

1b. Organické psychické poruchy

ORGANICKÉ PSYCHICKÉ PORUCHY

- jsou poruchy, které jsou vyvolány poškozením mozku
- dělíme 2 základní skupiny:
 - primární organické duševní poruchy – způsobeny primárním poškozením mozku -> př. změny mozkové tkáně důsledkem růstu nádoru, záněty CNS, CMP, traumata, toxické poškození,...
 - sekundární – porucha jiného orgánu, která má vliv na mozek (př. *hepatální/kardiální/renální selhání, infekce, DM,...*)
- dle MKN-10 patří do skupiny F 00-09 = Organická duševní onemocnění včetně symptomatických* poruch:
 - F00 Demence u Alzheimerova onemocnění
 - F01 Vaskulární demence
 - F02 Demence u poruch klasifikovaných jinde (*demence u Pickova onemocnění, u Creutzfeld-Jacobovy choroby, u Huntingtonova on., u Parkinsonova on., difúzní on. s Lewyho tělísky, demence spojená s infekcí HIV*)
 - F03 Nespecifická demence
 - F04 Organický amnestický syndrom nevyvolaný alkoholem/psychoaktivní látkou
 - F05 Delirium
 - F06 Duševní poruchy, které jsou důsledkem tělesného onemocnění (nemoc, poškození mozku) (*organická halucinóza, org. katatonie, org. syndrom s bludy, org. poruchy nálady (mánie, deprese, bipol.), org. úzkostné syndromy, org. emoční labilita, benigní stařecká zapomnětlivost*)
 - F07 Poruchy osobnosti nebo chování vyvolané nemocí, poškozením nebo dysfunkcí mozku

*symptomatické poruchy = psychická porucha způsobená systémovým onemocněním

2b. Demence – symptomatologie, diagnostika, diferenciální diagnostika

DEMENCE

- je globální porucha intelektu, paměti a osobnosti, která výrazně narušuje běžné denní aktivity (*oblékání, jídlo, osobní hygiena,...*) -> porucha vyšších korových funkcí bez zastření vědomí
- k rozvoji dochází až po ukončení vývoje CNS (*tj. po 2. roce*)
- mezi první příznaky patří zapomnětlivost, porucha prostorové orientace (-> bloudění) -> následují poruchy exekutivních funkcí (*kuchařky zapomnají jak se vaří, písaři jak se píše*) + vše je doprovázeno poklesem intelektové výkonnosti
- navíc dochází k poruchám emotivity (*úzkost, deprese*), chování (*agrese, neklid*), vnímání (*halucinace*) a spánku
- etiologicky rozlišujeme:
 - primární demence – tzv. atroficko-degenerativní, např. Alzheimer
 - sekundární – vaskulární, infekce (*Creutzfeld-Jacobova, HIV*), traumata, intoxikace (*BZD, anticholinergika, těžké kovy, alkohol*), poruchy jater, hypothyreoidismus, karence B12, folátu
- dg:
 - progredující úpadek intelektu, který trvá déle než 6 měsíců
 - různé testy: test kreslení hodin, MMSE (*minimal state examination; 30 otázek a úkolů*)
 - pokud se rozvíjí dlouhodobě a plíživě -> spíše Alzheimer
 - pokud vznikne náhle -> spíše vaskulární demence
 - pomáháme si taky zobrazovacími metodami (*CT, MR, PET, SPECT*)
- dif.dg:
 - demenci musíme odlišit zejm. od deprese, která ji až v 50 % doprovází (*demence má pozvolný začátek, dlouhé trvání, pacient často zatajuje neschopnost, odpovídá nepřesně, primární je deficit paměti, vyskytuje se emoční nestabilita, dezorientace X deprese má náhlější začátek, pacient udává omezení schopností, odpovídá často „nevím“, primární je depresivní nálada, vyskytují se poruchy spánku, suicidální myšlenky*)
 - dále odlišit od deliria, které může krátkodobě demenci imitovat (*náhlé akutní onemocnění, obvykle reverzibilní, dezorientace hned na začátku, zastřené vědomí, výrazné psychomotorické projevy v začátku*)

ALZHEIMEROVA DEMENCE

- je progresivní postižení šedé kůry mozkové
- je nejčastěji se vyskytující demencí – představuje asi 50 %
- je 4. nejčastější příčinou úmrtí
- rozlišujeme formu s časným začátkem (dříve než v 65) a s pozdním (v 65 a později)
- patogeneze: dochází k ukládání beta amyloidu ve formě plak v extracelulárním prostoru CNS, intracelulárně dochází k degradaci tau proteinu, což je spojeno s tvorbou klubíček „tangles“ a degenerací neuronů; dochází ke kortikosubkortikální atrofii; je postižen acetylcholinergní transmise
- má plíživý průběh trvající 5-8 let
- symptomatologie:
 - začíná zapomnětlivostí (*narušení vstřípivosti a vybavování*), následují poruchy prostorové orientace, poruchy logického uvažování a exekutivních funkcí, což vede k degradaci osobnosti a ztrátě náhledu
 - mohou se dostavit výpadkové korové jevy (afázie, apraxie, agnózie) a přidružené poruchy chování (agresivita, deprese, inverze spánku)
 - v těžkém stádiu dochází ke ztrátě schopnosti o sebe pečovat, inkontinenci, amnestické dezorientaci
 - úmrtí většinou na přidružené onemocnění – bronchopneumonie, úraz
- klinická stadia dle Reisberga: normální stáří -> běžná zapomnětlivost -> benigní stařecká zapomnětlivost (zejm. *krátkodobá paměť*) -> časná AD – snížená schopnost zvládat aktivity denního života (*vařit pro hosty, nakupovat*) -> selhání při běžných aktivitách (*výběr šatů*) -> středně pokročilá AD (*neobleče se, problém s osobní hygienou, poruchy identifikace osob*) -> závažná AD (*ztráta schopnosti chůze, hypomimie...*) -> konečná stadia AD (*rigidita, spastické kontraktury, sací reflex,...*)
- dg:
 - stanovení demence dle klinického obrazu, pomalého nástupu a progresivního průběhu

- jistou dg stanoví až patolog průkazem plaků
- dif. dg. s jinými demencemi: s Lewyho tělísky (*více extrapyramidových příznaků, halucinace*), vaskulární demence (*spíše náhle vzniklá*), Parkinson (*hl. podkorová symptomatologie*), u HIV (*pozitivní sérologie*)
- terapie:
 - non-farmakologická: snažíme se zachovat denní režim (*pravidelný spánek, podávání jídla, aktivit*), chováme se trpělivě, vlídně, navozujeme pocit bezpečí, psychoterapie
 - farmakologická: ovlivnění kognice (*inhibitory acetylcholinesteráz (rivastigmin, donepezil), memantin*), terapie deprese, úzkosti (*SSRI*), nespavosti, chování

VASKULÁRNÍ DEMENCE

- je druhým nejčastějším typem demence
- rozvíjí se důsledkem ischemického nebo hemoragického poškození mozkové tkáně -> nejčastěji mnohočetné mikroinfarkty v šedé i bílé hmotě mozkové, což je spojeno s úbytkem mozkové tkáně -> ke vzniku demence je třeba ztráta kolem 100 ml mozkové tkáně (*při rozsáhlejším poškození v oblastech významných pro paměť stačí už 50 ml*)
- základními typy jsou: vaskulární demence s akutním začátkem (*strategicky umístěný iktus – př. gyrus supramarginalis*), multiinfarktová demence (*drobné ikty v korové oblasti, často souvislost s hypertenzí, kouřením, hyperlipidémií*), subkortikální vaskulární demence (*hypertenzní encefalopatie*)
- symptomatologie:
 - onemocnění vzniká často náhle, v anamnéze je prodělaná CMP
 - průběh je fluktuující (*zhoršování ve skocích*) -> dochází k ucpávání a případné rekanalizaci malých tepének
 - postupně se prohlubuje kognitivní deficit, ale osobnost bývá dlouho zachována -> jedinci jsou často depresivní, protože ví, že se něco děje
 - převažují projevy frontální desinhibice (emoční nepřiléhavost), často poruchy chůze, pády, močová inkontinence, psychomotorické zpomalení, výskyt extrapyramidových příznaků
 - přítomny ložiskové neurologické příznaky (*unilaterální spastická slabost končetin, unilaterální zvýšení šlachosvalových reflexů, reflex extenzoru planty (Babinského)*)
 - v anamnéze často výskyt hypertenze, ICHS, DM, ICHDKK
- dg:
 - kognitivní deficity rozloženy nerovnoměrně (některé zachovány, některé postiženy), příznaky ložiskového postižení mozku, v anamnéze přítomnost cerebrovaskulárního onemocnění (*např. anamnéza iktu*)
 - CT, MR -> lokalizace cévních změn
- terapie:
 - terapie komorbidit!!! -> správná léčba hypertenze a vaskulárních chorob může předejít další progresi
 - antikoagulancia k prevenci iCMP
 - symptomatická léčba psychických příznaků
 - není kauzální léčba

3b. Amnestický syndrom

AMNESTICKÝ SYNDROM

- chronické zhoršení krátkodobé paměti (i dlouhodobá může být někdy zhoršena), zatímco bezprostřední (*ultrakrátká*) paměť je zachována (*zopakuje cokoli, ale nezapamatuje si to*)
- jde o poruchu deklarativní paměti – tzn. paměti na události a fakta + časové řazení
- mohou být postiženy obě složky nebo jen jedna
- u pacientů nedochází ke vštípení a vzniká amnestická dezorientace
- amnézie může být retrográdní nebo anterográdní ; globální nebo parciální
- zhoršuje se schopnost učení
- na rozdíl od deliria zde není přítomna porucha vědomí
- výpadky paměti někdy nahrazují konfabulace, kterým ale pacienti věří
- rozlišujeme:
 - nealkoholický Korsakovův syndrom = s konfabulacemi, amnestickou dezorientací, emočními změnami a nedostatečným náhledem
 - tranzitorní globální amnézie = náhle vzniklá, někdy vlivem stresujícího zážitku, porušena je jen epizodická složka
- příčiny amnestického syndromu mohou být: úrazy hlavy, kontuze, krvácení, nádory, encefalitidy, hypovitaminózy, alkohol,...
- poškození může být reverzibilní
- dif.dg. s demencí, deliriem, pseudodemencí (*subj. vnímaný pokles paměti, intelektu, často u depresí, úzkostných stavů*)
- terapie spočívá v terapii základní příčiny, podávají se nootropika (*př. piracetam*) a thiamin? (vit B1)
- prognóza: 25 % úplná úprava, 50 % částečná úprava

4b. Delirium – symptomatologie, diagnostika, diferenciální diagnostika

DELIRIUM

- je přechodný, akutní, náhle vzniklý a mnohdy život ohrožující stav s kolísající intenzitou
- jedná se o kvalitativní poruchu vědomí, která se může vyskytnout kdykoli, častěji ale po 60. roce a častěji u hospitalizovaných pacientů
- příčiny:
 - intrakraniální: tumor, trauma hlavy, neuroinfekce, demence, vaskulární CMP, pozáchrvatové období při epilepsii
 - extrakraniální: infekce (pneumonie, uroinfekce, sepse), vliv exogenních toxických látek nebo léků (anticholinergika, tricyklická antidepresiva, psychostimulancia, L-dopa, benzodiazepiny, lithium,...), syndrom z vysazení (při závislosti na alkoholu, opiátech), kardiální/respirační selhání, karcinomatózy, metabolické a endokrinní poruchy (dekompenzace DM (hypoglykémie), jaterní selhání, iontový rozvrat, dehydratace,...), deficit thiaminu
pozn. pokles acetylcholinu může způsobit delirium -> proto to způsobí anticholinergika; dopamin působí recipročně s Ach -> proto to může způsobit i L-dopa (nebo jiná antiparkinsonika)
 - rizikovým faktorem je spánková deprivace, demence, vyšší věk
- formy:
 - furibundní – s intenzivním motorickým neklidem a aktivitou
 - blandní – bez výrazného motorického neklidu
 - musitující – halucinace vedou k drobným automatickým pohybům (*př. sbírání vloček na dece*)
- symptomatologie:
 - vědomí kvalitativně změněné – oblužené, zastřené
 - porucha pozornosti
 - dezorientace (v čase, místě, situaci)
 - inkoherní myšlení, paranoidita, bludy
 - zvýšená nebo snížená psychomotorická aktivita (*neklid, anxiozita, agitovanost, bradypsychismus*)
 - poruchy vnímání, halucinace (*nejvíce optické, mikropsie*)
 - poruchy emotivity
 - porucha cyklu spánek-bdění
 - vegetativní poruchy (*tremor, tachykardie, pocení, mydriáza, hypertenze*)
 - kolísání symptomatiky s lucidními intervaly a typické zhoršování v noci
 - zvýšená sugestibilita
 - následná amnézie
- dg:
 - klinický obraz, mentální status (testy pozornosti a bdělosti – opakování čísel, slov), fyzikální vyš. (tremor, nestabilita chůze, agitovanost, psychomotorická retardace), EEG, EKG, krevní testy, moč,...
- dif.dg. s demencí:
 - delirium: rychlý začátek, často v noci, trvá hodiny až týdny, má fluktuující průběh se zhoršením v noci, kvalitativní porucha vědomí, dezorientace v čase, zpomalené nebo zrychlené myšlení, paměť zachována, často poruchy vnímání (*zrakové halucinace*), narušen cyklus spánek-bdění (*ospalost přes den, nespavost v noci*), většinou přítomna somatická porucha
 - demence: obvykle pozvolný začátek, trvá měsíce až roky, její průběh je relativně stabilní, postupně progresivní, vědomí lucidní, motorické tempo normální, narušena krátko- i dlouhodobá paměť, chudé myšlení, často chybí somatická choroba
 - další dif.dg.: schizofrenie, afektivní poruchy, toxické psychózy
- terapie:
 - určit příčinu -> kauzální léčba somatické příčiny; vysadit delirogeny (*anticholinergika*)
 - symptomatická léčba: korekce vodní a iontové dysbalance, výživa, dostatečný spánek
 - farmakoterapie: nootropika (*piracetam, pyritinol*), sedace (*neuroleptika (olanzapil -> při nedostatečném efektu haloperidol), clomethiazol (při alkoholickém absitenčním deliriu)*)
- prognóza: většina pacientů se během 1-4 týdnů uzdraví do plného zdraví; 30 % zemře; je možný přechod do demence nebo funkční psychotické poruchy

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

FARMAKOGENNÍ DUŠEVNÍ PORUCHY

- kortikoidy a antidepresiva (*poruchy nálady*), dopaminergní látky (*halucinózy*), anticholinergní látky (*kognitivní deficit, demence, deliria*), benzodiazepiny (*deliria, kognitivní deficit*), opiáty (*deliria?*)
- účinky látek: kortikoidy, dopaminergní látky, anticholinergní látky, BZD, opiáty, ..

