ovlivňují metabolismus neuronů (*vyšší utilizace glukózy, zvyšují rezistenci k hypoxii*), zlepšují průtok krve mozkem, usnadňují syntézu neuromediátorů
- indiace: rychlejší návrat vědomí po úrazech mozku, intoxikaci, neurochirurgickém zákroku, CMP, anestezii
- NÚ: toxicita až ve vyšších dávkách
- zástupci: piracetam (*zvyšuje hladinu Ach*), pyritinol (*zlepšuje utilizaci glukózy, krevní mikrocirkulaci, koncentraci Ach*)

33a. Stabilizátory nálady – indikace, nežádoucí účinky a interakce

STABILIZÁTORY NÁLADY (thymoprofylaktika)

- jsou látky, které mají náladu-stabilizující účinek
 - snižují frekvenci a tlumí intenzitu epizod náladových výkyvů (*manických, depresivních nebo smíšených*), slouží jako prevence relapsů mánie či deprese a jako prevence suicidií
- mechanismus účinku: není dostatečně znám – pravděpodobně přes 2. posly
- jejich účinek nastoupí v řadě týdnů až měsíců
- akutní efekt mají pouze některá – např. antiemetický efekt lithia nebo valproátu
- všechna mají při pravidelném užívání profylaktický efekt -> prodlužují dobu do vzniku další epizody poruchy nálady + snižují její intenzitu
- NÚ: celá řada, různorodé a individuální dle každého stabilizátoru nálady
- indikací je bipolární afektivní povaha, dále schizoafektivní porucha
- 4 základní stabilizátory: lithium a antiepileptika: kyselina valprová a její soli (valproát), lamotrigin a karbamazepin
 - jako 2. volba se podávají některá jiná antiepileptika nebo antipsychotika (*olanzapin, risperidon, aripiprazol*)
 - pokud pacient inklinuje více k rozvoji depresivních epizod, nasadíme: lamotrigin, valproát
 - pokud k manickým: aripiprazol, risperidon
 - lithium je tak napůl cesty:D
- karbamazepin:
 - mech.účinku: inhibuje influx Ca do neuronů, zvyšuje uvolňování NA (*bloádou presynaptických alfa2R*), stimuluje beta receptory
 - účinky: antikonvulzivní, antimanický, antidepressivní, thymoprofylaktický, myorelaxační, sedativní, analgetický, antiarytmický, antidiuretický, anticholinergní
 - indikace: afektivní + schizoafektivní poruchy, potlačuje akutní epizody, má vliv na agresivní chování a abstinční syndrom
 - NÚ: GIT potíže, neurotoxické příznaky (*ospalost, cefalea, ataxie, nystagmus*), zvyšuje hmotnost, hepatotoxický, teratogenní, může vyvolat aplastickou anémii, leukopenii
- valproát:
 - mech.účinku: zvyšuje GABA v CNS, snižuje glutamát (*inhibice NMDA a Na/K kanálů*)
 - indikace: akutní mánie, profylaxe, deprese, agresivita
 - NÚ: GIT potíže, fotosenzitivita (-> kožní exantémy), hepatotoxicita, anémie, trombocytopenie, krvácivé stavy, teratogenita
 - interakce: vytěsňuje z vazby na bílkoviny jiné léky (*srdeční glykosidy*)

28a. Lithium a jeho léčebné využití v psychiatrii

LITHIUM

- je látka, která se řadí ke stabilizátorům nálady -> což jsou látky, které mají náladu-stabilizující účinky
 - snižují frekvenci a tlumí intenzitu epizod náladových výkyvů (*manických, depresivních nebo smíšených*), slouží jako prevence relapsů mánie či deprese a jako prevence suicidií
- lithium je alkalický kov, který se v těle nemetabolizuje, neváže se na krevní bílkoviny a je beze změny vylučován ledvinami
- mechanismus účinku: není přesně znám, působí nejspíš přes 2. posly v neuronech, ovlivňuje serotoninovou transmissi
- indikací je profylaxe afektivních poruch (*rozvíjí se pozvolna 9-12 měsíců*), léčba akutních manických i depresivních epizod a navíc snižuje suicidální i agresivní sklony
- pozn. pokud se vysazuje, musí se to dělat pozvolna pro riziko vzniku manické epizody!
- NÚ:
 - časně: GIT příznaky (průjem, nauzea, zvracení), třes rukou, zvýšená žízeň (*vymizí za 2-4 týdny*)
 - pozdní: reverzibilní porucha ledvinných tubulů, kožní (psoriáza, akné), KVS poruchy, hypothyroidismus, možné teratogenní působení
- interakce: lithémii zvyšují diuretika, ACE-i, některá ATB a chemoterapeutika, NSAID; lithium potencuje účinek antidepressiv, karbamazepinu, valproátu i dalších stabilizátorů nálady

