

Delirium

- 1. Je to vůbec delirium – testovací metody
 - o Posouzení bdělosti a pozornosti – říkáme čísla a P opakuje, číselná řada pozpátku, odečítání 7 od 100
 - o Hlavně odlišit od – demence, ale zároveň demence je RF pro delirium
- 2. jaká je etiologie - metabolismus, infekce, iktus, abúzus
- Fyzikální vyšetření – tremor, nestabilita chůze, neklid, agitovanost
- Laboratoř – KO, glu, elektrolyty, amoniak, všechny možné enzymy
- Eeg, ekg, CT při podezření na expanzi či krvácení
- Terapie
 - o Nalézt příčinu a odstranit ji
 - o Symptomatická léčba
 - Odstranit elektrolytovou dysbalanci
 - Hypnotika k úpravě spánku
 - Antipsychotika u agrese – olanzapin, risperidon, ne BDZ
 - Okolí – omezit hluk, návštěvy, zaponout rádio, TV, umožnit pohyb
 - Hlídat hydrataci, spánek

Neklid a agresivita

- **Neklid** – hypnotika, anxiolytika, antidepresiva
- **U agitovanosti z úzkosti**: dám třeba diazepam/klonazepam, alprazolam
- **U psychotického neklidu**: z neuroleptik třeba levopromazin (ke zvládnutí těžkého neklidu), chlorpromazin bo haloperidol (vysoký účinek na pozitivní příznaky, agrese a agitovanost, bez sedace ale) bo olanzapin (akutní agitovanost!!), dává se i antihistaminikum prometazin? Páč je sedativní asi
- **Odvykací stav s neklidem**: diazepam, tiaprid, klomethiazol
- **Starší P**: tiaprid, risperidon, haloperidol
- V rámci diff dg odlišit nepsychiatrické příčiny neklidu (po traumatu hlavy, neuroinfekce, tumory CNS, po epilepsii, urémie, jaterní selhání, dehydratace, ionové dysbalance atd.)->tady by se řešila hlavně příčina
- S neklidným P hovořím s empatií, klidným a tichým hlasem, vyvaruju se prudkým pohybům a gestům (aby si nemyslel, že začnu útočit já)
- **Agresivita** – omezovací prostředky (kurty a ochranné pásy) a psychofarmaka (diazepam bo haloperidol pokud má třeba i nějaké bludy a halucinace), nejdřív se to snažím uklidnit verbálně, poskytnout prostor pacientovi k vyjádření pocitů
- Obecně se snažíme být blízko dvěří (ať utečeme :D), zajistit ať P nemá po ruce žádný předmět, kterým by nám ublížil, neudržuju dlouho oční kontakt, nedotýkám se agresivního pacienta pokud to není nutné, neotáčím se k němu zády
- Zavolám si ochranku nebo někoho na pomoc, pokud by mě ohrožoval
- Léky dáváme parenterálně spíše (protože per os asi nemáme šanci něco dát)
- Přijmu P na detenci (protože ohrožuje okolí), dám ho na samostatný pokoj s kamerou

Depresivní syndrom

- léčba farmakologická nebo psychoterapie
- léky bez předpisu – guaiacuran, ataralgin
- přírodní bylinky – třezalka, levandule, kozlík
- aktivity, které dělají radost – sport, sociální komunikace, vaření
- TCA – amitriptylin, imipramin
- SSRI – fluoxetin, fluvoxamin, NaSSA – mirtazapin
- psychoterapie – KBT, intersociální terapie – změna mezilidských vztahů, zaměřena přesně na problém