6b. Závislost na psychoaktivních látkách – definice, kritéria, rozdělení, příčiny, terapie

ZÁVISLOST NA PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTKÁCH

- neboli toxikománie je psychický a někdy i fyzický stav charakterizovaný změnami chování a dalšími reakcemi, které zahrnují nutkání užívat danou látku opakovaně pro její psychické účinky a dále proto, aby se zabránilo vzniku nepříjemných stavů vznikajících při její nepřítomnosti v organismu
- diagnostická kritéria: pokud během posledního roku došlo ke 3 a více projevům
 - silná touha nebo pocit puzení látku užívat
 - potíže v kontrole užívání látky
 - somatický odvykací stav
 - průkaz tolerance (navyšování dávky)
 - postupné zanedbávání jiných aktivit a zájmů ve prospěch látky
 - pokračování v užívání i přes jasné důkazy škodlivých následků
- dle MKN-10 klasifikace spadají závislosti do skupiny F10-F19 = Duševní poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek
 - F10 alkohol
 - F11 opioidy
 - F12 kanabinoidy
 - F13 sedativa nebo hypnotika
 - F14 kokain
 - F15 stimulancia
 - F16 halucinogeny
 - F17 tabák
 - F18 organická rozpouštědla
 - F19 jiné psychoaktivní látky
- rozdělení psychoaktivních látek:
 - budivé = stimulancia (amfetaminy – pervitin a extáze, kokain, kofein)
 - tlumivé (alkohol, opiáty – heroin)
 - halucinogenní (kanabinoidy – marihuana a hašiš, LSD)
- dle klinického stavu rozlišujeme:
 - akutní intoxikace = přechodný stav (*do 48 hod*) po požití psychoaktivní látky vedoucí k poruše vědomí, vnímání, chování, emotivity nebo jiných psychofyzilogických funkcí; stav odezní po vyloučení látky z těla (detoxikaci), terapie nutná dle závažnosti intoxikace (*zajištění vitálních funkcí, podání antidota*)
 - škodlivé užívání = užívání, které vede k poškození psychického nebo fyzického zdraví (*deprese, hepatitidy, perforace nosní přepážky*); poškození přímo tou látkou nebo způsobem jejího užívání
 - syndrom závislosti = skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, kde užívání dané psychotropní látky má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání -> je přítomno bažení = touha po této látce; závislost může být psychická nebo fyzická
 - odvykací stav (abstinenční syndrom) = symptomy, ke kterým dochází při částečném nebo úplném vysazení látky po jejím opakovaném užívání; většinou se děje opak toho, co se děje při intoxikaci (*pokud je látka budivá, dochází k útlumu*); může být komplikováno deliriem
 - psychotická porucha (toxická psychóza) = vzniká během nebo bezprostředně po požití látky, typicky v podobě halucinací nebo bludů; vymizí do 1-6 měsíců
 - amnestický syndrom = chronické zhoršení krátkodobé paměti při zachování bezprostřední paměti, je narušena schopnost se učit nové věci, typicky po alkoholu
 - reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem = porucha, u které změny kognitivních funkcí, emotivity, osobnosti přetrvávají déle než je přímý intoxikační vliv látky
- příčiny:
 - dnes se hovoří o tzv. bio-psycho-socio-spirituálním modelu závislosti
 - biologické faktory: matka během těhotenství pila alkohol/užívala drogy; vyplavení dopaminu po požití látky -> „odměna“
 - psychogenní f.: disharmonický vývoj dítěte, nepodpora rodiny v dospívání
 - sociální f.: postavení rodiny ve společnosti, chybění rodiny
 - spirituální úroveň: vztah k Vyšší moci dopomáhá k absinci
- terapie je zajištěna sítí pracovišť:

- koordinační centra: řídí pohyb pacienta mezi jednotlivými pracovišti
- ústavní péči zajišťují kontaktní centra: zde mohou být pacienti hospitalizováni, dostane se jim komplexní péče – cílem je nastolení a udržení abstinence (procesy detoxikace (*odstranění látky z těla*) a detoxifikace (*zvládnutí abstinenčního syndromu*))
- ambulantní péči zajišťují denní stacionáře, terapeutické komunity
- substituční léčba:
 - ovlivnění odvykacího stavu = náhrada původně užívané látky za jinou „bezpečnější“ (př. buprenorfin, metadon)
 - ovlivnění cravingu = podávání látky, která obrátí účinek drogy v negativní (př. Antabus u alkoholu), a nácvik sociálních dovedností

7b. Poruchy vyvolané užíváním alkoholu – klinické stavy, principy léčby

ALKOHOLISMUS

- je nadměrná konzumace alkoholických nápojů
- Jelinek popsal 5 typů abúzu (závislosti na alkoholu):
 - alfa = problémové pití, „sebeléčba“ k odstranění tenze, úzkosti; psychická závislost
 - beta = není psychická ani fyzická závislost, dochází však k somatickým komplikacím (*gastritidy, hepatopatie, VCHGD*)s
 - delta = nedochází ke ztrátě kontroly pití ale není schopnost abstinence; silná fyzická závislost
 - epsilon = nadměrné pití v určitých obdobích, bývá spojeno s jinou psychickou poruchou (př. *bipolární afektivní poruchou*) – tzv. duální diagnóza
 - gama = zvýšená tolerance + ztráta kontroly, ale je schopnost abstinovat; silná psychická i fyzická závislost; má 4 fáze:
 - počáteční: příležitostné pití společenského charakteru, zvyšuje se tolerance, vytváří se psychická závislost
 - varovná: projevuje se silná psychická vazba s cravingem, stoupá tolerance, vytváří se vazba fyzická
 - rozhodující: ztráta kontroly pití, alkoholik si pití racionalizuje, ospravedlňuje; psychická i fyzická závislost; společenské a zdravotní potíže; při abstinenci rozvoj abstinčního syndromu někdy rozvoj deliria tremens
 - konečná: soustavné užívání alkoholu, pití voňavek, technického lihu (*cokoli co obsahuje alkohol*), rozvoj psychózy a suicidálního jednání

AKUTNÍ INTOXIKACE

A) prostá ebrieta

- symptomy se odvíjí od množství požitého alkoholu, osobnosti a tolerance
- 4 stádia alkoholové opilosti dle hladiny alkoholu v krvi:
 - excitační (do 1,5 g/kg): lehká opilost, zvýšené psychomotorické tempo, elevace nálady, mnohmluvnost, zvýšené sebevědomí, snížení sebekritičnosti, odstranění zábrán, agresivita
 - hypnotické (nad 2): středně těžká opilost; dezorientace, nekoordinované pohyby, dysartrie, diplopie, apatie, somnolence, spánek
 - stuporózní (nad 3): závažná intoxikace, neschopnost chůze, zvracení, letargie, stupor, inkontinence moči a stolice, počínající obrna dechového a oběhového centra, pokles tlaku, teploty, tachykardie
 - kómatózní (nad 4): bezvědomí, hypo až areflexie, rigidita končetin, křeče, hypoglykémie, metabolická acidóza, až zástava oběhu a dechu -> smrt (5 promile je letální pro 50 % pacientů)

B) patická ebrieta

- situace, kdy již malé dávky alkoholu způsobí patickou reakci (*u jedinců se sníženou tolerancí k alkoholu – často při organickém poškození mozku*)
- projevuje se: neadekvátní chování a poruchy emotivity (*agitovanost, výbuchy vzteku, úzkost*), poruchy vnímání (*halucinace*), poruchy myšlení (*bludy*), kvalitativní poruchy vědomí
- stav končí usnutím a pacient na něj má následně ostrůvkovitou amnézii

C) komplikovaná ebrieta

- mezistupeň mezi prostou a patickou ebrietou
- projevuje se explozivní podrážděností, poklesem sebeovládání, mohutnými afekty nepřiměřené podnětu
- terapie akutní intoxikace:
 - opilost bez závažnějších zdravotních komplikací -> záchytné stanice
 - první pomoc (podání slazeného nápoje, nevyvolávat zvracení, ale dávat na něj pozor -> riziko aspirace -> stabilizovaná poloha s ústy dolů!)
 - výplach žaludku účinný pouze u neabsorbovaného alkoholu
 - doplnit vitamin B (*protože alkohol působí jako antivitamin thiaminu*), podání hepatoprotektiv, doplnění tekutin infúzí (*Ringier nebo glukóza*)
 - neklid řešíme podáním chlorpromazinu (*BZD nevhodné pro útlum dechového centra, haloperidol má riziko rozvoje extrapyramidových symptomů a záchvatů*)
 - při známkách ohrožení vitálních funkcí -> intenzivní péče, hemodialýza
 - poruchy vědomí a útlum dechu -> Naloxon bolusově nebo v infúzi

ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ (ABUSUS)

- je užívání, které vede k poškození psychického nebo fyzického zdraví
- mezi psychické dopady řadíme depresi po opilosti
- mezi somatické poškození GIT, hepatopatie, avitaminózy, poškození CNS (*polyneuropatie, atrofie*), vyšší riziko rozvoje rakoviny,...

SYNDROM ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU

- je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, kde užívání dané psychotropní látky má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání -> je přítomno bažení = touha po této látce
- závislost může být psychická nebo fyzická
- postupně se rozvíjí tolerance k alkoholu, dochází ke ztrátě kontroly nad pitím, jedinec zanedbává jiné aktivity, postupně se mění myšlení a chování -> poté nastává stádium rozvinuté závislosti, kdy je potřeba denní konzumace, jinak se dostavují abstinenční příznaky
- postupně tolerance k alkoholu zase klesá – i malé dávky vyvolají opilost
- terapie: craving snižujeme pomocí acamprosatu a naltrexonu, důležitá je psychoterapie
 - senzitivace (disulfiram = Antabus): po požití alkoholu vyvolá nepříjemnou vegetativní reakci
 - podáváme i karbamazepin, antidepresiva (SSRI), atypická neuroleptika (tiaprid), nenávyková anxiolytika (buspiron)

ODVYKACÍ STAV (abstinenční syndrom)

- jsou symptomy, ke kterým dochází při částečném nebo úplném vysazení látky po jejím opakovaném užívání
- dochází k němu po 4 – 12 hodinách od redukce/odebrání dávky, nejintenzivnější 2. den
- většinou se děje opak toho, co se děje při intoxikaci (*pokud je látka budivá, dochází k útlumu*)
- mezi příznaky patří: tremor rukou nebo celého těla, pocení, tachykardie, hypertenze, bolest hlavy, poruchy spánku, úzkost, psychomotorický neklid, iluze, halucinace
- odezní během 4 – 5 dní nebo ihned po podání alkoholu
- může být komplikováno deliriem
- terapie: clomethiazol - *! tlumí dechové centrum -> proto lepší tiaprid*, u těžších stavů kombinace s BZD; u lehčích forem karbamazepin; u halucinací ke zklidnění haloperidol, k redukci vegetativních symptomů klonidin

DELIRIUM TREMENS

- je závažný stav s vysokou mortalitou, který se objevuje 24 – 72 hodin od vynechání dávky
- projevuje se psychomotorickým neklidem, zmateností, dezorientací časem, místem a situací, orientace osobou je zachována, přítomny jsou sluchové a zrakové halucinace (často malých zvířat = mikrozoopsie), sugestibilita (*nemocný čte z nepopsaného papíru*), může docházet k neurologickým komplikacím (*obrně okohybných stavů, poruchy vědomí, křečím, hypertermii*), rozvíjí se metabolický rozvrat (*hypoglykemie, deplece minerálů a vit B, dehydratace*), riziko krvácení do mozkových komor a otok mozku!!! (-> smrt)
- terapie: tlumení neklidu clomethiazolem, případně BZD, někdy karbamazepin či tiaprid; proti křečím ještě MgSO₄; podpůrná léčba (*dostatečná hydratace, výživa, doplnění vit B a minerálů, antipyretická léčba,..*)

ALKOHOLICKÁ HALUCINÓZA

- objeví se většinou náhle po dlouhodobém užívání alkoholu, často stačí i malé množství alkoholu
- projevuje se sluchovými a zrakovými iluzemi, jedinec je ale orientován osobou, místem i časem
- terapie: neuroleptika, abstinence

PARANOIDNÍ ALKOHOLICKÁ PSYCHÓZA

- bludné přesvědčení o nevěře svého partnera
- terapie: neuroleptika (*antipsychotika*)

KORSAKOVOVA ALKOHOLICKÁ PSYCHÓZA

- projevuje se poruchami paměti na nové zážitky, zmateností, smyšlenkami (*konfabulacemi*)
- ze začátku euforická nálada, později ztráta zájmu, uzavřenost, rezignace
- postiženy jsou periferní nervy (*okohybné svaly*)
- terapie: nootropika, vit B

ALKOHOLICKÁ DEMENCE

- konečné vyústění alkoholového abúzu
- jedná se o důsledek opakovaných delirií
- projevuje se postupným otupováním, emocionální plochostí, poruchami sociability, poruchami paměti, tělesnými komplikacemi
- na CT atrofie mozku
- terapie: nootropika
- vzácně reverzibilní!

8b. Poruchy vyvolané užíváním opioidů – klinické stavy, principy léčby

PORUCHY VYVOLANÉ UŽÍVÁNÍM OPIOIDŮ

- opium je látka, která se získává z máku setého a řadí se k tlumivým psychoaktivním látkám -> účinek je tlumivý, uklidňující, mírně euforizující
- rychlost nástupu se liší od způsobu aplikace (kouření, šňupání, perorálně, intravenózně), délka působení od preparátu (*heroin 3hod, morfin 5 hod, buprenorfin 6-48 hod, metadon 12-24 hod*)
- rozlišujeme deriváty opia:
 - přírodní alkaloidy (opiáty): morfin, kodein, papaverin
 - semisyntetické deriváty (opioidy): naloxon, buprenorfin, heroin, tramadol
 - syntetické deriváty (opioidy): metadon, petidin, fentanyl
- dál můžeme rozlišit: plné agonisty (maximální efekt; př. heroin), parciální agonisty (nižší efekt; př. buprenorfin), antagonisté (umí rušit efekt agonistů; př. naloxon)

AKUTNÍ INTOXIKACE

- při předávkování dochází k apatii, útlumu, poruše vědomí, zornice jsou zúžené (mioza), hrozí útlum dechového centra, hypotenze a hypotermie
- subjektivně jedinec zažívá uvolnění a příjemnou únavu
- terapie: nutná hospitalizace na JIP, podává se antagonistá opioidů naloxon i.v.

ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ

- je užívání, které vede k poškození psychického nebo fyzického zdraví
- zde především z aplikace – nesterilní injekce -> riziko nákazy HBV, HIV; toxické příměsy drog

SYNDROM ZÁVISLOSTI

- je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, kde užívání dané psychotropní látky má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání -> je přítomno bažení = touha po této látce
- závislost se rozvíjí velmi rychle a je psychická (*craving = bažení po droze, potřeba získání drogy za každou cenu*) i fyzická (*rozvíjí se tolerance – abstinenční příznaky z vysazení*)
- po dlouhodobém užívání dochází k: nechutenství, hubnutí, vysychání a zežloutnutí kůže, kolísání nálady, ztrátě libida, depresím, suicidálnímu jednání, agresivitě, asociálnímu jednání
- chronické užívání nevede k rozvoji psychotických poruch, ale vede ke změně osobnosti (*líný, bez zájmu, podrážděný*)
- terapie: dlouhodobá substituční léčba – buprenorfin (p.o. tbl.), metadon (p.o. sol.), naltrexon
 - vede k: udržení a zlepšení somatického i psychického stavu, zastaví se injekční aplikace, sníží se rizikové jednání a kriminalita, jedince připravujeme k trvalé abstinenci
- prognóza: závisí na čistotě užívané látky

ODVYKACÍ STAV (abstinenční syndrom)

- jsou symptomy, ke kterým dochází při částečném nebo úplném vysazení látky po jejím opakovaném užívání
- vzniká již za 6 hodin po poslední dávce
- projevuje se cravingem, mydriázou, rinotokem a lakrimací, nevolností, zvracením, průjmem, pocením, nespavostí, svalovými křečemi, hypertenzí, tachykardií a zvýšenou teplotou
- terapie: bez užití medikace („cold turkey“; klidné bezpečné prostředí), s užitím medikace (spasmolytika, sedativa (BZD), analgetika, antiemetika, hypnotika; + buprenorfin nebo metadon)

9b. Poruchy vyvolané užíváním sedativ nebo hypnotik – klinické stavy, principy léčby

PORUCHY VYVOLANÉ UŽÍVÁNÍM SEDATIV/HYPNOTIK

- hypnotika jsou často předepisovanými léky (na nespavost, úzkosti) a jsou snadno dostupné
- nejčastěji se rozvíjí závislost na benzodiazepiny (*flunitrazepam (Rohypnol)*, *bromazepam (Lexaurin)*, *alprazolam (Neuroll)*), menší riziko vzniku závislosti je u Z-látek (*př. zolpidem*)
- prevencí je podávat hypnotika jen krátce, střídat preparáty a podávat ty, na které nevzniká závislost (*bupiron*)

AKUTNÍ INTOXIKACE

- pacient je utlučený, má setřelou řeč, pozornost je zhoršená, jsou přítomny poruchy chůze a stoje, je spavý, může být porušeno vědomí (somnolence, sopor až kóma)
- těžká intoxikace se projevuje hypotenzí, hypotermií, ztrátou vědomí a útlumem dechu!
- terapie: do 1 hodiny výplach žaludku, symptomatická terapie, u těžších stavů nutné ARO, forsírovaná diuréza až hemodialýza, podání antagonisty Flumazenilu

ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ

- paradoxně vyvolává poruchy, pro které se užívá: poruchy spánku, neklid, úzkost a deprese
- u dlouhodobého užívání je riziko rozvoje kognitivního deficitu (anterográdní amnézie) a deliria

SYNDROM ZÁVISLOSTI

- závislost se rozvíjí velmi rychle a je psychická (*craving = bažení, potřeba získání drogy za každou cenu*) i fyzická (*rozvíjí se tolerance – abstinční příznaky z vysazení*)
- snažíme se jí předejít užíváním BZD max 4 týdny
- závislost vzniká rychleji u alkoholiků a závislých na opioidech

ODVYKACÍ STAV

- pokusy o vysazení jsou těžké, protože dochází k rebound-fenoménu a rozvíjí se příznaky, pro které je dotyčný bral – zejm. úzkost -> a to i po vysazení nízkých (terapeutických) dávek!
- při užívání vysokých dávek je odvykací stav dramatický – těžké poruchy spánku, možný přechod do deliria, riziko epileptických spasmů a rozvoje status epilepticus
- příznaky abstinčního syndromu: neklid, třes, nauzea, tachykardie, bolesti hlavy, úzkost, halucinace
- terapie: dlouhodobá, náročná (*lidé nechápou, proč najednou nemohou brát látku, která je legální a pomáhala jim*), nutno nahradit látkami s delším poločasem (*př. diazepam, klonazepam*) a postupně dávku snižovat; v profylaxi křečových stavů se podává karbamazepin, ke tlumení neklidu tiaprid, k léčbě deliria klomethiazol a při psychotickém stavu haloperidol

10b. Poruchy vyvolané užíváním kanabinoidů, halucinogenů, organických rozpouštědel

1) PORUCHY VYVOLANÉ UŽÍVÁNÍM KANABINOIDŮ

- kanabinoidy jsou obsaženy v rostlině zvané konopí
- účinnou látkou je THC (tetrahydrocannabinol)
- z konopí se získávají 3 psychotropní látky:
 - marihuana = směs listů, květů; nejčastěji se kouří, méně se požívá v potravě (*koláčky*)
 - hašiš = pryskyřice (*stírá se z rostlin*), kouří se nebo se požívá v potravinách
 - hašišový olej = destilát z listů, kouří se ve skleněné dýmce nebo jako joint
- mají léčivé účinky: antikonvulzivní, antiemetické, hypotenzní a analgetické

AKUTNÍ INTOXIKACE

- počáteční symptomy jsou sevřenost a úzkost, později euforie, smích, mění se vnímání času, jedinec je hloubavý, dochází k porušení krátkodobé paměti
- někdy se potencuje úzkost, někdo má obseze, mohou být přítomny halucinace, paranoidní představy, podezřívavost
- intoxikace jsou většinou klidné, ale jedinec může být i agresivní
- objektivní příznaky: nastříknuté spojivky, zvýšená chuť k jídlu, tachykardie, sucho v ústech
- terapie: při psychotických příznacích antipsychotika (*př. risperidon*), při převažující úzkosti BZD

ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ

- i několik dní po požití přítomny poruchy soustředění
- při chronickém užívání rozvoj pneumonií, poruchy plodnosti, u těhotných hrozí předčasný porod
- taky dochází k rozvoji anxiózně-depresivních stavů a apaticko-abulického syndromu

SYNDROM ZÁVISLOSTI

- zejm. psychická závislost + se rozvíjí tolerance

ODVYKACÍ STAV

- nebývá! výjimečně psychomotorický neklid, podrážděnost, nervozita, deprese
- pokud nutné, nasadíme antidepressiva

2) PORUCHY VYVOLANÉ UŽÍVÁNÍM HALUCINOGENŮ

- taky se nazývají jako psychedelika a jsou to látky, které u zdravých jedinců vyvolávají psychické změny až stádia toxické psychózy
- mezi přírodní halucinogeny patří: psilocibin (*z lysohlávek*), skopolamin (*v durmanu*), kys. ibotenová (*muchomůrka červená*), mekalin, ibogagin, atropin
- syntetické halucinogeny: ketamin, LSD (*dimethylamid kyseliny d-lysergové*; *tripy = savé papírky*)

AKUTNÍ INTOXIKACE LSD

- poruchy chování (hyperaktivita, agresivita), poruchy vnímání časoprostoru, depersonalizace, derealizace (vnímání barev a zvuků, pocit nevlastního těla), flashbacky (*návraty k stavu prožitému v minulosti*), halucinace (sluchové, taktilní, zrakové -> hrozí panické jednání ve snaze uniknout před halucinacemi -> ! třeba skok z okna), změny emocí (euforie ale i anxieta a deprese)
- objektivně navíc tachykardie, palpitace, pocení, zimomřivost, poruchy vidění
- intoxikace většinou neohrožuje vitální funkce, největší nebezpečí spočívá v možném sebepoškození
- terapie: dohled, pokud nutné tak antipsychotika (haloperidol) nebo BZD

ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ LSD

- vede k poruchám osobnosti, psychotickým poruchám (*podobným schizofrenii*) -> terapie úzkostí a neklidu (antipsychotika, BZD)

SYNDROM ZÁVISLOSTI

- není! maximálně se trochu zvyšuje tolerance

ODVYKACÍ STAV

- není! když není závislost, není co odvykat:D

3) PORUCHY VYVOLANÉ UŽÍVÁNÍM ORGANICKÝCH ROZPOUŠTĚDEL (inhalancia)

- organická rozpouštědla jsou průmyslové výrobky charakteru těkavých látek (*ředidla, rozpouštědla, barvy, laky, lepidla*), které se aplikují čicháním (*sniffingem*) -> *nebezpečné nedokonalé odhadnutí dávky*
- rozpouští tuky a mají narkotické účinky
- poškozují vnitřní orgány a CNS!
- zástupci: toluen, rajský plyn

AKUTNÍ INTOXIKACE

- podobá se opilosti -> pacient je apatický, letargický nebo naopak excitovaný, euforický, agresivní; emočně labilní, je porušena koncentrace
- objektivně cítíme z dechu používanou látku, dále chůze pacienta je kolísavá, má problém stát, řeč je setřelá, přítomny poruchy vědomí (*opět jako opilost*)
- někdy psychotický stav s halucinacemi
- hrozí útlum dechového centra
- terapie: zajištění vitálních funkcí, inhalace kyslíku, úprava vnitřního prostředí

ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ

- při dlouhodobém užívání dochází k dekoncentraci, poruchám paměti, narušené koordinaci, poruchám emotivity a chování -> dochází k rychlé degradaci osobnosti
- navíc poruchy imunity, krvetvorby, chronické záněty HCD, poškození jater, ledvin, CNS
- terapie: nootropika, antidepresiva

SYNDROM ZÁVISLOSTI, ODVYKACÍ STAV

- toluen vyvolává silnou závislost s prakticky denní potřebou inhalace

11b. Poruchy vyvolané užíváním kokainu, stimulancií, extáze – klinické stavy, principy léčby

PORUCHY VYVOLANÉ UŽÍVÁNÍM KOKAINU

- kokain je alkaloid z listů keře koka -> koka se žvýká, kokain (krystaly) se šňupou
- z kokainu se dělá crack (= kokain + prášek do pečiva)

AKUTNÍ INTOXIKACE

- nejdříve dochází k vzestupu tlaku, tepové frekvence, pocení, mrazení, mydriáze, později nastupuje euforie, hypománie, pocit zvýšené energie, zvýšení libida, emoční labilita, iluze, halucinace (*taktilní – červíci v kůži*), paranoia (kokainová psychóza – terapie neuroleptiky (= antipsychotiky) – konkrétně haloperidolem, ALE riziko KVS komplikací!) -> následné deprese a suicidální chování
- těžká otrava se projeví deliriem, křečemi, snížením TK a srdečním selháním
- terapie: BZD, při hypertermii ochlazování, prevence kardiovaskulárních komplikací nifedipinem (*beta blokátor*)

ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ

- vede k anorexii, perforaci nosní přepážky, kardiomyopatii, depresím až suicidálním stavům

SYNDROM ZÁVISLOSTI

- vzniká extrémně rychle
- závislost je psychická + zvyšuje se tolerance k euforizujícím účinkům

ODVYKACÍ STAV

- projevuje se cravingem, sklíčeností, letargií, únavou, útlumem, poruchami spánku, anhedonií, podrážděností
- terapie: antidepressiva – imipramin (TCA) – potlačuje craving

PORUCHY VYVOLANÉ UŽÍVÁNÍM STIMULANCIÍ A EXTÁZE

- jedná se o látky s centrálním i periferním stimulačním účinkem -> zvyšují hladinu monoaminů (*dopamin, serotonin, noradrenalin*) v synaptické štěrbině
- typickými zástupci jsou amfetaminy:
 - o přírodní: adrenalin, noradrenalin, efedrin
 - o syntetické: metamfetamin (*pervitin*), kokain, crack, extáze (MDMA)
- patří sem ale i např. kofein

AKUTNÍ INTOXIKACE

- zvýšené psychomotorické tempo a bdělost, zrychlené myšlení (*zvýšenou nabídkou asociací a výbavností*), zvýšená energie, euforie, emoční labilita, úzkosti a umocnění trémy, halucinace, paranoidní myšlenky
- objektivně: vzestup TK, TF, bronchodilatace, mydriáza, arytmie
- terapie: neklid léčíme BZD (lorazepam), antipsychotika nejsou doporučována kvůli kardiotoxicitě a zpomalení vylučování amfetaminů (u intoxikačního deliria „riskneme“ haloperidol), při tachykardii a hypertenzi beta-blokátory, eliminaci urychlíme kyselou forsírovanou diurézou nebo acidifikací moči (kys. askorbovou)
- extáze -> po požití jsou lidé empatičtí, plní lásky; při tanci hrozí přehřátí organismu!

ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ

- „několikadenní jízdy“ – vyčerpání, dehydratace, poruchy termoregulace, otravy z nekvalitních drog
- dlouhodobé užívání může vést k toxické psychóze

SYNDROM ZÁVISLOSTI

- výrazná psychická závislost + rychle se rozvíjí tolerance

ODVYKACÍ STAV

- craving, útlum, únava, hypersomnie, bizarní sny s nepříjemným obsahem; nevyžaduje ter., kdyžtak AD

12b. Schizofrenie – charakteristika, výskyt, symptomatologie, diferenciální diagnostika

SCHIZOFRENIE – charakteristika, výskyt, symptomatologie

- schizofrenie je devastující psychotické onemocnění, které výrazně narušuje schopnost jedince srozumitelně se chovat, jednat a uplatnit v životě (*3. nejčastější důvod invalidního důchodu*)
- jedná se o psychózu = duševní onemocnění, které narušuje vztah člověka ke skutečnosti a mění osobnost jedince
- rozšířena po celém světě, prevalence asi 1 %
 - o začíná nejčastěji mezi 16. a 25. rokem života, ale může vzniknout kdykoli
 - o postihuje stejně často muže i ženy
 - o významně zvyšuje mortalitu – zjm. sebevraždy, ale i zvýšená nemocnost (KVS choroby, metabolické, endokrinní)
- etiologie není přesně známa, ale předpokládá se multifaktoriální – existují různé teorie:
 - o teorie zátěže a dispozice: dědičná vloha pro schizofrenii se projeví při zátěži (*dispozicí je vada proteinu, enzymu, receptoru...*)
 - o dopaminová hypotéza: psychotické symptomy u schizofrenie se vztahují k dopaminergní hyperaktivitě v mozku důsledkem zvýšené citlivosti a počtu dopaminových receptorů D2
 - o + vliv prostředí (*ovlivňuje míru a rozsah genové exprese*)
- mezi hlavní příznaky patří psychopatologické změny: poruchy myšlení (bludy, fragmentace myšlení = rozštěp mysli – rozvolněné asociace), vnímání (halucinace – slyšení hlasů), jednání (podivné), emocí a vůle (emoční labilita; nepřiměřené afekty, výrazné oploštění a ztupění)
 - o jedinci jsou ponořeni do sebe, ztrácí kontakt s realitou
- příznaky schizofrenie můžeme rozdělit na pozitivní a negativní (*eventuálně afektivní a kognitivní*):
 - o pozitivní: zesílení nebo zkreslení normálních funkcí -> bludy, halucinace, inkoherece (*rozpad*) myšlení a řeči, bizarní chování
 - o negativní: zeslabení nebo ztráta normálních funkcí -> emoční oploštělost, redukce myšlení, nedostatky v řeči, apatie, anhedonie (*neschopnost radovat se*), hypobulie (*nedostatek vůle*), alogie (*nelogičnost*), psychomotorický útlum
 - o negativní příznaky se považují za příznak choroby, pozitivní za jakousi reakci na ně – ty pozitivní jsou dobře ovlivnitelné terapií
 - o podle převahy příznaků rozlišujeme typ pozitivní, negativní a smíšený
- průběh:
 - o premorbidní stádium = klinicky se neprojevuje (někdy odchylkou psychomotorického vývoje nebo povahovou zvláštností)
 - o prodromální stádium = kolísavá úzkost, depresivní ladění, hloubavost, vztahovačnost, stažení se do sebe, sociální izolace,... (především negativní příznaky) – dochází k poklesu zdatnosti jedince -> při nasazení terapie prevence horšího průběhu
 - o první ataka
 - 1/3 po první atace nemá následky, 1/3 opakované epizody, 1/3 degradace osobnosti
 - o progredientní stádium = střídání atak a remisí
 - o stabilizace s občasnými dekompenzacemi rezidua
- klinické formy: (*první 3 časté*)
 - o paranoidní: výrazné bludy a halucinace (*nejčastěji hlasy nebo vizuální (pacienta někdo pronásleduje)*) -> mají vliv na myšlení a prožívání jedince – vedou k symbolickým výkladům skutečnosti (symbolické myšlení) nebo ke snaze ovlivnit skutečnost myšlenkami (magické myšlení)
 - o hebefrenní: v popředí jsou zkarikované a přehnané projevy pubertálního období, dominuje dezorganizace myšlení (inkoharentní myšlení), jedinec se chová potrhle (*obléká se do nápadných oděvů*), manýruje (*grimasy*), strojeně mluví, pseudofilozofuje; jednání je bezcílné a bezúčelné; mohou být i halucinace a bludy (*ale nedominují*)
 - o katatonní: v popředí stojí poruchy psychomotoriky – bezcílné, neodůvodněné, nepřiměřené motorické projevy
 - produktivní forma: nadměrná vzrušivost, bezcílný neklid, povelový automatismus (*na vojenský rozkaz poslechně*)