29a. Antidepresiva – dělení, indikace; + 31a. NÚ

ANTIDEPRESIVA

- jsou látky, které potlačují patologicky pokleslou náladu nebo úzkost
 - o mají účinky: antidepresivní, anxiolytický, antiobsedantní
- mechanismus účinku: zlepšení neurotransmise monoaminů (serotoninu, noradrenalinu, méně dopaminu) v CNS (*kteřá bývá u deprese a úzkostných poruch narušena*)
 - o snížením zpětného vychytávání neurotransmiterů ze synaptické štěrbin
 - o snížením metabolické degradace monoaminů
 - o zvýšením syntézy monoaminů
 - o ovlivněním příslušných receptorů
- účinek nastupuje během týdnů až měsíců
 - o u deprese po 3 týdnech, u anxiety po 8 týdnech, u obsedantně-kompulzivní poruchy po 3 měsících
- mají akutní efekt, ale není žádoucí -> jedná se o NÚ (*žaludek na vodě, paradoxní zvýšení úzkosti,..*), které do 14 dnů odeznívají! (*dá se jim vyhnout postupnou titrací antidepresiva + upozornit pacienta na tyto NÚ! + překrýt toto období jinými léky (př. anxiolytiky)*)
- profylaktický účinek pravděpodobně nemají
- NÚ: různé dle různých antidepresiv – nejčastěji ale GIT nesnášenlivost (*žaludek na vodě*), nárůst hmotnosti (*zjm. mirtazapin X např. SSSRI způsobují nechutenství -> tam je spíš pokles hmotnosti*), pokles libida, raritně noční bruxismus (*např. SSSRI*)
 - o NÚ se objevují cca u 10 % pacientů
- indikací je deprese a úzkostné poruchy
 - o kontraindikací bipolární afektivní poruchy bez zajištění stabilizátorem nálad (*riziko zhoršení mánie*)
- nejvyšší účinek a nejlépe snášené zároveň jsou: sertalin a escitalopram
- dělení:
 - o klasická = tricyklická antidepresiva
 - o heterocyklická antidepresiva
 - o nová = selektivní inhibitory zpětného vychytávání
 - o dualistická

1) TRICYKlická ANTIDEPRESIVA

- dobrý antidepresivní účinek, ale mají mnoho NÚ -> proto nejsou 1. volbou
- mechanismus účinku: blokují reuptake serotoninu a noradrenalinu ze synaptické štěrbin, zároveň ale blokují M, H1 a alfa1 receptory
- indikace: deprese, úzkostné poruchy, panické poruchy a fobie, posttraumatická porucha, bulimie...
- NÚ:
 - o přes M receptory: anticholinergní účinky (sucho v ústech, porucha akomodace (*rozmazané vidění*), retence moči a stolice (*zácpa*), tachykardie, poruchy paměti, delirantní stavy)
 - o přes H1 receptory: sedace, ospalost, hypotenze, zvýšení hmotnosti, kožní reakce
 - o přes alfa1 receptory: ortostatická hypotenze, závratě, riziko arytmií, prodloužení QT, poruchy erekce, ztráta libida
 - o nespavost, nechutenství, anxiety, třes
- KI: alkohol, renální nebo KVS dysfunkce
- interakce: potenciace antihistaminik, anticholinergik, látek tlumících CNS
 - o kombinace s IMAO nebo klonidinem může vést k život ohrožující hypertenzní krizi!!!
- zástupci: klomipramin (*blokuje více reuptake SER*), nortriptylin (*více NA*), imipramin, amitriptylin (*oba*)