Anxiózní syndrom

- **Antidepresiva** dlouhodobě, začnu s SSRI (citalopram, escitalopram, sertralin, fluoxetin atd.)
- **Anxiolytika** krátkodobě, v řádu týdnů, do té doby než se projeví účinek antidepresiv-> benzáky (bromazepam, alprazolam), hydroxyzin (atarax, rychlý nástup) nebo buspiron....pomůžou i na spánek, který mohou mít ti P narušený
- **Beta blokátory** – symptomatická léčba (propanolol, metoprolol)
- **Psychoterapie** – Gestalt, KBT
- **Relaxační cvičení a meditace**
- Když P vidíme poprvé, tak se představím, nechám ho si vybrat místo na sezení, nabídnu třeba i vodu a tak. Mluvím s ním s klidným hlasem, empatie. Dívám se na jeho neverbální projevy (nedívá se do očí, uhýbá pohledem, sedí ustrašeně, typicky se složenýma rukama mezi kolena, sedí na kraji židli), mlucí potichu a váhavě.

Panický záchvat

- Imituje jiné vážné choroby – IM, astma, epilepsie, intoxikace
- Akutně – dýchání do sáčku, psychoterapie s cílem zklidnění, dechové cvičení (dýchání do břicha), odvést P na klidné místo, bez lidí a hluku
- Farmaka – anxiolytika, antidepresiva...z počátku podávat SSRI spolu třeba s benzáky, pak benzáky vysazovat a nechat jen antidepresiva
- Psychoterapie – KBT – edukace P o jeho problémech, autogenní trénink, relaxační techniky, nalézt příčinu záchvatů, spouštěče, často spojeno s agorafobií
- Úprava životního stylu- spánková hygiena, pravidelný pohyb, chování do přírody atd.

Somatizující P

- Přijde s tím, že ho bolí břicho, má stenokardie a tak, ale všechna vyšetření vyšla negativní
- Žádná farmaka nepomohou – někdy malé dávky antidepresiv, anxiolytik (P může mít i depresi totiž)
- Nejdřív vyloučit somatickou poruchu, depresivní, úzkostnou bo schizofrenii...a hlavně odlišit od hypochondrické neurózy (tady má jen zvýšenou obavu s těch nemocí?! U somatizujícího P to ale opravdu prožívá, nesimuluje (nevymýšlí si je v hlavě, nevytváří je vědomě)
- P musí získat náhled nad svojí chorobou – vztah duševních pochodů k fyzickému tělu
- **Svalová relaxace, psychoterapie (KBT? Možná i dynamická páč to má často souvislost se zneužíváním, nějakým zklamáním, smrtí někoho blízkého v minulosti atd.)**
- Při bolestech nikdy nedávat analgetika, nepředepisovat to, co P chce
- Mohou se chovat odmítavě a ž agresivně (nechtějí si připustit, že by jejich problémy byly psychogenní)
- Lékař musí být velice trpělivý. Pacient potřebuje klidný, pevný a podpůrný přístup ošetřujícího lékaře, který nemocného uklidní a stanoví účinné a přiměřené hranice jeho histriónským a přehnaným požadavkům

Ebrieta

- Závisí na promilích – výrazné příznaky od cca 1,5 – individuální, chroničtí zvládnou i více a fungují normálně
 - o Stabilizovaná poloha
 - o Intubace u útlu dechu
 - o Zamezit hypotermii
 - o Glukóza, thiamin
 - o Neexistuje žádný antagonist
 - o Výplach žaludku do 30 min od požití – riziko aspirace
 - o Hemodialýza od 4 – 5 promile
- Následky chronického abúzu
 - o Halucinózy – antipsychotika

- Amnézie
- Demence – kognitiva a neuroprotektiva
- Epilepsie – antiepileptika
- Metylalkohol (záměna za alkohol, poruchy zraku) a etylenglykol (nemrznoucí směsi, brdová kapalina) mají antidotum etanol
- 40% glukóza i.v. do 50 ml, Agresivitu lze řešit mechanickým omezením, při velkém neklidu se doporučuje haloperidol

Akutní intoxikace stimulanty

- Kokain, amfetamin, metamfetamin, dance drogy – speed, extáze
- Dohled, neklid tlumíme BDZ – ale pak rychle vysadit
- Symptomaticky
 - Tachykardie – beta blokátory – když nepomáhá, udělat EKG, a když je porucha vedení nedávat nic
 - Halucinace – antipsychotika