- neproduktivní forma: nerovnoměrný útlum motoriky, negativismus (*odpor vůči příkazům*), mutismus, rigidita, flexibilitas cerea (katalepsie; končetiny zůstávají v nastavených polohách a při pasivních pohybech je zvýšen svalový tonus)
- závažný je katatonický stupor
- perniciózní katatonie = život ohrožující syndrom extrémního psychomotorického neklidu s impulzivitou, hyperkinézami přecházejícími ve stupor; pacient je vzrušený, běsní, křičí, ohrožuje sebe i okolí, okolí si neuvědomuje, dochází k přehřátí organismu a rozvratu vnitřního prostředí -> umírá na vyčerpání
- simplexní: v popředí změna chování s úpadkem vůle, zlostejněním, zpovrchněním, ztrátou zájmů, oploštěním emocí, pokles sociální/pracovní/školní výkonnosti; pozvolný rozvoj negativních příznaků s kognitivní dysfunkcí
- diagnostika:
 - podle MKN-10 nebo DSM-5
 - MKN-10
 - přítomnost alespoň 1 příznaku trvající déle než měsíc: slyšení vlastních myšlenek, bludy kontrolovatelnosti (*přesvědčení, že jedince někdo ovládá*), halucinované hlasy komentující chování pacienta, bludná přesvědčení vymykající se dané kultuře
 - pokud žádný není přítomný, musí být aspoň 2 z těchto: přetrvávající halucinace, formální poruchy myšlení (*inkoherece, zárazy*), katatonní projevy, apatie a alogie (*ochuzení řeči, autismus, emoční oploštění*), změny v chování (*ztráta zájmů, sociální izolace, bezcílnost*)
 - F20-29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy: F20 schizofrenie (*dále dělení na klinické formy*), F21 schizotypní porucha, F22 trvalé duševní poruchy s bludy, F23 akutní a přechodné psychotické poruchy, F24 indukovaná porucha s bludy, F25 schizoafektivní poruchy, F28 jiné neorganické psychotické poruchy, F29 nespecifikované neorganické psychózy
 - DSM-5
 - nevyčleňuje klinické formy -> jenom jedna schizofrenie; je vyřazena schizotypní porucha
 - 2 a více symptomů: bludy, halucinace, dezorganizované myšlení, dezorganizované chování, negativní symptomy
 - dif.dg.
 - odlišit: akutní stavy intoxikací (*halucinogeny, stimulancia -> vyšetření moče*), manickou fází bipolární poruchy (*chybí bezradnost a bezcílné chování*), demence, nádor,...

13b. Schizofrenie – průběh a léčba jednotlivých fází

TERAPIE

- je komplexní -> farmakoterapie je kauzální léčbou psychotických příznaků, psychoterapie je zaměřená na psychoedukaci (*vysvětlujeme pacientovi, co se s ním děje, aby lépe spolupracoval*), práci s rodinou, nácvik sociálních dovedností,,...

ANTIPSYCHOTIKA

- v dnešní době upřednostňovány antipsychotika 2. generace (olanzapil, risperidon, clozapin)
- při potřebě rychlého sedativního účinku můžeme podat i klasická antipsychotika
- včasná terapie snižuje akutní rizika spojená s psychotickými symptomy a snižuje riziko chronického průběhu
- léčba je dlouhodobá (nejedná se pouze o léčbu ataky) – po první epizodě pokračujeme 2 roky nízkými dávkami osvědčeného antipsychotika
- až 60 % pacientů ale léky neužívá! -> řešení nabízí depotní injekce antipsychotik
- u farmakorezistentních psychóz -> clozapin nebo elektrokonvulzivní terapie (*ta dále u katatonní schizofrenie, při výrazné depresivní symptomatice a při maligním neuroleptickém syndromu*)
- u neklidných pacientů kombinace s BZD

STÁDIA LÉČBY

- akutní: 4-6 týdnů; od propuknutí příznaků do remise
- stabilizace: snížení medikace na dávku s co nejmenšími NÚ a nejvíce chtěnými účinky + zahájení psychoterapie
- udržovací: po 6 měsících; ještě více se snižuje dávka

14b. Trvalá porucha s bludy, schizoafektivní porucha

TRVALÁ PORUCHA S BLUDY

- vyznačuje se rozvojem 1 nebo několika vzájemně propojených bludů, které jsou dlouhodobé (*nejméně 3 měsíce*), někdy i celoživotní
- příčina je neznámá
- bludy bývají perzekuční (*někdo po nich jde*), hypochondrické, žárlivecké, inventorní (*jsou slavní vynálezci*), erotomanické nebo kverulantské (*ubliženecké, stále si stěžují*)
- není přítomna porucha nálady, řeči a chování
- nejsou přítomny trvalé halucinace nebo emoční oploštěnost
- dif.dg.: schizofrenie (*vznik v časnějším věku, sluchové halucinace, ztráta asociací, zhoršení verbálních schopností, nelogické myšlení, absurdní bludy*), abúzus alkoholu, těžká deprese, poruchy vyvolané psychoaktivními látkami
- terapie: antipsychotika (*pacienti to ale odmítají -> podezření, že jim chce někdo ublížit*)

SCHIZOAFEKTIVNÍ PORUCHA

- je epizodická porucha, u které se vyskytují jak afektivní (*deprese, manie*) tak schizofrenní příznaky
- podle toho, které příznaky převládají, rozlišujeme:
 - manický typ
 - expanzivní nálada, zvýšené sebevědomí, vzrušení, někdy agresivita; současně přítomné megalomanské nebo perzekuční bludy a intrapsychické halucinace
 - depresivní typ
 - deprese, úzkost, sebeobviňování; současně autoakuzační, hypochondrické a perzekuční bludy
 - smíšený typ
- teoreticky jde o nekompletní formu schizofrenie, u které jsou zachovány emoce (mánie, deprese), což naznačuje, že je slabší a má proto lepší prognózu než schizofrenie
- terapie: atypická antipsychotika + SSRI

15b. Depresivní porucha – charakteristika, symptomatologie, diferenciální diagnostika

DEPRESIVNÍ PORUCHA

- je závažné psychické onemocnění, které se řadí k poruchám nálady
 - o dle MKN-10: F30 manická fáze, F31 bipolární afektivní porucha, F32 depresivní fáze, F33 periodická depresivní porucha, F34 trvalé poruchy nálady
- je charakterizována přítomností alespoň dvou depresivních epizod, které jsou oddělené různě dlouhými remisemi
- depresivní epizoda je charakterizována:
 - o nejméně 5 příznaků trvajících 2 týdny: depresivní nálada, ztráta zájmu a potěšení v činnostech (anhedonie), výrazný úbytek nebo přírůstek hmotnosti, insomnie či hypersomnie (*typicky pozdní insomnie a ranní pessimismus*), psychomotorická agitovanost či inhibice, únava nebo ztráta energie, pocity zbytečnosti nebo nadměrné pocity viny, narušené myšlení (*bradypsychismus, latence*) a neschopnost soustředění, myšlenky na smrt nebo sebevražedné myšlenky či pokusy
 - o tyto příznaky nelze přisoudit zdravotnímu stavu, působení drog nebo zármutku
 - o příznaky narušují sociální, pracovní život (*deprese je 2. nejčastější příčinou pracovní neschopnosti*)
- kognitivní příznaky u deprese: zmatenost, zdrcenost, pocit nedostatečnosti, nedostatek sebedůvěry, nerozhodnost, poruchy soustředění, zapomnětlivost, žádná krátkodobá paměť, mozek je zamlžený, pomalé pohyby, letargie,...
- existuje i těžká depresivní epizoda s psychotickými příznaky (bludy, halucinace, stupor)
- průběh depresivní poruchy:
 - o depresivní epizoda trvající týdny až měsíce: začátek buď spontánní (tzv. endogenní deprese) nebo vyprovokovaný vnějšími stresory (tzv. endoreaktivní deprese)
 - o remise
 - o další epizoda (riziko po 2. epizodě je riziko další 50 %, po 3. 75 %, po 4. 90 %)
- všichni jedinci jsou ohroženi suicidiem – 2/3 má sebevražedné myšlenky, 10-15 % suiciduje
- v rozvoji deprese hraje roli:
 - o genetika: pozitivní rodinná anamnéza
 - o biochemické aspekty: nerovnováha v hladinách neurotransmiterů - deficit (SER, NA, D)
 - o psychologické aspekty: typ osobnosti *melancholický*
 - o psychosociální faktory: negativní životní události (*ztráta zaměstnání, milované osoby*)
- terapie: kombinuje se farmakoterapie (*antidepresiva*) a psychoterapie (*KBT*)
 - o první volbou je quetiapin nebo lamotrigin nebo kombinace olanzapin/fluoxetin
 - o druhou volbou je SSRI + lithium ?
 - o u farmakorezistentních jsou indikovány elektrokonvulze a antipsychotika

16b. Bipolární afektivní porucha – charakteristika, symptomatologie, léčba

BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHA

- charakterizována 2 nebo více epizodami, při kterých je nálada a úroveň aktivity významně narušena
- někdy je patrná zvýšená nálada, energie a aktivita (hypománie nebo mánie), jindy zhoršení nálady a snížení aktivity a energie (deprese)
- pokud pacient trpí pouze opakovanými atakami mánie nebo hypománie, tak se taky zařazuje jako bipolární
- manické fáze začínají náhle (*často po psychosociální zátěži*) a trvají 2 týdny až 5 měsíců, deprese trvají déle (asi 6 měsíců až rok)
- první epizoda se může objevit kdykoli od puberty až do senia
- na vzniku se významně podílí genetika; *jinak se jedná o snížení SER, zvýšení NA a D*
- frekvence epizod je variabilní – postupem věku se epizody depresí prodlužují a remise zkracují
- suicidabilita je až 19 % !
- přibližně 65 % pacientů má kromě BP ještě jeden další psychický problém (*nejčastěji úzkost nebo zneužívání návykových látek; dále např. OCD nebo PPP; ze somatických komorbidit bývá přítomna migréna, obezita, KV onemocnění, DM...*)
- terapie:
 - pokud převažují mánie: lithium nebo valproát + aripiprazol nebo quetiapin nebo olanzapin
 - pokud deprese: quetiapin nebo lamotrigin

MANICKÁ EPIZODA

- jde o minimálně 4 dny trvající projevy hypománie nebo mánie (euforická nebo podrážděná nálada, která není pro jedince normální)
- hypománie:
 - přetrvávající mírně zvýšená nálada, energie a aktivita
 - jedinec se cítí výrazně dobře a má dobrou psychickou i fyzickou výkonnost
 - je zvýšeně sociální, přehnaně familiární, hovorný, má zvýšenou sexuální energii a sníženou potřebu spánku
 - někdy se objevuje podrážděnost, domýšlivost a neomalené chování
 - nevyskytují se bludy ani halucinace
 - nevyžaduje terapii, odeznívá během dní sama
- mánie bez psychotických příznaků:
 - nadměrně zvýšená nálada (lehkovážná veselost až téměř neovladatelné vzrušení)
 - euforie, přebytek energie, zvýšená aktivita, rychlý tok řeči, snížená potřeba spánku
 - jedinec je roztěkaný, špatně udržuje pozornost
 - má přehnané sebevědomí a je přehnaně důvěřivý
 - ztrácí sociální zábrany, což ústí v chování, které je riskantní, bezstarostné a nepřiměřené okolnostem
- mánie s psychotickými příznaky
 - přidávají se bludy (obvykle megalomanské) nebo halucinace (obvykle hlasy, které hovoří k pacientovi)
 - vzrušenost, motorická aktivita a tok myšlenek mohou být až tak extrémní, že jedinec není schopen komunikace
 - terapie: atypická antipsychotika (*př. aripiprazol, olanzapin, quetiapin, risperidon*) + stabilizátory nálady (*př. lithium, valproát*)

17b. Panická porucha

ÚZKOSTNÉ PORUCHY

- panická porucha se řadí mezi úzkostné poruchy
- úzkost nebo-li anxieta je subjektivně nepříjemný pocit obav a strachu, které nejsou konkrétní
 - o jedná se o vnitřní pocit napětí, tenze
 - o je doprovázena vegetativními příznaky
 - o úzkost je běžná emoce, která má ochrannou roli (fight or flight) -> patologickou se stává, když je nepřiměřeně silná a v nepřiměřené situaci
- úzkostné poruchy jsou nejčastějšími psychickými poruchami (10 % populace), jsou častější u žen a často se kombinují s depresivní poruchou (20 %) a s osobnostní poruchou (35 %)
- začátek většinou mezi 30.-35. rokem, chronický průběh
- etiologie: traumata v dětství (*ztráta blízké osoby, zneužívání, zanedbávání*), přetrvávající stres,...
- příznaky úzkosti:
 - o psychické: neklid, strach ze smrti nebo ztráty kontroly, depersonalizace, pocity udušení
 - o somatické: bušení srdce, třes, průjem, tíseň na hrudi, tlak v žaludku, nauzea, svalové napětí, návaly horka/chladu, znecitlivění/mravenčení, poruchy spánku,...
 - o behaviorální: nemluvnost, rychlá řeč, zadržávání, přešlapování, ošívání se
- typy úzkosti:
 - o generalizovaná = volně plynoucí
 - o panická (paroxysmální) = záchvaty
- podle MKN-10 klasifikace spadají úzkosti do skupiny Neurotických a somatoformních poruch F40-F48:
 - o F40 fóbické úzkostné poruchy
 - o F41 jiné úzkostné poruchy (*panická, generalizovaná, smíšená úzkostně-depresivní*)
 - o F42 obsedantně-kompulzivní porucha
 - o F43 reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení
 - o F44 disociativní poruchy
 - o F45 somatoformní poruchy
 - o F48 jiné neurotické poruchy
- terapie úzkosti: kombinace farmakoterapie a psychoterapie
 - o farmakoterapie: symptomatická -> snaha o redukci symptomů; začíná se kombinací anxiolytik a antidepresiv s následnou postupnou eliminací anxiolytik a ponecháním antidepresiv (SSRI)
 - o psychoterapie: KBT, relaxace

PANICKÁ PORUCHA (epizodická paroxysmální úzkost)

