

A – Obecná psychiatrie

1.Vnímaní a jeho poruchy

- Vnímaní je odraz reality v našem vědomí
- V průběhu procesu vnímání si lidé uvědomují svět, který je obklopuje, prostřednictvím relevantních receptorů a smyslových orgánů
- Zvláštní jevy u duševně zdravých lidí:
 - **Eidetismus**
 - schopnost reprodukovat vnímané s neobvyklou přesností
 - typické pro děti a pro citlivé osoby, např. hudební skladatelé, umělci
 - **Synestezie**
 - během působení reálného stimulu (např. barvy) subjekt vnímá i další stimulus (např. hudbu), který není reálně přítomen.
 - bývá při intoxikaci halucinogeny
 - **Paobrazy**
 - dříve vnímaný obraz se stále udržuje, i když odpovídající podnět již skončil
 - např. pokud člověk pohlédne do Slunce, tak je zrakově chvíli vnímá i poté, co již zrak odvrátil
 - **Pareidolie**
 - schopnost vnímat obrazy a vzory v náhodně vnímaných objektech, i když v nich žádné vzory nejsou
 - roli hraje fantazie
 - např. můžeme vidět zvířata a lidi v mracích na obloze
 - využití v Rorschachově testu (inkoustové skvrny, rozbor osobnosti)
 - **Smyslové klamy**
 - obvykle zrakové
 - jde o nesprávné hodnocení prostorových poměrů
 - dáno nedokonalostí našich smyslů
 - např. hůl ponořená částečně ve vodě se jeví jako zlomená, i když je ve skutečnosti rovná
- Poruchy
- **KVANTITATIVNÍ poruchy vnímání**
 - Snížená percepce
 - schopnost vnímat je celkově snižena
 - např. při únavě
 - Zvýšená percepce
 - kapacita vnímání je zvýšená
 - např. hypochondrický pacient zvýšeně vnímá tělesné potíže
- **KVALITATIVNÍ poruchy vnímání**
 - **Halucinace**
 - vjem vzniká bez reálně existujícího podnetu
 - např. nemocný vidí uprostřed prázdné místnosti slona
 - **Iluze**
 - reálný stimulus je přítomen, je však vnímán zkresleně
 - mohou být přítomné při únavě nebo intoxikaci halucinogeny
 - např. pacient vidí postavu místo věšáku na kabáty, který je skutečně přítomen
 - **Pseudohalucinace, pseudoiluze**
 - nemocný si je racionálně vědom, že to, co vnímá není reálné
 - např. pacient ví, že trpí schizofrenií a jedná se jen o projev nemoci, jindy ví, že užil halucinogen a jde o vliv této drogy
 - **Sluchové halucinace**
 - jsou nejčastější
 - pacient je obvykle popisuje jako „hlasy“, které k němu mluví
 - mohou být označovány jako imperativní, pokud něco nařizují, teleologické pokud něco radí nebo antagonistické, kdy více hlasů je navzájem obsahově v rozporu
 - **Zrakové halucinace**
 - méně časté
 - pacient může vidět zvířata (zoopsie), velké nebo malé objekty (makropsie nebo mikropsie), sebe samého (autoskopické halucinace)

- u hemianoptických halucinací pacient halucinuje ve slepém místě svého zorného pole (při poškození okcipit. laloku)
- u tzv. Pickových vizí pacient vnímá, že stěny místnosti se ohýbají, bortí a lidé procházejí skrze ně (může být při poškození pontu)
- **Čichové nebo chuťové halucinace**
 - pacient může cítit (často nepříjemné) pachy nebo chutě v ústech
 - např. při epilepsii, nádorech mozku
- **Taktilní halucinace**
 - pacient cítí dotyky na svém těle, v některých případech v intimních partiích
 - např. u psychotických poruch
- **Intrapsychické halucinace**
 - pacient „cítí“, že někdo cizí vkládá své myšlenky do jeho hlavy či krade pacientovy myšlenky z jeho hlavy (vkládání myšlenek, odnímání myšlenek)
 - typické u schizofrenie
- Viscerální (somatické, orgánové) halucinace
 - jeví se jako vycházející z vnitřností
 - pacient může cítit např. červy lezoucí v játrech
- Pohybové halucinace
 - pacient „cítí“, že někdo pohybuje jeho končetinami nebo tělem
- Verbálně-motorické halucinace
 - pacient „cítí“, že někdo mluví jeho ústy
- Graficko-motorické halucinace
 - pacient „cítí“, že někdo cizí pohybuje jeho rukou při psaní
- Inadekvátní halucinace
 - vnímané halucinace nepřísluší danému smyslu
 - např. pacient „vidí“ svým srdcem
- Negativní halucinace
 - pacient nevnímá reálně existující stimulus
- Hypnagogické halucinace
 - halucinace přítomné při usínání
- Hypnopompní halucinace
 - halucinace přítomné při probouzení
- **Vyšetření**
 - obvykle vyšetřujeme přítomnost halucinací **přímým dotazem** na pacienta
 - Je také možné posuzovat behaviorální projevy halucinací u pacienta (halucinatorní chování), kdy pacient mluví s „hlasy“, hledá původ „zvuků“ v místnosti, zacpává si uši, zaujímá „naslouchací“ pozice