Akutní intoxikace sedativy

- Bude vypadat jak opilý, ataxie-porucha koordinace pohybu (chůze i stání), může být neklidný a agresivní (dám třeba haloperidol?) nebo je naopak ospalý a utlumený
- Patří zde BDZ anxiolytika, hypnotika
- Hypotenze, hypotermie, útlum dýchání – všechno na ARO...dát mu nějaký noradrenalin bo dopamin?? Aby se zvýšil tlak, pokud by výrazně klesal, dát mu kyslík a zahřát ho. Snažit se udržet základní životní fce
- Výplach žaludku – ne u poruch vědomí, aspirace..ale asi se už moc nedělá, jen kdybychom to udělali hodně brzo
- Antagonistou BDZ je flumazenil – 0,2 mg i.v a pokud nedojde k úpravě vědomí, tak co 1 min 0,1 mg až do celkové dávky 1 mg...účinkuje 30-60 min a může se dávat opakovaně.
- Hemodialýza- chceme zrychlit vylučování z organismu
- Antikonvulziva – prevence křečí, dám karbamazepin

Akutní intoxikace halucinogeny

- Kanabinoidy, psilocybin, LSD, MDMA
- P bude hyperaktivní, agresivní, bude mít euforii, depersonalizace a derealizace, flashabacky. Halucinace, úzkosti až deprese
- Objektivně: tachykardie, palpitace, zimomřivost, poruchy vidění, pocení
- Příznaky podobné jako u schizofrenie, deliria...
- Nejhorší jsou halucinace – většinou nepříjemné, perzekuční, hrozí zranění, antipsychotika
- Při velké agresi a ohrožování sebe a okolí dáme haloperidol nebo tiaprid
- Velké riziko sebevraždy – detence, omezovací prostředky, nenechat P nebezpečné předměty
- Somatické příznaky – tachykardie, palpitace, pocení – beta blokátory
- U silné úzkosti akutně anxiolytika -> benzány

Odvykací syndrom při závislosti na alkoholu

- Lehký až život ohrožující = delirium tremens
- Lehký
 - Třes, pocení, hypertenze, neklid, nauzea, zvracení, do 5 dnů odezní
 - Klid, monitoring, BDZ, doplnění vit B, Mg, hydratace, elektrolyty
 - Pozor na epi záchvaty – diazepam
- Delirium tremens
 - Halucinace, poruchy spánku, hypertenze, třes, epi záchvaty, horečka, tachypnoe
 - Tišíme neklid – BDZ, antipsychotika

- Vnitřní prostředí – tekutiny, vit B, glu
- Prevence komplikací – jaterní dysfunkce, pneumonie z aspirace, krvácení GITu
- V delším horizontu
 - Senzitizace – látky zvyšující vnímavost organismu k alkoholu = napije se a je mu blbě – antabus
 - Craving – akamprosát, naltrexon, při depresi SSRI
 - Myslet na to, že bude pít – nedávat TCA, BDZ, opioidy
- P se k nám dostane z neurologie bo ze záchytky; přijmeme ho na akutní oddělení na samostatný pokoj

Odvýkací syndrom při závislosti na opiátech

- Morfin, kodein, heroin, odvar z makovic
- Syndrom propukne ihned po podání antidota = naloxon nebo po vyloučení látky z těla
 - U heroinu za 6 hod, ostatní cca 3 dny
- Nervozita, úzkost, lakrimace, nechutenství, craving, husí kůže, hypertenze, mydriáza, křeče, průjem – vše mizí do 7 dnů, jen nespavost, nauzea i měsíce
- Při průjmu nevolnosti a zvracení můžu dát LOPERAMID bo nějaký antiemetika
- Není život okružující, postupně detoxifikujeme
- Minimalizace odvykacích příznaků – buprenorfin / metadon = agonista opioidních receptorů, dávky se postupně snižují až do vysazení
- Úzkost a nespavost BDZ, antiemetika, hydratace, tlumení bolesti (NSAID), spazmoanalgetika (algifen)
- Pacient má nejdřív odvykací příznaky, tak to nějak překonat a pak se třeba bude chtít léčit, nastoupí na speciální program....bud' se mu dává naltrexon což je ANTAGONISTA nebo se mu dává mírná substituce metadonu (vyvolá jen mírnou euforii bez jakýchkoliv jiných změn osobnosti) nebo buprenorfin což je duální agonista/antagonista..to jsou P kteří chtějí zlepšit svůj stav, ale ještě nedokáží plně abstinovat...může se dát i KLONIDIN (alfa2 agonista)