- jde o opakované ataky masivní úzkosti (paniky), které nejsou vázány na konkrétní situaci a proto je nelze předvídat
- ataky trvají několik minut a jsou doprovázeny vegetativními příznaky, strachem ze smrti, ze ztráty kontroly, depersonalizace, pocity dušení (+ následná hyperventilace), bušení srdce, bolesti na hrudi, pocity na omdlení, nauzea, návaly horka nebo chladu, třes, parestezie v obličeji
- často se rozvíjí strach z další paniky (anticipační úzkost) vedoucí k vyhýbavému chování (*vyhýbání se místům, kde panika vznikla*)
- častější u žen, typicky mezi 20.-30. rokem, často u lidí, kteří prožili stresové události (*somatická nemoc, ztráta blízké osoby*)

18b. Ostatní úzkostné poruchy

GENERALIZOVANÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA (GAD)

- je chronická „volně plynoucí“ úzkost, která trvá alespoň 6 měsíců
- úzkost není vázána na vnější okolnosti a neprobíhá v atakách
- jedinci žijí neustále v očekávání, že se něco špatného stane – př. že onemocní
- nedokáží relaxovat, nedokážou se soustředit, objevují se vegetativní příznaky (*bušení na hrudi, tachykardie, pocení, třes, sucho v ústech*), bolesti/svírání na hrudi, neklid v břiše, pocity na omdlení, depersonalizace, strach ze ztráty kontroly, ze smrti, návaly horka nebo chladu, parestezie, celkový neklid, podráždění, pocit tenze
- postihuje stejně často muže i ženy, začátek většinou v rané dospělosti
- přibližně 90 % postižených trpí ještě jinou poruchou (*depresí, jinou úzkostí*)

SMÍŠENÁ ÚZKOSTNĚ-DEPRESIVNÍ PORUCHA

- jde o kombinaci příznaků úzkosti a deprese, kdy ani jeden nepřevládá a nejsou vyjádřeny do takové míry, aby mohly být klasifikovány jako „úzkost“ nebo „deprese“
- nemocní prožívají občasné panické ataky, chronickou úzkost, depresivní potíže

FÓBICKÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY

- duševní poruchy, u kterých úzkost často přechází v paniku a je vyvolaná konkrétními situacemi -> výsledkem je vyhýbání se takovým situacím nebo jejich překonání se strachem
- očekávání takové situace vede k anticipační úzkosti (*úzkost pouze při pomýšlení na tu situaci*)
- agorafobie:
 - jde o strach z veřejně přístupných míst, z davů, front, opuštění domova, cestování MHD a ze situací, ze kterých je těžké odejít a kde je těžko dosažitelná odborná pomoc -> nemocný zůstává v izolaci a vychází v doprovodu blízké osoby
 - nejčastější fobie, začíná obvykle mezi 20-30 lety, její intenzita kolísá, často se rozvíjí i deprese, závislost na alkoholu nebo návykových látkách
- sociální fobie:
 - strach z kontaktu s druhými lidmi – ze seznamování, mluvení nebo jezení na veřejnosti, ze zkoumavých pohledů, setkání s autoritami,... -> jedinci mají strach z kritiky, odmítnutí, ztrapnění (*obava z negativního hodnocení*) -> typické je vyhýbavé chování (*ať nejsou středem pozornosti*)
 - může být izolovaná (*konkrétní situace – př. mluvení před davem*), generalizovaná (*ze všech situací, kde by se mohl ztrapnit*)
 - k obecným příznakům se přidává zčervenání, tremor, strach ze zvracení, potřeba močení,...
- specifické (izolované) fobie:
 - strach z konkrétních objektů (př. zvířata, injekce), situací (př. pobyt v uzavřeném prostoru, tma, blesky) a činností (př. návštěva zubaře, létání)
 - obavy nejsou z objektu jako takového, ale z kontaktu s ním -> vyhýbavé chování
 - pacient sám považuje strach za nadměrný a nerozumný
 - jedná se o nejčastější duševní poruchy – prevalence 20 %
 - terapie: KBT s postupnou expozicí

19b. Disociativní a konverzní poruchy

DISOCIATIVNÍ (KONVERZNÍ) PORUCHY

- disociací se myslí oddělení určitého obsahu myšlení od vědomé roviny prožívání (*př. při extrémně zátěžové situaci je tato situace vyloučena z vědomí -> má za cíl ochránit před nepříjemnými pocity*) -> tento vytěsněný obsah je nahrazen somatickým příznakem (konverze)
- proces disociace a konverze je obranným mechanismem, který slouží k vyrovnání se se stresovými situacemi (*př. smrt blízké osoby*), ale při nadměrném výskytu znemožňuje adaptaci jedince skutečnosti
- k diagnostikování musíme prokázat vztah mezi začátkem příznaků a stresovou událostí a musíme vyloučit somatickou poruchu (*kteřá by byla zodpovědná za dané příznaky*)
- disociativní amnézie
 - porucha paměti na traumatickou událost (jedinec si tuto událost nepamatuje)
 - vzpomínka na tuto událost ale v hlavě stále je a ovlivňuje jednání jedince
 - většinou spontánně odezní
- disociativní fuga
 - jde o krátkotrvající stav, kdy jedinec nečekaně opustí domov, bezúčelně cestuje, nepamatuje si svou identitu a poté si tuto cestu nepamatuje; většinou spontánně odezní
- disociativní stupor
 - po silném traumatu dochází k vymizení spontánních pohybů a normální reaktivity na vnější podněty (světlo, dotyk, hluk) – pacient bez hnutí sedí nebo leží, oči má otevřené, normálně dýchá; většinou trvá několik minut až hodin; sám odezní
- disociativní trans a stavy posedlosti
 - trans = náhlé narušení stavu vědomí se ztrátou pocitu identity a omezeným vnímáním okolních podnětů, doprovázené výraznými tělesnými příznaky (*útlum x zvýšení psychomotoriky (křik, pláč, agitovanost)*)
 - stavy posedlosti = jedinec je přesvědčen, že do něj vstoupil duch/bůh/vyšší síla a že jej ovládá
 - jedinec má na tuto událost amnézii
- disociativní poruchy motoriky
 - ztráta schopnosti vykonávat pohyb -> jsou narušeny pohyby končetin – mohou ochrnout, může být dysartrie až afonie
- disociativní křeče
 - připomínají epileptický záchvat, ale většinou nedochází k pokousání jazyka, poranění při pádu ani pomůčení a nebývá ztráta vědomí
- disociativní porucha citlivosti a senzorké poruchy
 - přítomná ztráta kožních vjemů na části těla nebo celém těle, přičemž postižení neodpovídá průběhu senzorkého nervu
 - vzácně porucha zraku, sluchu, čichu
- jiné disociativní poruchy
 - Ganserův syndrom = „pseudodemence“, jedná se o nepřiměřenou reakci lidí v těžké situaci -> přibližné odpovědi, amnézie, parézy,...; výskyt u vězňů
 - mnohočetná porucha osobnosti = přítomnost 2 a více osobností jedince, přičemž se vždy projevuje jen 1 – každá má svou paměť, chování -> mohou být zcela odlišné
- terapie: dosud nejsou důkazy ovlivnění disociativních poruch farmakami, často ale bývají přítomny příznaky deprese -> SSRI; cílem psychoterapie je uvědomit si odštěpené obsahy

20b. Obsedantně kompulzivní porucha

OBSEDANTNĚ KOMPULZIVNÍ PORUCHY (OCD)

- je chronické onemocnění charakterizované obsesemi a kompulzemi, které (pokud není léčeno) významně narušuje běžný život
- obsese jsou mimovolní nutkavé myšlenky, které jsou pro jedince nepříjemné – vyvolávají úzkost a pocit napětí -> a jsou následovány kompulzemi = stereotypním chováním, které „neutralizuje“ danou úzkost a nebo jí předejde
 - jedinec si je vědom, že se jedná o „nesmyslné myšlenky“, ale pokud se jedinec snaží „zabezpečujícímu“ nebo „vyhýbavému“ chování odolat, stupňuje se v něm úzkost
 - *pozn. zabezpečující chování – př. sahám na kliku v rukavici; vyhýbavé = vyhnu se situaci, která obsesi vyvolává*
- onemocnění pacienti před okolím často tají a stydí se za něj, nebo naopak si své chování racionalizují
- onemocnění většinou začíná v rané dospělosti mezi 18 – 25 lety
- ve 2/3 je spojeno s depresí – riziko sebevražedného jednání
- nejčastějším typem OCD jsou „umývači“ (strach ze špíny a infekce) a potom „kontrolóři“ (strach ze zapomenutí, které by ohrozilo je nebo další lidi – př. zda je doma zamčeno, vypnut plyn,...)
- terapie: léčbou volby je KBT (s dobrými výsledky!), u těžších příznaků kombinace s farmakoterapií (1. volbou jsou SSRI – nejvyšší tolerované dávky (*vyšší než pro léčbu deprese*); při nedostatečné odpovědi přidáváme antipsychotika (*haloperidol, risperidon*)); u letité rezistenci na farmako- i psychoterapii můžeme indikovat neurochirurgickou cingulotomii nebo přední capsulotomii

21b. Somatoformní poruchy

SOMATOFORMNÍ PORUCHY

- jsou poruchy způsobené tělesnými příznaky, které ale nejsou podloženy organickými změnami
- pacient si na tělesné příznaky opakovaně stěžuje, stále vyhledává lékařskou pomoc a i přes ujištění o negativních nálezech je o nich přesvědčen
- somatizační porucha
 - přítomnost tělesných potíží, které nejsou podloženy žádnou somatickou poruchou, a trvají alespoň 2 roky
 - jedinci opakovaně vyhledávají lékařskou pomoc, aby je lékaři diagnostikovali a léčili
 - typicky se jedná o poruchy GIT (*bolesti břicha, nauzea, zvracení,...*), KVS (*dušnost, bolest na hrudi*), urogenitálních (*časté močení, sexuální potíže*), kožní příznaky (*svědění, pálení*), bolesti končetin a kloubů,...
 - od ostatních somatoformních poruch se liší mnohočetností a proměnlivostí obtíží
- hypochondrická porucha
 - je charakterizována zvýšeným úzkostným sebepozorováním a nadměrným strachem o vlastní zdraví – jedinec se obává, že trpí závažným onemocněním na podkladě nerealistického výkladu jinak běžných tělesných projevů
 - většinou se jedná o postižení břicha nebo hrudi a nebo o mediálně známá onemocnění jako je rakovina, infarkt nebo AIDS
 - typické je zaměření na 1 nebo 2 systémy a dominuje strach z určitého onemocnění (*na rozdíl od somatizační poruchy, kde dominují vegetativní příznaky*)
 - průběh je chronický s kolísáním podle životní zátěže
 - podtyp: dysmorfofobická porucha = přesvědčení, že některá část těla je nepovedená (příliš velká, malá,...) -> návštěva plastického chirurga -> obvykle ale nepřinese úlevu
- somatoformní vegetativní dysfunkce
 - imitace poruchy tělesného orgánu inervovaného vegetativním systémem – př. GIT (dráždivý tračník, „žaludeční neuróza“), KVS (srdeční neuróza), urogenitál (psychogenní polakisurie)
- přetrvávající somatoformní bolestivá porucha
 - nejméně 6 měsíců si pacient stěžuje na bolesti velké intenzity, které ale nerespektují inervaci a nelze je utišit běžným způsobem
- terapie: psychoterapie (KBT, dynamická), farmakoterapie (k úpravě doprovodných úzkostných symptomů -> SSRI)

22b. Akutní reakce na stres a poruchy přizpůsobení

- podle MKN-10 klasifikace spadají úzkosti do skupiny Neurotických a somatoformních poruch F40-F48, konkrétně F43: reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení

AKUTNÍ REAKCE NA STRES

- je okamžitá odpověď na extrémně traumatizující událost (*autonehoda, přírodní katastrofa, přepadení*) u duševně zdravého člověka
- projevuje se individuálně – typické je „ustrnutí“ s tunelovým vnímáním, snížením pozornosti a neschopností chápat podněty a orientovat se, může vyústit v disociační stupor, na to může navazovat opačný stav s hyperaktivitou až agitovaností
 - vše je doplněno vegetativními příznaky: tachykardie, pocení, chvění, zčervenání nebo zblednutí
- trvá hodiny až dny a spontánně odezní
- terapie: klid, zajištění bezpečí, umožnit vyventilovat emoce, u těžších stavů jednorázově BZD
 - pokud včas zasáhne, předejdeme posttraumatické stresové poruše

PORUCHY PŘIZPŮSOBNÍ

- jde o subjektivní potíže, které vznikají v návaznosti na významnou životní změnu nebo stresující událost v průběhu 1 měsíce
- jedná se většinou o depresivní reakci na stres (*krátkodobá do 6 měsíců, protrahovaná do 2 let*) nebo úzkostně-depresivní reakci
- pacient prožívá depresi, zlobu, zoufalství a strach
- patří sem např. komplikované truchlení – což je forma protrahované depresivní reakce, kdy je narušena přirozená zármutková reakce* a není možné truchlit
 - *odmítání uvěřit -> zaujatost (*nepřemýšlí nad ničím jiným*) -> popření -> hněv a vina -> přijetí ztráty (*kontinuální prožívání smutku*) -> smutek (*postupně slábne, zhorší se při „výročích“...*)
- terapie: psychoterapie (ventilace emocí, kognitivní zpracování zážitku, řešení situace, racionální náhled), farmakoterapie (pokud nutné, SSRI)

23b. Posttraumatická stresová porucha

POSTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA (PTSD)

- je opožděná odpověď na intenzivní stresovou situaci, která ohrožuje na životě pacienta nebo jeho blízké
- rozvíjí se do 6 měsíců
- postižený opakovaně prožívá trauma ve vzpomínkách (flashbacky), snech, přičemž se znovu objevují pocity ochromení (*intruzivní příznaky*)
 - prožívá úzkost, trpí poruchami spánku a koncentrace, je nadměrně lekavý, může být agresivní
 - emočně je oploštělý, odcizuje se od lidí, ztrácí zájem o aktivity
 - typické je vyhýbání se činnostem a situacím, které připomínají trauma (*avoidantní příznaky*)
 - poměrně často se vyskytují suicidální myšlenky
- má 3 fáze: akutní (*nespecifická reakce na trauma, úzkost, vegetativní příznaky*), po týdnech (*bezmoc, ztráta kontroly nad jednáním, znovuprožívání traumatu, vyhubé chování, výbuchy zlosti*), chronicky (*demoralizace, závislost, invalidizace*)
- vyskytuje se v kterémkoli věku, typicky u žen po znásilnění, u mužů po válkách
- většina lidí se uzdraví, u 10 % dochází k přechodu do chronicity s případnou změnou osobnosti (*závislost, invalidita*)
- terapie: KBT (*zpracování zážitků, expozice v imaginaci*), farmakoterapie (*SSRI; k tlumení vegetativních příznaků beta-blokátory, ke zklidnění haloperidol?*)

24b. Poruchy příjmu potravy

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY F50

- jsou charakterizovány patologickým jídelním chováním a vnímáním svého těla – společným rysem je strach z tloušťky, nadměrná pozornost věnovaná vzhledu a tělesné hmotnosti
- vyskytují se převážně u dospívajících dívek a mají narůstající prevalenci
- etiologie je multifaktoriální:
 - roli hrají sociokulturní trendy (*ideály štíhlosti*), individuální psychologická zranitelnost (*úzkostná povaha s nízkým sebehodnocením*) a genetická predispozice
 - rizikovými faktory pro rozvoj je ženské pohlaví, puberta (*transformace dívky v ženu*), rodinné faktory (dominantní přehnaně starostlivá matka -> touha po nezávislosti), vrcholový sport (balet, skoky na lyžích)