2. Intelekt a jeho poruchy

- **Intelekt**
 - je schopnost porozumět a poznat, učinit závěr, vyřešit problém; práce s fakty;
 - je výsledkem činnosti kognitivních funkcí
 - má různé složky, např. verbální, nonverbální nebo sociální
 - výše intelektu se běžně popisuje pomocí inteligenčního kvocientu (IQ) např. Wechslerovým testem (verbální test) nebo Ravenovým testem (nonverbální test)
 - průměrné IQ se pohybuje mezi 91-110 bodů
 - IQ v rozmezí 70-90 bodů je podprůměr, nejedná se o duševní poruchu, IQ pod 69 bodů značí duševní poruchu
 - Intelekt můžeme odhadnout také podle nejvyššího dosaženého školního vzdělání
- **Intelligence**
 - někdy synonymum k intelektu,
 - jindy praktická a měřitelná schopnost řešit problémy novým kreativním způsobem, aplikovat výsledky kognitivních funkcí,
 - může zahrnovat i procesy, které nejsou spojeny s rozumovou složkou - tj. pocit, intuice, motivace
- **Poruchy**
 - **Mentální retardace**
 - přítomna od počátku vývoje, tj. nedostatečný rozvoj intelektu
 - Lehká (70-50) - vychovatelnost a vzdělatelnost
 - Střední (50-35) – vychovatelnost (+stálý dohled)
 - Těžká (35-20, pod 20) – stálý dohled
 - eretická forma – neklid, dráždivost, impulzivita, případně agresivita, sebezraňování
 - torpidní forma – apatie, abulie
 - **Demence**
 - rozvoj poté, co již byl intelekt vyvinut, tj. sekundární pokles intelektu
 - symptomy syndromu demence
 - C: Kognice (intelekt)
 - objektivní porucha paměti
 - další kognitivní poruchy (pozornost, orientace, verbální produkce, jazyk – abstrakce, fluence, soudnost, logické uvažování, exekutivní funkce, zrakově-prostorové schopnosti, vyšší kortikální funkce)
 - B: Behaviorální a psychologické poruchy (BPSD)
 - poruchy chování (neklid, agrese, bloudění), vnímání (halucinace, iluze), myšlení (bludy, kvantitativní poruchy, poruchy struktury), emotivity a nálady (deprese, mánie, nepřiléhavost, ztráta regulace – labilita, inkontinence)
 - A: Aktivita každodenního života
 - příznaky mají funkční význam – ztráta schopnosti sebezpečí (hygiena, stravování, základní dovednosti)
 - **Pseudodemence**
 - klinický obraz připomíná demenci, etiologie je však jiná
 - u emočně nestabilní osobnosti po těžkém psychotraumatu nebo u deprese