2) HETEROCYKlická ANTIDEPRESIVA

- zvyšují koncentraci 2 ze 3 monoaminů (SER, NA, DOP), nepůsobí anticholinergní
- NÚ: GIT nesnášenlivost (*nausea, nechutenství*), insomnie, sedace, tachykardie, kožní reakce
- zástupci: viloxazin (*zvyšuje NA a SER; indikací je deprese, noční enuréza, bulimie, narkolepsie*), bupropion (*zvyšuje NA a D; indikací je deprese; KI epilepsie!!!; NÚ paradoxní excitace*)

3) SELEKTIVNÍ INHIBITORY ZPĚTNÉHO VYCHYTÁVÁNÍ

A) SSRI

- nejdůležitější -> jsou lékem 1. volby pro léčbu depresí a úzkostí, dále i bulimie, postraumatické poruchy, OCD
- působí pouze inhibicí reuptake serotoninu (*neovlivňují jiné R*)
- NÚ mají pouze „serotoninové“ -> GIT obtíže (nauzea, průjem), hypotenze, bolesti hlavy, agitovanost, insomnie, agitovanost, sexuální dysfunkce, tenze, anxiety
 - o ! při kombinaci s iMAO serotoninový syndrom
- zástupci: sertralin (*nejsilnější*), fluoxetin (*nejslabší*), citalopram, escitalopram

B) SARI

- serotoninoví antagonisté (*blokuje jeho receptory*) a inhibitory zpětného vychytávání serotoninu -> mají „zdvojené serotoninové působení“
- NÚ: nauzea, bolest hlavy, somnolence, nespavost
- zástupci: trazodon, nefazodon (*i: deprese, úzkost, insomnie; nedělá sex. dysfunkci, ale pozor na QT a serotoninový sy*)

C) NARI

- inhibitory reuptake noradrenalinu
- NÚ: nespavost, úzkost, tachykardie, kolísání tlaku, zácpa, sucho v ústech
- zástupci: reboxetin
 - o VYŘAZENO Z TRHU !!! kvůli přílišné excitaci

4) DUALISTICKÁ = SELEKTIVNÍ INHIBITORY REUPTAKE SEROTONINU A NORADRENALINU (SNRI)

- 2. nejčastěji používané -> jsou účinnější než SNRI – využívají se u rezistence na SSRI
- NÚ: nauzea, průjem, somnolence, insomnie, nechutenství, úzkost, bolest hlavy, sex.dysfunkce
- zástupci: venlafaxin, milnacipran

5) NORADRENERGNI A SPECIFICKY SEROTONINERGNÍ ANTIDEPRESIVA (NaSSA)

- blokují presynaptické α_2 R na NA a SER neuronech -> zvyšují tak uvolňování NA a SER
- NÚ: závratě, průjem, zvýšená chuť k jídlu, nárůst hmotnosti, ospalost
- i: deprese, úzkosti, spánkové poruchy (*mají hypnotický úč.*)
- zástupce: mirtazapin (*výrazně tlumivý – vhodný u agitované deprese a poruch spánku, podávat na noc*)

6) INHIBITORY MONOOXIDÁZY (iMAO)

- neselektivní inhibitory vyřazeny pro NÚ a závažné interakce
- reverzibilní inhibitory MAO A
 - o inaktivují degradaci monoaminů bloádou monooxidázy A -> zvyšují jejich koncentraci v CNS
 - o NÚ: nespavost, posturální hypotenze, závratě
 - při současném podání látek zvyšující množství monoaminů hrozí hypertenzní krize nebo křečové záchvaty
 - o i: deprese, panické poruchy a fobie
 - o zástupce: moklobemid

MASSA = melatoninový agonista a selektivní serotoninový agonista; NÚ: zvýšení aktivity ALT a AST; zástupce: vortioxetin