MENTÁLNÍ ANOREXIE

- je vážná duševní porucha, kdy dochází k významnému poškození vnímání svého těla a úmyslnému snižování hmotnosti, *které si pacientka způsobuje a udržuje sama*
- začátek typicky mezi 13.-20. rokem, začíná plíživě (*méně jídla, zájem o zdravou výživu*)
- je přítomna výrazná podváha (BMI < 17,5) a další somatické důsledky jako je postižení KVS (*arytmie, bradykardie*), GIT (*bolesti břicha, pomalá motilita střev, zácpa, kazivost zubů, zduření parotických žláz, záněty jícnu*), skelet (*osteoporóza*), endokrinní (*amenorea, ztráta libida, zvýšení hladiny kortizolu*), hematologické (*leukopenie, anémie, zvýšená hladina cholesterolu*), dermatologické (*tenká šupinatá kůže, lanugo, lámání nehtů, vypadávání vlasů*)
- psychologický obraz:
 - restriktce potravy (omezuje množství a výběr potravin), eventuálně bulimické krize
 - jí pomalu, jídlo „preparuje“, jí sama
 - odmítá diskuze na téma jídlo
 - je podrážděná, unavená, omezuje zájmy
 - často excesivně cvičí (pro výdej energie)
 - volání po nezávislosti -> chce mít kontrolu aspoň nad něčím -> je hrdá na to, že je schopna si uchovat nízkou hmotnost -> „kontola nad jídlem = kontrola nad životem“
 - strach z dospělosti -> malé tělo reprezentuje „malé dítě“
 - u 60 % se vyskytuje úzkost a deprese
- formy:
 - restriktivní = omezení příjmu potravy někdy i tekutin, kombinované s excesivním cvičením
 - bulimický = omezení jídla je doplněno občasným příjmem, které je ale kompenzováno vzápětí zvracením (+ používáním projímadel) a excesivním cvičením

MENTÁLNÍ BULIMIE

- je duševní porucha charakterizovaná patologickým vnímáním svého těla, snahou o kontrolu hmotnosti a opakovanou ztrátou kontroly nad příjmem potravy = dochází k opakovaným záchvatům přejídání (*alespoň 2x týdně po dobu 3 měsíců*)
- pacientky se snaží dietovat a jí nedostatečně, ale touží po jídle a přichází pravidelně „vlčí hlad“ a následné přejídání (*sní, co vidí*) -> potom následuje kompenzatorní chování, kdy se snaží potlačit tloustnutí (vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ, anorektik, diuretik), každé přejedení chápou jako selhání, mají těžké výčitky a deprese
- rozdíl oproti MA:
 - bulimičky jsou spíše impulzivní, extrovertní a nezdrženlivé, většinou netrpí závažným úbytkem hmotnosti, většinou bývá přítomna normální menstruace
- tělesné dopady: metabolické (*metabolická alkalóza*), GIT (*zduření slinných a příušních žláz, zánět jícnu až perforace, zkažené zuby*), KVS (*kardiomyopatie*), dermatologické (*mozoly na drobných kloubech rukou*)

TERAPIE

- anorexie je egosyntonní nemoc = dívkám z počátku vyhovuje -> odmítají léčbu
- bulimie je egodystonní -> vyhledají pomoc samy
- zejm. psychoterapie (KBT), kombinace s farmakoterapií (SSRI)

25b. Sexuální dysfunkce

SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE F52

- jsou kvantitativní poruchy sexuální výkonosti, charakterizované nedostatečností jedné nebo více fyziologických složek sexuálního chování: sexuální apetence (libido), vzrušení, orgasmus (vyvrcholení) a následné uvolnění
- sexuální reaktivita je psychosomatický proces, pro který je důležitá normální funkce CNS (*dopamin stimuluje, serotonin a prolaktin tlumí*), endokrinních žláz (*androgeny*) a nervového a cévního zásobení pohlavního ústrojí
- příčina sexuální dysfunkce může být jak psychiatrická tak somatická
- prevalence: alespoň někdy v životě u většiny lidí
- dysfunkce rozlišujeme:
 - primární (od počátku sexuálního vývoje) x sekundární (až po určitém období bezproblémového sexuálního života)
 - úplná (chybění některé sexuální funkce) x částečná (funkce narušena jen částečně)
 - generalizovaná (za všech okolností) x selektivní (jen za některých okolností)
- typy dysfunkcí:
 - sexuální apetence (libido): nedostatek nebo ztráta sex. touhy, odpor k sexualitě
 - sexuální vzrušení: nedostatečné prožívání sexuality, selhání genitální odpovědi
 - orgasmus: dysfunkční orgasmus, předčasná ejakulace
 - sexuální bolestivé poruchy: neorganický vaginismus, neorganická dyspareunie
 - zvýšený sexuální pud: hypersexualita

NEDOSTATEK NEBO ZTRÁTA SEXUÁLNÍ TOUHY/APETENCE

- chybí touha po sexu, není vyloučeno vzrušení a orgasmus, ale jedinec většinou sex neinicuje
- nejčastěji je sekundární poruchou vedle jiné primární duševní (*deprese, úzkosti*) nebo somatické poruchy (*veškeré bolesti, onkologické/urologické problémy...*) nebo partnerských problémů
- příčinou může být nedostatek estrogenů u žen po menopauze nebo testosteronu u stárnoucích mužů
- vyskytuje se častěji u žen, u mužů vzácně (*u hypogonadismu, hyperprolaktinémie...*)
- terapie: psychoterapie (zlepšení partnerského vztahu, nevyhýbat se sexu úplně), farmakoterapie (ergolinové preparáty – svým dopaminergním působením zvyšují sexuální aktivitu; z AD např. trazodon; u mužů přívod androgenů)

ODPOR K SEXU

- vyhlídky na sexuální interakci vyvolávají negativní pocity (strach a úzkost) tak silné, že se jedinec sexu vyhne
- souloží jen „z povinnosti“ bez uspokojení
- často souvisí s problémy ve vztahu nebo je důsledkem sexuálních traumat (*př. znásilnění*)
- častější u žen
- terapie: individuální a párová terapie

NEDOSTATEČNÉ PROŽÍVÁNÍ SEXUALITY

- jedinec dosáhne sice orgasmu, ale neprožívá jej prožitek uspokojení a rozkoše
- žena je málo vzrušivá (frigidní) -> nedostatečné uvolnění pochvy a poruchy lubrikace
- důvodem může být partnerský nesoulad nebo nedostatečné prožívání sexuálních emocí
- častější u žen
- terapie: individuální a párová terapie

SELHÁNÍ GENITÁLNÍ ODPOVĚDI

- u mužů se jedná o erektilní dysfunkci, u žen nedochází k dostatečné lubrikaci vagíny
- erektilní dysfunkce:
 - narušení pochodů vedoucích ke ztotožnění penisu (*neztopoří se nebo ochabuje*)
 - příčiny: organické (*nedostatečné cévní zásobení, porucha inervace, nedostatečná produkce testosteronu...*) nebo psychické (*deprese, úzkost, strach ze selhání, partnerský konflikt*)

- terapie: individuální a párová terapie, farmakoterapie (*inhibitory PDE5 (př. sildenafil (viagra), yohimbin (dopaminergní úč.), androgeny, antidepressiva (trazodon)*), OP penilní endoprotéza
- nedostatečná lubrikace u žen:
 - příčiny: psychologické (konflikty ve vztahu, deprese, stres), organické (deficit estrogenů po menopauze, hyperprolaktinémie, hypothyreóza), nepříznivě působí alkohol a nikotin
 - terapie: objevovat účinné podněty, posílení svalů pánevního dna, lubrikant, farmakoterapie (dopaminergní léky, yohimbin, substituce estrogenů)

DYSFUNKČNÍ ORGASMUS

- nevyskytuje se vůbec nebo jen v určitých situacích (*př. při masturbaci*)
- nejméně 1/3 žen trpí poruchy orgasmu (*mají ho jen někdy*), není výjimkou prožití 1. po 30. roce
- u žen je orgasmus výrazně náchylnější na zevní vlivy než je tomu u mužů
- terapie: psychoterapie, posílení pánevního dna, experimentování s nekoitálním sexem
- u mužů rozlišujeme:
 - anorgasmie: opožděná/chybějící ejakulace, kdy muž nemůže dosáhnout orgasmu; terapie: nácviková terapie
 - anejakulace (suchý orgasmus): retrográdní (*semeno se nedostane ven, ale do močového měchýře (oslabený svěrač moč. trubice)*; terapie: sympatomimetika, plný močový měchýř), pravá (*není nic vypuzeno (blokáda SY inervace)*)

PŘEDČASNÁ EJAKULACE

- postižený muž nedokáže ovládat ejakulační reflex, aby oba partneři dosáhli uspokojení
- v extrémním případě dochází k ejakulaci už před vstupem nebo během vstupu do vagíny
- častější u mladších mužů
- terapie: stop-start technika (*přerušovaný styk*), stiskací technika (*stisknutí žaludu před očekávaným vyvrcholením*)

NEORGANICKÁ DYSPAREUNIE

- nepříjemné pocity (dyspareunie) až intenzivní bolest (algopareunie) v genitálu při sexuálním styku
- častěji u žen
- příčiny: primární (nízká vzrušivost, vaginismus, skryté odmítání partnera), sekundární (deficit estrogenů v menopauze), organické příčiny (onemocnění vulvy, vagíny, dělohy)
 - u muže krátká uzdička, záněty penisu nebo prostaty
- terapie: psychoterapie (redukce strachu z očekávané bolesti; párová terapie)

NEORGANICKÝ VAGINISMUS

- silné mimovolní stahy svalstva pánevního dna kolem vagíny -> zavedení penisu je nemožné nebo bolestivé -> odmítání sexu, odpor k dotekům genitálu
- příčiny: traumatizace v dětství, antisexuální výchova,...
- terapie: nácviková terapie – dilatace vaginálních spazmů prsty nebo vibrátorem, posilování pánevního dna (vědomé kontrakce a uvolnění)

HYPERSEXUALITA

- subjektivně negativně prožívaný nadměrný sexuální pud (tzv. satyriasis u mužů, nymfomanie u žen)
- jedná se o zvýšenou sexuální touhu a podnikavost -> časté masturbace, střídání partnerů,...
- terapie: někdy pomohou antidepressiva SSRI

26b. Poruchy pohlavní identity a preference

PORUCHY POHLAVNÍ IDENTITY F64

- transsexualismus
 - jedinec touží být opačného pohlaví -> jedná se o rozpor mezi psychickým a somatickým pohlavím
 - trvání nejméně 2 roky (před operací se schází komise specialistů)
 - terapie: psychoterapie (*podpora při organizování života v opačné sexuální roli, změna jména na neutrální, změna rodného čísla*), hormonální modifikace, chirurgická operace (*vždy spojena s odběrem gonád, vytváří se neopenis a neovagina*)
- transvestitismus
 - dotyčný netouží po trvalé změně, ale baví ho se převlékat do šatů opačného pohlaví bez sexuálního vzrušení
- porucha pohlavní identity v dětství
 - nastupuje před pubertou
 - děti by chtěli být opačného pohlaví -> zajímají se o oblečení a činnosti opačného pohlaví
 - častější u chlapců
 - 2/3 se poté projeví homosexualita

PORUCHY POHLAVNÍ PREFERENCE F65

- jedná se o parafie = atypická struktura sexuální motivace (toho, co nás přitahuje a vzrušuje)
- inverze = deviace v objektu
 - fetišismus: užívání neživého předmětu (př. dámské lodičky)
 - fetišistický transvestitismus: převlékání do šatů druhého pohlaví vyvolává vzrušení
 - pedofilie: preference prepubertálních dětí, typicky u mužů; *sexuální zneužití je nebezpečím pouze pro psychosexuální vývoj dítěte ne pro jeho fyzické zdraví*
- perverze = deviace v aktivitě
 - exhibicionismus: vzrušení je dosahováno vystavováním genitálu před cizími ženami a dívkami, tyto ženy ale neoslovuje, je plachý, nejsou nebezpeční, vystavování často spojeno s masturbací
 - voyerismus: vzrušení dosahováno sledováním svlékajících žen nebo milování cizích lidí, kteří netuší, že jsou pozorováni; většinou spojeno s masturbací
 - patologická sexuální agresivita: vzrušení a uspokojení dosahováno překonáním odporu napadené anonymní ženy s minimalizací její kooperace, predátorový rys (vyhlédnutí, sledování a napadení oběti – útok je prudký, nečekaný, může dojít k vážnému poranění až usmrcení oběti)
 - sadismus: vzrušení dosahováno agresí a hostilitou k sexuálnímu objektu
 - fetišistický: vystačí si s představami, filmy, literaturou
 - pseudopedagogický: důraz kladen na poslušnost a disciplínu
 - agresivní: typicky sexuální vrahové -> k vzrušení potřebují oběť učinit nehybnou -> vzrušuje je možnost s tělem libovolně manipulovat; záměrné protražované trýznění oběti, oddaluje orgasmus, údery na prsa, genitál, anus, škrcení, někdy po činu odřezávají prsty, genitálie, odnášejí si fetiše
 - frotérismus = využívání tlačenic v dopravě k tisknutí se na ženy
- terapie: psychoterapie (budování náhledu, vyhýbání se rizikovým situacím, přijetí skutečnosti deviace, adaptace na akceptovatelnou sexuální politiku a orientace na společensky neškodné sexuální praktiky), farmakoterapie (antiandrogeny, antidepressiva SSRI), kastrace, zabezpečení detence

27b. Impulzivní poruchy

IMPULZIVNÍ PORUCHY F63

- jsou charakterizovány neschopností ovládnout impulzy, nutkání nebo touhu k jednání, které poškozuje je samé nebo jejich okolí
- jedinci napřed zažívají napětí nebo vzrušení, při dané činnosti slast nebo úlevu a po ní můžou/nemusí prožívat výčitky, lítost, vinu

GAMBLING (PATOLOGICKÉ HRÁČSTVÍ)

- jedná se o trvalé a opakující se hráčství, které dominuje v životě na úkor ostatních hodnot (*sociálních, rodinných, materiálních*)
- jedná se o druh závislosti – jedinci nedokážou přestat hrát -> pokud nehrají, jsou neklidní a napjatí
- často potřebují zvyšovat sázky, aby jim to přivedlo uspokojení
- někteří jsou přesvědčeni, že musí jednou dosáhnout výhry, která jim vynahradí dosavadní ztráty -> finanční propad se postupně prohlubuje, ztrácí práci, uchyluje se ke kriminalitě,...
- terapie: psychoterapie (zvládání impulzů), farmakoterapie (vyšší dávky SSRI)

PYROMANIE (patologické zakládání požárů)

- opakované zakládání požárů bez zjevného motivu (před založením vzrušení nebo napětí, při zakládání a jeho následném hašení uvolnění a uspokojení)
- jedinci mají zájem o vše, co se ohně a jeho hašení týká – dokonce i o hasičské povolání

KLEPTOMANIE (patologické kradení)

- neschopnost ovládnout nutkání ukrást předměty, aniž by mu byly užitečné nebo vedly k zisku
- před krádeží napětí, po ní uklidnění, mezi epizodami pocity viny a úzkosti – což jim ale nebrání v opakování
- předměty následně zahazují nebo ničí, mohou je ale i skladovat nebo potají vrátet
- vyskytuje se častěji v rodinách s OCD, více u žen
- terapie: psychoterapie, SSRI