Konverzní křeče

- Chovám se k němu jako k že se jedná o epilepsii: odstranit předměty o které by se mohl poranit, povolit kravatu, nedržet ho ani mu nijak nebránit
- Odlišit od epileptického záchvatu, ale zároveň to není simulace (na základně video monitoringu)
- Léčba – hlavně psychoterapie – dynamická, KBT, cílem je v mysli najít odštěpné části, které vedly k této nemoci a vrátit je do vědomí, vysvětlit P, že netrpí somatickou poruchou
- Většina spontánně odezní, některé lze zastavit aplikací placebo, mluvíme na P a snažíme se jej uklidnit
- Někdy BDZ ale jen krátkodobě, nejlépe farmaka neužívat, neužívat antiepileptik
- Farmakoterapie jen u přidružených psychiatrických poruch – deprese, panické ataky – SSRI

Konverzní poruchy hybnosti

- Obtíže nejsou produkovány úmyslně – P nejsou simulanti, nemusí mít současně psychiatrické onemocnění – pokud mají progóza je ještě horší
- Léčba
 - Sdělení diagnózy P - nezlehčovat, říct, že se obtížně léčí (může být i kurativní), dát mu najevo, že mu věříme, že víme, že si to nevymýšlí
 - Vyřadit zbytečnou medikaci
 - Antidepresiva
 - Psychoterapie – jen když P chce a spolupracuje, KBT, dynamická...může mít i úzkosti a jiné problémy
 - Fyzioterapie

- Prognóza nepříznivá, většina P se zhoršuje, vysoká míra invalidity, pracovní neschopnost
- V rámci diff dg: má neurologické příznaky, ale odvedením pozornosti se mírní bo úplně vymizí, příznaky se často kombinují, jsou atypické, dobře reagují na placebo, P popisuje náhlý bo rychlý vznik příznaků....P k nám přijde z neurologie nejl.

Stupor

- Hlavně odlišit stupor
 - o Katatonní – schizofrenie
 - o Depresivní
 - o Manický
 - o Organický – tumor, encefalopatie, infekce, hypotermie
- Trvá hodiny max dny – poté sám odezní
- Léčba – hlavně psychoterapie – dynamická, behaviorální
- Výživa, monitoring vnitřního prostředí
- Někdy anxiolytika – farmaka nemají vyšší účinnost oproti placebo

Intoxikace lithiem

- Příznaky závisí na koncentraci = akutní intoxikace
 - o $< 1,5$ mmol/l – GIT potíže = nauzea, zvracení, polydipsie a polyurie
 - o $1,5 - 2$ mmol/l – horší GIT potíže, neurotoxicita – ospalost, třes, hypertonus
 - o > 2 mmol/l – kardiovaskulární toxicita – arytmie, av bloky, koma, smrt
- Chronická intoxikace
 - o Tremor, encefalopatie, nystagmus, pseudotumor CNS
 - o Ireverzibilní = příznaky přetrvávající 2 měsíce po vysazení – projevuje se jako poškození mozečku – ataxie, porucha koordinace a rovnováhy, intenční tremor
- Akutní intoxikace
 - o Lithium nemá antidotum
 - o Výplach žaludku do 1 hodiny od požití, plazmatického maxima dosáhne za 2 – 4 hod
 - Nikdy u poruch vědomí
 - o Aktivní uhlí – 1g/kg
 - o Symptomatická léčba
 - Přerušit příjem Li
 - Korekce vnitřního prostředí, dostatečná hydratace!, křeče – diazepam
 - Hlídat ledviny – hrozí akutní tubulární nekróza
 - Forsírovaná diuréza – urychlení vyloučení látky ledvinami
 - Hemodialýza – opakovat za týden – lithium se uvolní z tkání