31a. Antipsychotika – dělení a indikace

ANTIPSYCHOTIKA

- jsou látky, které integrují myšlení (z *chaotického myšlení jsou schopny udělat „ucelené“* -> *integrující účinek*), dále potlačují halucinace a bludy (*redukují poruchy vnímání; halucinolytický účinek*), potlačují projevy deliria (*delirololytický úč.*), působí antimanicky (*potlačují mánii*), mají taky pacifikující účinek (*zklidňují hyperaktivitu, agresivitu, agitaci*), některá mají navíc antidepressivní a anxiolytické účinky a desinhibiční účinky (*oživují psychomotoriku ve smyslu „prolomení“ stuporu*)...
- mechanismus účinku: skrz ovlivnění dopaminergního systému
 - o blokují receptory: D2 (*antipsychotický účinek, snížení agresivity, útlum, NÚ: hyperprolaktinémie, extrapyramidové příznaky*), S2 (*úprava spánku, nálady a chování*), alfa1 (*NÚ: pokles libida, poruchy erekce, srdeční poruchy, nechutenství*), H1 (*sedativní účinek, NÚ: hypotenze, nárůst hmotnosti*), M (*anticholinergní působení*)
- nástup účinku se liší u různých antipsychotik – u některých během hodin, některé účinkují během týdnů až měsíců -> většinou účinek můžeme pozorovat po 14 dnech
- některá mají i akutní efekt a to pouze v indikaci antidelirantního a pacifikujícího účinku
- mají i profylaktický efekt (*při pravidelném užívání jsou schopny redukovat nástup dalších epizod*)
- NÚ: rozmanité
 - o dopaminserotoninergní antipsychotika a antagonisté D2, D3 receptorů mohou v akutní fázi vyvolat akatizie (*syndrom neklidných nohou*), parkinosnoid, dyskineze, dystonie
 - o antipsychotika typu MARTA mohou mít nežádoucí metabolické účinky, hyperprolaktinémie
 - o některá mohou způsobit sedaci nebo naopak neklid
- indikace: psychózy (*akutní i dlouhodobé podávání; schizofrenie, schizoafektivní porucha, trvalá porucha s bludy, akutní psychotická porucha, intoxikační psychózy (pervitin)*), mánie (*akutní i profylaktická léčba*), deprese s psychotickými příznaky (*akutní*), delirantní příznaky, agresivita, neklid
 - o off label indikace malých dávek antipsychotik jsou poruchy spánku, organické poruchy, poruchy osobnosti, farmakorezistentní stavy, chronický pruritus, urputná emeze (*př. torean*), korekce NÚ jiných léčiv (*př. dopaminergik (L-dopa) v neurologii* -> mohou způsobit bludy)
- rozlišujeme:
 - o klasická antipsychotika: chlorpromazin, haloperidol
 - o atypická antipsychotika: clozapin (*nejúčinnější*), risperidon, quetiapin, olanzapin, z novějších např. paliperidon, iloperidon

DĚLENÍ ANTIPSYCHOTIK

A) typická – 1. generace

- působí zejm. na pozitivní příznaky (*neklid, agrese*)
- MÚ: blokáda zejm. D2, D3 receptorů v *mesolimbické dráze*
- NÚ: mohou zhoršovat kognitivní funkce; extrapyramidové syndromy (*časný: parkinsonský sy, hypokineze, rigidita, dystonie, tremor, tiky; pozdní: dyskineze (porucha pohybu), dystonie (přetrvávající kontrakce svalů -> kroucení a opakované pohyby)*), maligní neuroleptický sy (*život ohrožující stav, často po kombinaci antipsychotik s antiparkinsoniky, antidpresivy, lithiem nebo BZD; psychické potíže (poruchy chování a vědomí), neurologické (tremor až myoklonus, dysartrie, dysfagie, katatonie), tělesné (febrilie s pocením, tachykardie, tachypnoe, hypertenze)*), hyperprolaktinémie (-> *galaktorhoea, gynekomastie, poruchy menstruačního cyklu, sexuální dysfunkce*)

a) sedativní (bazální)