TRICHOTILLOMANIE

- opakované vytrhávání vlastních vlasů, řas, obočí nebo chlupů
- během stresu i relaxace
- často spojena s onycho- a trichofágií (pojídání nehtů a vlasů)
- někdy nutkání trhat vlasy a chlupy i jiným lidem, zvířatům, panenám, z koberců,...
- terapie: psychoterapie, SSRI, stabilizátory nálady

28b. Poruchy osobnosti – definice, principy léčby

PORUCHY OSOBNOSTI

- osobnost je individuální soubor duševních a tělesných vlastností člověka, které se utváří v průběhu vývoje a projevují se v sociálních vztazích
- osobnost se skládá z temperamentu (*biologická vrozená stránka osobnosti – pudy, emoce*) a charakteru (*sociální stránka – jedná se o vlastnosti získané během vývoje a formované sociálním prostředím*) a oba jsou významně ovlivňovány inteligencí
- porucha osobnosti je definována jako přetrvávající vzorec chování, který se liší od přijatelného chování dané společnosti a které tak neumožňuje dostatečnou adaptaci jedince
 - narušeny jsou oblasti poznávání, emotivity, ovládání impulzů, uspokojování potřeb a zvládání interpersonálních vztahů
- většinou začínají již v dětství (na vzniku se podílí vlivy dědičné i výchovné (*převaha dědičných*)) a stárnutím se mohou buď zmírňovat (*agresivita, disociální projevy*) nebo stupňovat (*deprese, paranoidita*) a plné podoby dosahují až v dospělosti (*proto dg. až od 18 let*)
- etiologie: multifaktoriální (*podíl genetiky, perinatálního poškození, vliv stresu v graviditě, psychologické vlivy (traumata v dětství apod.)*)
- terapie: zahrnuje krizovou intervenci (*suicidální tendence, agresivní dekompenzace,...*), krátkodobou léčbu akutní komorbidní poruchy (*depresivní nebo úzkostné,...*) a dlouhodobou léčbu poruchy osobnosti – máme různé možnosti (farmakoterapie, dynamická psychoterapie, KBT, skupinová psychoterapie)
 - cílem je zmírnění akutních příznaků, zlepšení sociálního/pracovního/vztahového fungování a ovlivnění temperamentových a charakterových dimenzí osobnosti
 - teprve až je pacient schopen kontrolovat své temperamentové reakce, může mít prospěch z psychoterapeutických intervencí zaměřených na ovlivnění charakteru
 - farmakoterapie: akutní (*ohrožení života, okolí, silné utrpení pacienta, agresivní/úzkostná/depresivní dekompenzace*), dlouhodobá (*deprese, úzkosti, somatoformní poruchy, PPP, závislost*)
 - agrese: lithium, SSRI, antikonvulziva, neuroleptika
 - poruchy nálady: lithium, SSRI, serotonin-dopaminergní antagonisté
 - úzkost: SSRI
 - psychotické příznaky: neuroleptika
- rozdělení podle MKN-10:
 - F60 Specifické poruchy osobnosti (*paranoidní, schizoidní, disociální, emočně nestabilní, histriónská, anankastická, anxiózní, závislá*)
 - F61 Smíšené a jiné poruchy osobnosti
 - F62 Přetrvávající změny osobnosti, které nelze přisoudit poškození nebo nemoci mozku
- podle DSM-5:
 - A – excentrici, podivíni (*paranoidní, schizoidní*)
 - B – afektivní (*disociální, narcistická, hraniční, histriónská*)
 - C- úzkostní (*vyhýbavá, závislá, anankastická*)

29b. Porucha osobnosti anankastická, anxiózní, schizoidní

ANANKASTICKÁ PORUCHA OSOBNOSTI

- hlavním rysem je vyžadování neměnného pořádku, perfekcionismus, lpění na pravidlech a stereotypech
- touto poruchou trpí hlavně sami postižení, ne jejich okolí
- kladou důraz na výkon a výsledky než na radost z dané činnosti
- nemají důvěru v ostatní (*radši si udělají všechno sami*)
- jsou svědomití, paličatí, „pedanti“, mají problém s prožíváním a vyjadřováním emocí
- mají nadměrně vyvinutou odpovědnost, kontrolu, naopak nedostatečně rozvinutou spontánnost a flexibilitu
- KBT model: v dětství výchova k pečlivosti, strašení katastrofou, neprojeování emocí v rodině -> jádrové přesvědčení „jsem bezmocný, lidé jsou nezodpovědní, svět se může vymknout z kontroly“ -> odvození „když budu všechno kontrolovat, bude to v pořádku – musím převzít kontrolu“ -> kompenzační chování podle pravidel, moralizuje, klade důraz na detaily
 - o spouštěče frustrace: neznámé prostředí, kritika, kumulace povinností, situace, kde je hodnocen jeho výkon

ANXIÓZNÍ PORUCHA OSOBNOSTI (vyhýbavá)

- tito jedinci mají trvalé pocity napětí a obav, podceňují se – jsou přesvědčeni o své neschopnosti, nepřitažlivosti, nadměrně se zabývají kritikou a odmítnutím a proto se vyhýbají sociálním kontaktům
- působí skromně a plaše
- aby se vyhnuli odmítnutí, tak jsou schopni přehnané vstřícnosti, podřízení a popření vlastních potřeb
- mají nadměrně vyvinuté vyhýbání se a sociální zranitelnost, nedostatečně sebedůvěru, družnost
- KBT model: v dětství výchova „vše pod pokličkou“, ti venku jsou jiní, ublíženecké postoje -> jádrové přesvědčení „jsem bezcenný, nežádoucí, jiní kritizují a jsou nechápaví“ -> odvození „jsem nemožný, když mě poznají blíže, odmítnou mě; nebudu úspěšný, nic nedokážu“ -> kompenzační chování: vyhýbání se sociálním situacím, odpovědnosti, vymlouvají se,..
 - o spouštěče frustrace: samostatný úkol, sociálně náročná situace, naučení se nových informací

SCHIZOIDNÍ PORUCHA OSOBNOSTI

- charakteristická citovým chladem, odstupem, lhostejností ke chvále i kritice, uzavřeností (nedostatek přátel – mají strach z rozplynutí vlastní identity), netečností ke společenským normám, oblibou samotářských aktivit
- nadměrně rozvinuté: autonomie X nerozvinuté: vzájemnost, intimita
- KBT model: v dětství emočně chudé prostředí, zdůrazňování ohraničení rodiny proti světu -> jádrové přesvědčení „jsem nepřízpůsobivá, jsem soběstačný, jsem samotář“ -> odvození „druzí mi nemají co nabídnout, dokážu všechno sám, nikoho nepotřebuju, život je monotónní a nezajímavý“ -> kompenzační chování: uzavřenost, vytváření si odstupe, monotónní samostatné aktivity, snění, zájem o filozofii (*pseudofilozofování*)
 - o spouštěče frustrace: snaha druhých o přiblížení, společenská situace, dlouhodobá izolace, požadavky v práci na kooperaci

30b. Disociální a paranoidní porucha osobnosti

DISOCIÁLNÍ PORUCHA OSOBNOSTI

- charakteristický je pocit síly a převahy nad ostatními
- jsou neempatičtí, upřednostňují své potřeby nad ostatními (*i přesto že to např. je v rozporu se společenskými normami*), potřeby ostatních je nezajímají, nepociťují vinu (*vždy budou obviňovat společnost za veškeré své selhání, nikdy ne sebe*)
- i malá frustrace může vyvolat silnou agresivní reakci
- mají tendenci k nestálým vztahům, kriminalitě, násilným činům a alkoholismu
- nadměrně rozvinuté: bojovnost, expanzivita X nerozvinuté: empatie

PARANOIDNÍ PORUCHA OSOBNOSTI

- charakteristická je nadměrná podezřavost a tendence interpretovat jednání okolí jako ohrožení
- mají nepřiměřené reakce na kritiku, nemají smysl pro humor, jsou extrémně nedůvěřiví, jsou stále „ve střehu“
- jsou vztahovační, mají tendenci k trvalé zášti, překrucují poznámky (cítí v nich pohrdání, projevy spiknutí)
- na sebemenší inzult reagují agresivně – můžou být nebezpeční pro své okolí
- nikdy nepřiznají chybu
- obviňují partnery z nevěry, jsou extrémně žárliví
- je možný rozvoj do paranoidní schizofrenie nebo poruchy s bludy
- rozvinuté: nedůvěra, podezřavost X nerozvinuté: důvěra, smysl pro humor

31b. Emočně nestabilní a histriónská porucha osobnosti

EMOČNĚ NESTABILNÍ PORUCHA OSOBNOSTI (hraniční porucha osobnosti)

- rozlišujeme hraniční a impulzivní typ
- impulzivní typ: tendence k neuváženému jednání, jedinci jsou konfliktní, časté jsou výbuchy hněvu, obtížně vydrží u nějaké činnosti, mají nestálou a nevypočitatelnou náladu
- hraniční typ: porucha identity (*poněť o vlastní individualitě jen z reakcí okolí*), nedokážou ostatní ani sebe vnímat integrovaně (*vidí jen to dobré nebo jen to špatné*), jsou emočně labilní (*dlouhodobé úzkosti, záchvaty zlosti*), mají chronické pocity prázdnoty nebo vnitřní tenze -> kompenzují to excesy v chování – utrácení, přejídání, experimenty s drogy, promiskuita, rizikové chování,..., mají tendenci k sebepoškozování a suicidálním pokusům
- KBT model: v dětství odmítání rodičem střídané s hyperprotektivitou, sexuální zneužívání, zpochybňování dovedností -> jádrové přesvědčení „jsem vadný, nejsem hoden lásky, druzí mě zradí, opustí“ -> odvození „věci/lidé jsou buď dobré nebo špatné“, „kdyby záviselo na mě, umřel bych“, „když budu věřit ostatním, opustí mě“ -> kompenzace: vyžaduje blízkost, pozornost, ale vzápětí je odmítá, kolísá mezi extrémy v chování, permanentně testuje spolehlivost okolí, obviňuje sebe i okolí
 - spouštěče frustrace: kritika, odmítnutí, nezájem, nesouhlas, blízkost, samota
- nadměrně vyvinuté: splitting, upřímnost, odvaha, nesouhlas
- nedostatečně: kontrola impulzů, kooperace, důvěra

HISTRIÓNSKÁ PORUCHA OSOBNOSTI

- jsou pro ni charakteristické přehnané emocionální projevy, teatrálnost a snaha o upoutání pozornosti (*chtějí být jejím středem, potřebují obdiv*)
- chování má erotickou komponentu -> jsou přehnaně svůdní, koketují
- mají sklony k vyčítání, obviňování, manipulaci s druhými, účelovému jednání (*udělají něco pro to, aby dosáhli cíle*)
- snadno rozvrátí pracovní kolektiv i manželství různými intrikami, vystupují přesvědčivě, předstírají, lžou a překrucují
- bývají sklony k alkoholismu, častější jsou demonstrativní sebevražedné pokusy
- KBT model: v dětství odmítání matkou a vzor jejího teatrálního chování, nutnost zajišťovat si pozornost manipulací -> jádrové přesvědčení „nic nejsem“ – kompenzatorní: „jsem velkolepá“ -> odvození „když nebudu zábavná, nebudu nic“, „život musí být dobrodružný“, „jsem zajímavá osobnost a všichni to musí vidět“ -> kompenzační chování: předvádí se a dramatizuje, impresivně projevuje emoce, manipuluje s druhými, intrikuje, flirtuje
 - spouštěče: nezájem druhých, kritika, stereotypy, srovnávání s druhými
- nadměrně vyvinuté: předvádění se, sebevyjádření, dramatizace
- nedostatečně: kontrola, objektivita, systematickост

32b. Poruchy spánku, jejich příčina a léčba

SPÁNEK

- spánek je fyziologická změna vědomí – periodicky se opakuje, opakem je bdělost
- ve spánku převažují anabolické pochody, dochází k regeneraci a je důležitý pro dlouhodobou paměť (probíhá selekce podstatných informací)
- v naší kultuře u dospělého člověka je typicky monofázický (*př. batole spí polyfázicky = několik spánků*)
- k prevenci poruch spánku je důležitá spánková hygiena: přes den trávit čas venku na přirozeném světle, omezit tučná a sladká jídla, pití alkoholu, nespát přes den déle než 30 minut, vstávat a chodit spát ve stejnou dobu každý den, večer i pozdě odpoledne nepít kávu, nekouřit před usnutím (nejlépe vůbec), před spaním neřešit pracovní záležitosti, nepoužívat počítač, nesledovat televizi, v ložnici mít tmou a ticho, vhodná teplota je 20 stupňů, v posteli jen spát a souložit (:D)

PORUCHY SPÁNKU F51

- jedná se o poruchy usínání, časté noční buzení, předčasné probouzení a/nebo usínání v průběhu dne -> pokud se některý příznak opakuje 3x za týden po dobu 1 měsíce, potom hovoříme o poruše spánku
- podle příčiny dělíme:
 - o neorganické (primární): patří mezi duševní poruchy, řadíme sem dyssomnie a parasomnie
 - o organické (sekundární): jedná se o neurologické onemocnění nebo o doprovod somatické poruchy (*u astmatu, bolestí, nykturie,...*)
- MKN-10 rozděluje neorganické poruchy na dyssomnie a parasomnie
 - o dyssomnie = porucha množství, kvality nebo načasování spánku (insomnie, hypersomnie, poruchy schématu spánek-bdění)
 - o parasomnie = abnormální projevy vázané na spánek (somnambulismus, noční děsy a můry)
- neorganická insomnie
 - o nedostatečné množství a/nebo kvalita spánku s následným pocitem nevyspání -> přes den jsou unavení, může docházet k mikrosnávkám, klesá jejich výkonnost, jsou podráždění, úzkostní,...
 - o dělíme: porucha usnutí (časná insomnie), kontinuity (střední), probuzení (pozdní)
- neorganická hypersomnie:
 - o nadměrná denní spavost, kterou nelze vysvětlit nedostatečným množstvím spánku (*spánek je delší než 9 hodin*)
 - o bývá prodloužena doba probuzení (*spánková opilost – neúplné probuzení, jedinec je zmatený*)
- Klein-Levinův syndrom
 - o rekurentní hypersomnie = období nadměrného spánku se střídají s obdobími normálního spánku
 - o doprovázeno poruchami chování, nadměrným příjmem potravy, hypersexualitou
- neorganické poruchy rytmu spánek-bdění:
 - o vzniká na podkladě špatné synchronizace cirkadiánního rytmu a požadovaného rytmu spánek-bdění -> výsledkem je posunutí spánkové periody mimo společensky akceptovaný čas pro spánek (*jedinci spí přes den, nesní v noci*) -> narušuje to pracovní, sociální život; často vzniká u jedinců pracujících ve směnném provozu
- somnambulismus
 - o je kvalitativní porucha vědomí, náměsíčnost
 - o během hlubokého spánku dochází k epizodám vstávání z postele a jiným komplexním pohybům (*některé struktury CNS se probudily, jiné nikoli*) – končí většinou spontánním probuzením pacienta nebo se pacient vrátí bez probuzení do postele a pokračuje ve spánku; na epizodu má amnézii
 - o častější u dětí
- pavor nocturnus = noční děsy
 - o epizody extrémního děsu a paniky spojené s křikem, provázené vegetativními příznaky (*tachykardie, tachypnoe, zvýšený svalový tonus,...*)
 - o při epizodách nedochází k probuzení a jedinec na ně má amnézii
 - o častější u dětí, provokačním faktorem může být např. horečka
 - o *stejně jako u náměsíčnosti je nutno vyloučit organickou příčinu jako je tumor a epilepsie*