Extrapyramidový syndrom

- Léčba dle projevů ev vysazení léku, který toto způsobil: neuroleptika, antidepressiva, lithium, antiparkinsonika v pozdějších stádiích, antiepileptika. Ptám se na farmakologickou anamnézu!
- Akutní formy EPS
 - o Polékový parkinsonský sy – u lehké formy neřešíme, u těžkých vysadit lék, anticholinergní preparáty (biperiden?)
 - o Akutní dystonie – anticholinergika – biperiden, pokud se opakuje lék vysadit, botulotoxin do postiženého svalu.
 - o Akutní akatizie (neschopnost vydržet v klidu, nehnutě) – podáme anticholinergikum (biperiden), beta blokátory (propanolol)
- Chronické formy
 - o Tarditivní dyskineze – mírné projevy se neléčí, beta blokátory, blokátory Ca kanálu, BDZ, u život ohrožující dyskineze ECT, klozapin, klonazepam

- Tremor – vyloučit jiné příčiny (esenciální tremor, parkinson,), BDZ, anticholinergika, propranolol na akční třes, na klidový amantadin
- Tarditivní myoklonus – většinou mírný a neřeší se, jinak klonazepam, snížení dávky, popřípadě vysadit
- Tiky – haloperidol
- U mírných forem obvykle není nutné lék vysadit, záleží i na P

Halucinující P, bludy

- Halucinace – antipsychotika, řešení příčiny, dohled, psychoterapie, pozor na riziko suicidia
- Bludy – řešit příčinu – schizofrenie, alkohol, antipsychotika, dohled
- Terapie u obou svízelná, protože P je nevývratně přesvědčen o pravdě – psychoterapie moc účinná není, můžu dát haloperidol, olanzapin, risperidon (neuroleptika)
- Při známkách neklidu dám benzáky
- Z fyzikálního vyšetření bych na prvním místě doporučil **vyloučit známky meningeálního dráždění**. S výhodou je i **vyšetření glykemie** glukometrem k vyloučení hypoglykemie
- Rozhovor s pacientem by měl být veden obezřetně, klidně a se snahou o zklidnění případné agitovanosti, halucinace a bludy si vyslechnout, moc nekomentovat a nevyvracet

Manický pacient

- Anamnéza: utrácí hodně peněz, hodně nakupuje, je impulzivní...ptáme se na změny v posledních týdnech (hodně utrácel, založil byznys, požádal přítelkyni o ruku, koupil byt atd.)
- Stabilizátory nálady nasadit co nejdříve!
- P ještě není léčen (první epizoda): antipsychotikum 2.generace (haloperidol) v kombinaci se stabilizátorem
- P už má diagnostikovanou BAP a bere stabilizátory: zvýšení dávky...pokud je to nedostačující-> Lithium+antikonvulzivum bo Li+antipsychotikum
- Když to nezabírá zamění se za antipsychotika 1.generace
- Při agitovanosti dávat benzáky (CAVE! Nekombinovat s klozapinem/olanzapinem->útlum DC)
- Profylaxe – lithium, antiepileptika, antikonvulziva
- U závažných forem antipsychotika a BDZ
- Agrese – detence, omezení pohybu, riziko úrazu, sebevraždy