- kromě D2, D3 i na S, alfa1 a M -> proto mají výrazné extrapyramidové a hypnosedativní účinky
- zástupci: chlorpromazin

b) incizivní

- ovlivňují zejm. D receptory -> proto mají výrazný extrapyramidový účinek, ne tolik hypnosedativní
 - o časný EPS: parkinoid (*svalová rigidita, tremor, bradykineze*), akutní dyskineze (*mimovolní pohyby*), syndrom neklidných nohou
 - o pozdní: neuroleptický maligní syndrom – kvůli přílišné bloádě D2 (*hyperpyrexie, kolísání tlaku, stupor, somnolence až koma*), anticholinergní účinky (*suchost sliznic, snížené pocení...*), adrenolytické účinky (*tachykardie, synkopy*)
- zástupce: haloperidol (NÚ: *hyperprolaktinémie, prodloužení QT*)

B) atypická – 2. generace

- působí na negativní i pozitivní příznaky, depresi a kognitivní deficit (*afektivní a kognitivní příznaky*)
- MÚ: blokáda D2 receptorů (-> potlačení pozitivních příznaků), blokáda serotoninových 5HT2 receptorů (-> potlačení negativních příznaků), vazba na další receptory (H1, M,...)
- NÚ: méně často vyvolávají hyperprolaktinémii a EPS, ale kvůli bloku H1 a alfa1 sedace, alfa2 ortostatická hypotenze, H1 nárůst hmotnosti, M anticholinergní účinky a QT (*torsades de pointes!*), klonazapin může vyvolat epileptický záchvat a agranulocytózu, po MARTA zvýšená incidence DM
- zástupci:
 - o selektivní antagonisté D2/D3 receptorů: sulpirid, tiaprid
 - o SDA (*serotonin-dopamin antagonists*): risperidon
 - o MARTA (*multireceptorové antagonisté D, 5HT, alfa, H, M*): olanzapin, klozapin
 - o DSSS (*dopaminové dualisté, serotoninové antagonisté*): aripiprazol

32a. Antipsychotika – nežádoucí účinky a interakce

NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY ANTIPSYCHOTIK

- extrapyramidové účinky = blok D2 v nigrostriatální dráze:
 - parkinsonoid (svalová rigidita, bradykineze, tremor), akutní dyskineze (mimovolní kontrakce svalů – zejm. v obličeji a šíji), akatizie = syndrom neklidných nohou, neuroleptický maligní syndrom, hyperprolaktinémie (menstruační problémy, gynekomastie, snížení libida a fertility, impotence)
- anticholinergní syndrom
 - blok centrálních receptorů: delirium, poruchy paměti
 - periferních: suchost sliznice, snížené pocení, poruchy akomodace, obstipace, ileus
- antihistaminové účinky: sedace, hypotenze, nárůst hmotnosti
- blokáda alfa-1 R: hypotenze, tachykardie
- klozapin dělá agranulocytózu

INTERAKCE ANTIPSYCHOTIK

- potencují účinek všech látek působících tlumivě na CNS -> tzn. alkoholu, antihistaminik, hypnotik, anestetik, analgetik, opiátů, antihypertenziv,...

34a. Neuroleptický maligní syndrom

MALIGNÍ NEUROLEPTICKÝ SYNDROM

- je poměrně vzácnou, ale velmi závažnou, život-ohrožující komplikací při terapii antipsychotiky
- etiologie:
 - vyvolán všemi léky, které blokují D2 receptory -> jedná se zejm. o antipsychotika a lithium
 - rizikové je nasazení incizivního neuroleptika za současně probíhající infekce, u dehydratovaného pacienta nebo u alkoholika v časně fázi abstinence
 - typicky postihuje muže středního věku a vzniká během prvních 2 týdnů léčby
 - mortalita až 30 %
 - zejm. ohroženi jsou pacienti s organickým poškozením CNS – především s extrapyramidovými poruchami
- patogeneze:
 - při blokádě D receptorů dochází k nastavení tělesného jádra na vyšší teplotu
 - přímý toxický vliv neuroleptik na kosterní sval
- projevuje se:
 - typická tetráda: extrapyramidové příznaky (generalizovaná svalová rigidita, bradykineze, akineze), změny vědomí (zmatenost, dezorientace až kóma), zvýšená teplota až hyperpyrexie, autonomní nestabilita (tachykardie, tachypnoe)
 - těžká porucha polykání může vést k aspirační bronchopneumonii
 - laboratorně nacházíme leukocytózu a zvýšené hodnoty kreatinkinázy
- terapie:
 - JIP -> monitoring vitálních funkcí
 - vysadit medikaci!!!
 - symptomatická terapie: hydratace, výživa a snižování horečky
 - podávají se myorelaxancia – př. dantrolen; dále dopaminoví agonisté (*amantadin*)
 - elektrokonvulzivní terapie