- noční můry
 - spící se probouzí do plné bdělosti s živým zážitkem silně děsivého snu (*smrt jeho nebo blízkých*)
 - často u dětí, které jsou před spaním vystaveny dramatickým situacím (hororový film, hádky)
- terapie:
 - kombinace psychoterapie (KBT) a farmakoterapie
 - KBT -> práce s myšlenkami, které provází nespavost, naučení nových návyků, spánková hygiena,...
 - farmakoterapie: hypnotika 3.g. (iniciace a udržení spánku -> zolpidem; k iniciaci -> zaleplon), BZD (rivotril; u nespavosti sdružené s úzkostnými poruchami), sedativní antidepresiva (trazodon (SARI), mirtazapin (NaSSA)), melatonin CR (*u pacientů nad 55 let*)

33b. Mentální retardace

MENTÁLNÍ RETARDACE F70-79

- jde o globální poškození intelektových funkcí s narušením celé osobnosti od počátku duševního vývoje jedince
- je snížena inteligence, porucha abstraktního myšlení a soudnosti, pozornosti, motivace, chápání, orientace, řeči, chování, emotivity, někdy i motoriky
- nejde jen o snížené IQ, ale o omezené adaptativní chování jedince v jeho prostředí
 - v raném dětství je porušen vývoj senzomotorických a komunikačních činností
 - v dětství a adolescenci neschopnost zvládat běžné aktivity, aplikovat školní dovednosti
 - v dospělosti narušena sociální orientace, zodpovědnost a výkon
- faktory podporující vznik retardace: prenatálně (infekce matky (*rubeola, toxoplazma, syfilis, HIV*), hypothyreóza matky, Rh inkompatibilita, fetální alkoholový syndrom, kokainový syndrom,...+ genetika), perinatálně (protražovaný porod, škrcení pupečnickem s hypoxií, větší krevní ztráta,...)
- podle IQ rozlišujeme: lehkou mentální retardaci (pod 70; debilita), střední (pod 50; imbecilita), těžká (pod 35, idiocie prostá), hluboká (pod 20; idiocie)
- lehká:
 - lehce opožděný psychomotorický vývoj, děti se naučí později mluvit a mají malou slovní zásobu, ale domluví se; myšlení je povrchní, mechanické; motorické schopnosti na dobré úrovni; defekt se projevuje ve školním věku -> potíže se čtením, psaním, ale jsou schopny vystudovat zvláštní školu i zvláštní učební obor!; přítomna sociální a emoční nezralost, vyšší senzibilita, tendence ke zkratkovitým reakcím; většina dosáhne samostatnosti v osobní péči; úrovně odpovídají tak 12letému dítěti
- středně těžká:
 - psychomotorický vývoj nápadně opožděn, výrazné poruchy řeči a chápání; je omezena schopnost domluvit se a schopnost se o sebe postarat – je nutný dohled a péče po celý život; někteří zvládnou základy čtení, psaní a počítání; v dospělosti jsou schopni výkonu manuální práce pod dohledem; dosahují úrovně 6letého dítěte; často tělesné a neurologické handicap
- těžká:
 - výrazně opožděný psychomotorický vývoj už v předškolním věku, jedinci nejsou schopni udržovat čistotu ani se najíst, řeč omezena na skřeky nebo pár slov; rozlišuje se forma eretická (neklid, agresivita) a torpidní (nezájem, tupost)
- hluboká:
 - nepatrný rozvoj intelektu; jedinci nejsou schopni výchovy, sebeobsluhy, nerozeznávají blízké osoby, nekomunikují, vydávají skřeky; četné somatické poruchy, těžce motoricky omezení, postižení sluchu, zraku, těžké neurologické poruchy
- terapie:
 - vždy je třeba se pokusit o terapii, rehabilitaci -> nácvik sociálního chování, odnaučení nežádoucích projevů, rozšíření komunikačních schopností,...
 - farmakoterapie: nootropika (piracetam; když doufáme, že se nějaké kognitivní procesy vyvinou), vitaminy, neuroleptika (risperidon; zmírnění agresivity, sebepoškozování)

34b. Psychické poruchy v dětství - přehled

PSYCHICKÉ PORUCHY V DĚTSTVÍ F80-89

- jedná se o poruchy, které souvisí s opožděním nebo narušením vývoje CNS
- rozlišujeme:
 - specifické poruchy – postihují konkrétní vlastnost (*řeč, motoriku, školní dovednosti*), celkový vývoj dítěte je v normě, jen některá složka vývoje signifikantně zaostává; a dítě se s nimi naučí žít a zapojit se
 - pervazivní – jsou poruchy, kde je kvalitativně narušen celkový vývoj, je narušena schopnost komunikace, objevují se stereotypní aktivity a zájmy, obvykle spojeny s určitým stupněm mentální retardace

SPECIFICKÉ VÝVOJOVÉ PORUCHY ŘEČI A JAZYKA F80

- je narušeno osvojování si řeči – děti se snaží komunikovat, ale komunikace je narušena
- běžné chyby dělají děti v mluvě do 4 let (*2leté dítě by mělo umět jednotlivá slova, 3leté by mělo umět vytvořit větu o 2 slovech*)
- asi u poloviny dětí dojde k úpravě
- porucha artikulace:
 - dítě vynechává nebo komolí slova, špatně artikuluje, takže je řeč nesrozumitelná
 - patří sem i patlavost a šišlání (dyslalie)
- expresivní porucha řeči:
 - dítě rozumí okolí, ale vážně jeho vyjadřování – má chudou slovní zásobu, nesprávně skládá věty, využívá nesprávné mluvnické tvary (*předložky*), zadržává se
 - nahrazuje verbální komunikaci tou neverbální (gestikuluje, mimika)
- receptivní porucha řeči:
 - dítě má problém porozumět řeči (*což by mělo umět dítě kolem 1 roku*) -> nerozumí instrukcím a sekundárně se u něj proto vyvíjí i porucha exprese
- získaná afázie s epilepsií:
 - po určité době normálního vývoje ztrácí dítě schopnost receptivní a expresivní řeči, přičemž všeobecná inteligence zůstává nezměněna
 - začátek bývá provázen epileptickými záchvaty nebo abnormalitami na EEG -> zřejmě jde o zánět temporálního laloku a porucha řeči je jen sekundárním problémem
 - 1/3 dětí se uzdraví
- dif.dg.: nutno vyloučit ztrátu sluchu, retardaci, autismus, abnormity hlasivek
- terapie: logopedie, někdy nootropika?

SPECIFICKÉ VÝVOJOVÉ PORUCHY ŠKOLNÍCH DOVEDNOSTÍ F81

- jedná se o sníženou schopnost učit se školními dovednostmi (čtení, psaní, počítání)
- porucha čtení (dyslexie):
 - postiženo chápání textu, dítě vynechává nebo přidává slova, čte pomalu
 - většinou se poruchu podaří překonat, ale neradi čtou nahlas a hůř se učí cizí jazyky
- porucha psaní (dysgrafie):
 - chyby v pravopise, vynechávání písmen, neúhledný rukopis
- porucha počítání (dyskalkulie):
 - neschopnost zvládnout základní početní úkoly (*př. dítě zaměňuje plus a minus*) -> problémy ve sčítání, odčítání, násobení, dělení
 - děti nechápou symboly, neumí řadit čísla, nenaučí se násobilku,...

SPECIFICKÁ VÝVOJOVÁ PORUCHA MOTORICKÉ FUNKCE (dyspraxie) F82

- jde o lehké opoždění motorického vývoje, při kterém je postižena pohybová koordinace při jemných i hrubých výkonech
- dítě je neobratné, pomalu se učí běhat, chodit, zakopává, špatně si zavazuje tkaničky,...
- při snaze o výkon se mohou objevit nadbytečné synkineze (*př. vyplazují jazyk, když házou*)
- u 50 % dětí jde o hyperkinetickou poruchu
- v anamnéze se často setkáváme s perinatální hypoxií (*BG jsou velmi citlivá na poškození*)
- terapie: rehabilitace, nootropika

35b. Pervazivní vývojové poruchy u dětí

PERVAZIVNÍ VÝVOJOVÉ PORUCHY U DĚTÍ

- poruchy, kde je kvalitativně narušen celkový vývoj, je narušena schopnost komunikace, objevují se stereotypní aktivity a zájmy, obvykle spojeny s určitým stupněm mentální retardace
- nejčastěji vznikají během prvních 5 let života
- dle MKN-10 sem patří dětský autismus, atypický autismus, rettův syndrom, desintegrační porucha a Aspergerův syndrom – DSM-5 ale zbývající 4 diagnózy „ruší“

DĚTSKÝ AUTISMUS F84

- jedná se o vývojovou poruchu, která začíná před 3. rokem života (*první známky u kojenců – visí jako hadrové panenky, netouží po mazlení, rodiče jsou jim lhostejní*), častěji se vyskytuje u chlapců
- etiologie je multifaktoriální (*příčiny: genetické, metabolické (př. obezita u matky), problémy v graviditě, nízká porodní hmotnost, imunitní deficeience,..*)
 - *nález na CNS: hyperkonektivita lokálních neuronálních okruhů, hypokonektivita mezi mozgovými regiony; dysregulace neurotransmiterů (zvýšený serotonin)*
- pro klinický obraz je typická trias:
 - *porucha sociální interakce (nezájem o kontakt s okolím, chybí přátelské sblížení s ostatními lidmi, je narušena i emoční vazba k matce, netypické „skenování“ obličejů, snížený oční kontakt, citová chladnost)*
 - *porucha komunikace (pokud se řeč rozvine, nemá komunikativní charakter -> dítě neřekne matce o svých potřebách, bolestech, pocitech; může komentovat situaci, ale nemá sdělný charakter)*
 - *stereotypní, omezené chování a hry (nekonstruktivní – př. blikají vypínačem, točí kolečkem; preferují „nonsoft předměty“ – mají rádi technické věci (upřednostní šroubovák před hračkou))*
- u 2/3 pacientů je přítomna mentální retardace
- terapie: komplexní – psychoterapie (*rozvíjení komunikace + sociálních dovedností*), farmakoterapie (*risperidon (agresivita, podrážděnost, sebepoškozování, hyperaktivita), SSRI (stereotypní chování), melatonin (poruchy spánku)*)
- varianta: atypický autismus – liší se dobou vzniku nebo nenaplněním všech dg. kritérií; většinou jde o primární mentální retardaci s autistickými rysy

ASPERGERŮV SYNDROM F84

- označován jako „mírná varianta autismu“ – je charakterizován stejným typem poruch, ale nevyskytuje se porucha řeči ani kognitivního vývoje
- jde o jedince normálně inteligentní, kteří mají problém s interpersonální komunikací (*říkají vše narovinu*), nejsou dostatečně empatičtí (*chladní, odtažití*), často jde o introverty, mají neobvyklé zájmy, bývají nemotorní
- postižení hl. chlapci

RETTŮV SYNDROM

- vyskytuje se u dívek
- po 24. měsíci se zastaví vývoj, jedinci ztrácí verbální i nonverbální dovednosti – př. ztrácí funkční pohyby rukou (*typické kroutivé svírání ruky – tzv. mycí pohyby*)

JINÁ DEZINTEGRAČNÍ PORUCHA V DĚTSTVÍ

- tzv. infantilní demence -> po určitém období normálního vývoje dochází ke ztrátě získaných schopností

36b. Hyperkinetické poruchy u dětí

HYPERKINETICKÉ PORUCHY U DĚTÍ F90

- patří podle MKN-10 klasifikace do Poruch chování a emocí se začátkem v dětství a v adolescenci (F90-98)
- etiologie: uplatňují se genetické vlivy a dysbalance neurotransmiterů (*sníženy hladiny D a NA*)
- jsou charakterizované nadměrně aktivním a špatně ovládaným chováním a nepozorností (*ADHD = attention deficit hyperactivity disorder*)
 - děti přechází od jedné činnosti ke druhé, aniž by tu první dokončili, pracují nesystematicky (*problém s organizováním úkolů a aktivit*), dělají chyby z nepozornosti, snadno se rozptýlí, zapomíná své věci
 - jsou stále puzeni k neustálému pohybu, mají problém zůstat v klidu
 - jsou impulzivní, jednájí bez předchozího uvážení, skáčou do řeči, příliš mluví (bez zábran)
- nemoc se projevuje brzy – už v kojeneckém věku je dítě podrážděnější, když začne chodit, projevuje se jeho hyperkinetické chování (časté úrazy)
- děti je neustále napomínáno -> mají pocit, že je nikdo nemá rád -> sklon k nízkému sebevědomí, abúzu, úzkostem, depresím, poruchám spánku, často bývají vylučovány ze školy,...
- terapie: psychoterapie (*nutná spolupráce s rodiči a školou!*), farmakoterapie (*psychostimulancia: metylfenidát (zvyšuje hladinu dopaminu -> ovlivňuje pozornost, psychomotorickou aktivitu, chování), atomoxetin (zvyšuje hladinu noradrenalinu -> pozornost, učení, paměť, chování)*)

37b. Tikové poruchy

TIKOVÉ PORUCHY F95

- tiky jsou mimovolní, prudké a opakující se záškuby příčně pruhovaného svalstva, které nemají žádný účel
- můžeme rozlišit:
 - jednoduché tiky – typicky v oblasti obličeje (mrkání, grimasování), dále záškuby ramen nebo hlavy
 - komplexní – mohou mít charakter poskoků, tanečků,...
- podle charakteru rozdělujeme:
 - motorické
 - fonační (vokalizační) – pokašlávání, kvikání, škytání, skřeky, nutkavé vyřazení slov obscurního obsahu (koprolalie)
- vznikají nejčastěji kolem 5. roku
- etiologie: převaha dopaminergní aktivity (*lze ovlivnit neuroleptiky*)
- zhoršují se s emočním rozrušením (*pozitivním i negativním*), únavou
- zlepšují se při cíleném zaměření pozornosti na nějaký úkol (*př. psaní*), úplně mizí během spánku
- až u 70 % pacientů mizí během dospívání
- terapie: neuroleptika (haloperidol), atypická antipsychotika, BZD
- jednotky:
 - přechodná tiková porucha – tiky netrvají déle než 12 měsíců, nejčastěji u předškolních dětí
 - chronická motorická nebo vokální tiková porucha – trvá déle než 12 měsíců, její intenzita kolísá (*remise a exacerbace*), tiky jsou buď motorické nebo vokální (*nikoli současně*), je vhodné léčit
 - kombinovaná vokální a mnohočetná motorická tiková porucha (Tourettův syndrom) – motorické a vokální tiky současně, motorické tiky jsou komplexní a složité (*můžou být podobné jakýmsi rituálům*), vokální tiky vznikají vyřazením slov, slabik nebo zvuků, může jít o echolalii (opakování slyšeného) nebo koprolalii (obscurní obsah), začínají v adolescenci, přechází do dospělosti