Insomnie

- Rozlišit akutní nebo chronická insomnie
- Anamnéza: Má v rodině někdo poruchu spánku? Jak dlouho to už trvá? Máte problém s usínáním nebo se častěji budíte bo vstáváte dříve? Jak často týdně to bývá? Kolik hodin spíte denně? V kolik hodin chodíváte spát a v kolik vstáváte? Jak se cítí přes den, vyspaný a svěží bo unavený podrážděný? Okolnosti ulehnutí...
- Pošleme do spánkové laboratoře, diff dg organických příčin
- Spánkový deník
- Na **akutní** dáme hypnotika jako benzáky bo Z látky...bráníme přechodu do chronicity
- U **chronické** se snažíme přijít na to, co to vyvolává (pije zelený čaj večer, cvičí před spánkem atd)
- Základ je **nefarmakologická** léčba a spánková hygiena: vstávat a chodit spát ve stejnou dobu (i víkend), nepít kávu a kofeinové nápoje později odpo a večer, nejíst a necvičit před spánkem, nebýt na mobilu před spánkem, nepít alkohol, v posteli jen spát, chlad+ticho+tma, přes den nespát víc jak 30min...EDUKACE P
- Relaxační metody, procházka před spánkem
- **Psychoterapie**, KBT
- U chronické insomnie má být její použití časově ohraničeno na několik týdnů (2–4 týdny) nebo na intermitentní podávání (4–5 dní v týdnu)

- Krátkodobé podávání hypnotika na začátku KBT může být výhodné, protože přináší rychlejší zlepšení ve srovnání se samotnou KBT a tento postup prokazuje nejlepší dlouhodobý efekt
- Dlouhodobé podávání hypnotik se nedoporučuje pro nežádoucí účinky, návykovost, rozvoj tolerance, rebound insomnie po vysazení
- *Z látky (Zolpidem) lepší než benzodiazepiny, které narušují architekturu spánku (pacient nesní, spánek je méně osvěžující, více plytký).*
- Chronicky dáváme sedativní antidepresiva (trazodon, mirtazapin), někdy i tiaprid a quetiapin, MELATONIN

Suicidální P

- Záchranka nám přiveze P po pokusu o sebevraždu: zajistíme trvalý dohled, psych vyšetření, diff dg, přímé/nepřímé otázky na sebevraždu->myšlenky, tendence, pokusy (minulé), co ho k tomu vedlo (nemoc/rozchod...); přijmu P na akutní oddělení na uzavřený pokoj pod kamerovým dohledem, odeberu všechny věci, kterými by si mohl ublížit
- Hospitalizace vždy u suicidálních představ, pokud současně trpí psychickou nemocí, pokud vyhodnotím, že by si mohl ublížit (->detence)
- Terapie dle toho co bylo motivem spáchání
- Farmaka – dle typu poruchy – antidepresiva, antipsychotika, BDZ
- Biická sebevražda – motiv vychází z reality, není spojen s psychickou poruchou, nepomůže nic
- Psychoterapie
- Klozapin a lithium jsou antisuicidální (dám pokud trpí psychickým onemocněním, pokud se chtěl zabít z toho, že dluží, tak ne :D)
- U silně depresivních i ECT pak

Sebeпоškozování

- Důležitá je léčba primárního onemocnění!!
- Typicky hraničáři: mají psychoterapie, třeba KBT (snažíme se je naučit jiné metody jak uvolnit napětí atd.)
- Primárně psychoterapie – musíme odstranit původní problém, stresor, léčba traumatu, terapie se zaměřuje na rodinné a sociální vztahy, sebeovíňování atd.
- Může být součástí bludů, halucinací – antipsychotika
- Mentálně postižení P – vyjadřují tak své emoce (tady hlavně edukace toho, kdo se o něj stará, zvýšený dohled)
- Antidepresiva, neuroleptika, lithium, ECT

Akutní reakce na stres

- P po autonehodě, přepadení, sdělení špatné diagnózy atd
- Poskytneme krizovou intervenci, psychoterapie
- Jednorázově BDZ, při nespavosti hypnotika
- Spontánně odezní – poté hrozí vznik poruchy přizpůsobení – do 1 měsíce od negativních zážitků
- Př: P je svědek nějaké katastrofy-> odvést ho na klidné místo (přesně mu říkat, co má dělat, je v šoku a má narušené vnímání a myšlení, tzn říct něco ve smyslu „venzte si své věci a pojďte se mnou k záchrance, kde vás ošetříme a bla bla)