35a. Anticholinergní a serotoninový syndrom při léčbě psychofarmaky

ANTICHOLINERGNÍ SYNDROM

- vzniká při inhibici centrálních i periferních muskarinových receptorů pro acetylcholin
- acetylcholin je neurotransmitter všech pregangliových synapsí, všech parasympatických postgangliových synapsí a některých sympatických postgangliových synapsí (potní žlázy v kůži)
- acetylcholin působí přes nikotinové a muskarinové receptory -> nikotinové receptory jsou na nervosvalové ploténce a v gangliích; muskarinové jsou na všech efektorových orgánech a v CNS
- mezi látky, která mohou způsobit anticholinergní syndrom (intoxikaci) patří:
 - o atropin, kvartérní spasmolytika (př. butylscopolamin), antiparkinsonika (biperidin, amantadin), tricyklická antidepresiva (př. amitriptylin), antiepileptika (karbamazepin), neuroleptika (chlorpromazin), antivirotika (acyklovir), centrální myorelaxancia,...
- příznaky:
 - o centrální: agitovanost, dezorientace, útlum, halucinace, nesrozumitelná řeč, méně často ataxie, tremor, rigidita svalů, křeče, eventuálně kóma
 - o periferní (způsobeny bloádou potních a slinných žláz): suchost sliznic a kůže, hypertermie, tachykardie, červená kůže, flush, vyšší krevní tlak, mydriáza, retence moče a stolice
- terapie:
 - o monitoring vitálních funkcí (EKG, TK, teplota, diuréza)
 - o symptomatická léčba (snížení teploty, sedace, antikonvulziva)
 - o podpurná léčba (výplach, podání živočišného uhlí)
 - o antidotem atropinu je fyzostigmin (*u výrazných stavů agitace, refrakterních křečí, supraventrikulární tachykardií s hypotenzí*)

SEROTONINOVÝ SYNDROM

- potenciálně život ohrožující stav, který vzniká důsledkem přeplnění synapsí serotoninem (*např. při požití velkého množství léku nebo důsledkem nežádoucího lékového efektu při obvyklém dávkování třeba důsledkem lékových interakcí*)
 - o *může se rozvinout již při 1. dávce!! anticholinergní sy se vyvíjí déle*
- serotoninergní receptory jsou umístěny v CNS ve strukturách, které se účastní regulace bdění, příjmu potravy, tělesné teploty, emocí, sexuálního chování a zvracení, navíc se podílí ještě na regulaci svalového napětí, nocicepce, cévního tonu a motility GIT
- mezi „proserotonergní léky“ patří: SSRI (*sertralin, citalopram*), tricyklická antidepresiva (*buspiron, venflaxin*), monoaminoxidátové inhibitory iMAO (*moklobemid*), antikonvulziva (*valproát*), antiemetika (*ondasetron*), antimigrenika (*sumatriptan*), drogy (*LSD, extáze (amfetamin)*)
- triáda příznaků:
 - o neuromuskulární abnormity: přichází nejdříve, jde o tremor, myoklonus, hyperaktivitu reflexů
 - o autonomní hyperaktivita: se připojuje později; tachykardie, mydriáza, průjem
 - o změny mentálního stavu: na závěr; podrážděnost, agitovanost, nespavost, až delirantní stav; navíc se dostavuje hypertermie, laktátová acidóza, křeče, akutní renální selhání, DIG
- terapie:
 - o vysazení medikace!
 - o terapie vitálních funkcí -> kardiopulmonální stabilita, dostatečná diuréza, kontrola křečí
 - o neklid lze kontrolovat BZD, vystupňovanou agitaci chlorpromazinem