Behaviorální poruchy u demence

- Musíme zjistit příčinu, zajistit bezpečí P i jeho okolí, popis poruchy chování, edukace opatrovníka/rodinu (aby se to neopakovalo)
- Diff dg. Iatrogeně farmakogeně (anticholinergika, benzáky, diuretika), pátráme po nějaké změně (hospitalizace, změna jídelního bo spánkového režimu), nemá infekce
- Farmakoterie jen u nezvladatelných agresí, depresí, úzkostí

- Donepezil, rivastigmin, galantamin (inhibitory cholinesterázy, působí i na úzkost, depresi, apatii, halucinace, bludy; pokud to už teda nebere), **trazodon** (antidepresivum), **SSRI**, **buspiron** (anxiolytikum), při silné úzkosti benzák s krátkým pľočasem(ale spíše ne), **tiaprid**, **melperon**, **risperidon** (antipsychotika)
- U poruch chování nemají farmaka účinnost?
- Nefarmakologický postup: tím začneme
 - o Úprava prostředí, péče o celkový tělesný stav
 - o Masáže, muzikoterapie, omezovací prostředky, fototerapie (u depresí a poruch spánku; ráno), tanec, aromaterapie, multisenzorická stimulace
- Spontánní remise do 3 měsíců

Psychofarmaka a gravidita

- Zvážit přínosy a rizika (neléčená nemoc matky je taky riziko!!)
- Vysazení farmaka je spojeno s rizikem relapsu matky a zhoršení celkového stavu
- Pokud možno naplánovat těhotenství v době kompenzace nemoci
- Nejdříve se snažíme léčit nefarmakologicky-> psychoterapie bo ECT
- Po porodu zvážit zástavu laktace, jinak dávat lék před nejdelší dobou spánku dítěte
- **Antidepresiva:** SSRI (vše kromě paroxetinu, sertralin bezpečný i u kojení), SNRI (venlafaxin), TCA (amitriptylin, nortriptylin, imipramin), mirtazapin, trazodon, bupropion...nejlépe vysadit 1-2tt před porodem, volíme monoterapii, co nejnižší dávku s co nejméně metabolity, s málo NÚ, krátkým pľočasem
- **Antipsychotika:** 1.generace (haloperidol, chlorpromazin, levomepromazin, flupenthixol), 2.generace (Risperidon, olanzapin, quetiapin, aripiprazol, amisulprid, clozapin); v prvním trimestru nejlépe vysadit (pokud to stav matky umožňuje), jinak snížíme na co nejnižší udržovací dávku, monoterapie,před porodem nevysazujeme, neměla by kojit
- **Stabilizátory:** nejlépe lamotrigin; karbamazepin/valproát/lithium teratogenní. Lithium jen když je to nezbytně nutné (UZ plodu!->kardiovaskulární postižení; co nejnižší dávky, kontrola lithémie, dva týdny před porodem snížit dávku páč bude velká ztráta krve), ale i tak je lepší ho vysadit na první trimestr. Karbamazepin a valproát (UZ 16-18tt těhu, preventivně kyselina listová). Kojení s lithiem NE, u antiepileptik kombinovat s umělou výživou a kojit s velkým odstupem od podání farmaka!
- **Anxiolytika a hypnotika:** nejlépe KBT, dlouhodobě antidepresiva viz před, jednorázově/výjimečně benzáky (lorazepam, oxazepam, alprazolam; s krátkým pľočasem), v 1.trimestru benzáky NE! Riziko rozštěpu patra, benzáky před porodem vysadit!!->floppy child sy.; na nespavost Z látky (zopiklon, i během laktace); při laktaci antidepresiva, benzáky jen s krátkým účinkem a jednorázově.