3. Paměť a její poruchy

- schopnost člověka přijímat, uchovávat a později si vybavovat minulé vjemy, zážitky a děje
- různé druhy paměti
 - **explicitní (deklarativní) paměť**
 - klinicky relevantní
 - má složku **epizodickou** (čas, místo, obsah události) a **sémantickou** (fakta)
 - dělení dle časového hlediska
 - **bezprostřední**
 - sekundy
 - **krátkodobá**
 - minuty, dny
 - vřtípivost
 - **dlouhodobá**
 - týdny, měsíce, roky
 - úchovnost, výbavnost
 - mechanická
 - prosté zapamatování si jsemů tak, jak jdou po sobě
 - logická
 - na základě vztahů a souvislostí mezi jevy
 - zraková a sluchová
 - na základě smyslových počitků
- **vřtípivost (recepce)**
 - Vznik a konsolidace paměťové stopy
 - Neuroplasticita – funkční změny účinnosti synapsí a následná tvorba nových spojů
 - Farmakologie: CAVE anti-NMDA, anti-GABA, anti-AC...
 - Psychologické faktory vzniku vzpomínky: její přesnost souvisí s „jasností jsemu“
 - vigilita, lucidita vědomí
 - pozornost – čím větší pozornost věnovaná jsemu, tím přesnější zapamatování
 - afekt – zvýší zájem o jsem, avšak zkreslí ho; jsem je snadněji zapamatován, vzpomínka je však nepřesná
 - *opakování – zvýší šanci něco si vřtípit; efektivnější, pokud opakování v delších časových intervalech*
- **výbavnost (reprodukce)**
 - Vlastnosti vybavené vzpomínky:
 - prostor pro chyby
 - pocit **výbavy** (rozpomenutí – jde o vzpomínku, ne o aktivní produkt myšlení)
 - pocit **jistoty** („jsem si jistý, že to tak bylo“ – přesnost obsahu vzpomínky; výrazné osobnostní vlivy)
 - **časová a situační lokalizace** (pořadovost – kdy a za jakých okolností vznikla)
- Poruchy
 - **KVANTITATIVNÍ**
 - **amnémie**
 - ztráta paměti
 - přechodná, trvalá
 - ostrůvkovitá (částečná), totální
 - retrográdní (v čase dozadu), anterogádní (v čase dopředu)
 - organická, psychogenní
 - např. po úrazu hlavy, organickém postižení mozku, demenci...
 - **hypomnémie**
 - oslabení paměti
 - klinicky významné narušení vřtípivosti a výbavnosti
 - např. subjektivně u neurastenie
 - **hypermnémie**
 - chorobně zvýšená paměť (určité složky paměti na úkor složek jiných)
 - Zvýšení výbavnosti, jasnosti, pocitu jistoty na úkor přesnosti: **mánie**

- Neprobíhá „vyhasínání paměťové stopy“ – emoční složky: **posttraumatická stresová porucha**
- **KVALITATIVNÍ**
 - **Pseudologia phantastica (bájevá lhavost)**
 - postižený vypráví události, jako by je sám prožil
 - není schopen rozlišit své fantazie od reality
 - zejména, pokud mu to přináší výhodu – „sekundární zisky“
 - nejedná se o vědomou lež, ale o podvědomí mechanismus
 - např. u emočně nestabilní či histriónské poruchy
 - **Konfabulace**
 - „Vyplnění anterográdní amnézie“
 - Jedná se o poruchu všípivosti
 - Nemocný ihned zapomene své smyšlenky a na stejnou otázku tvoří smyšlenky nové
 - Nevědomý děj a momentální přesvědčení o pravdivosti obsahu
 - Odliš od lži (lež – pořád stejná odpověď, konfabulace – pokaždé jiná odpověď)
 - Typické pro Korsakovský amnestický syndrom
 - **Chyby paměti**
 - **Nejsou známkou duševní poruchy**
 - **vzpomínkový klam**
 - neprožitá událost, např. vyčtená z knihy, se jeví jako vlastní
 - **kryptomnézie**
 - člověk má dojem, že se nejedná o vzpomínku, ale o jeho původní myšlenku či umělecký motiv
 - vznik nevědomých plagiátů
 - **ekmnézie**
 - špatná časová lokalizace
 - **paramnézie**
 - rozdělení jedné vzpomínky na dvě a jejich situování do různých časových období (paramnézie reduplikující), anebo naopak jejich neoprávněné sloučení (paramnézie jednotící)
 - **halucinace paměti**
 - pamatuji si svou představu, mám ji ale za skutečnou, tj. že jsem ji prožil
 - **iluze paměti**
 - illusion du déjà vu
 - jedinec má pocit, že současný prožitek už někdy viděl, slyšel nebo prožil
 - **pseudoreminiscence**
 - běžné „doplnění vzpomínky“
- Vyšetření
 - **klinické**
 - bezprostřední (všípivost)
 - okamžité opakování řady čísel (norma 6 dopředu, 3 zpět)
 - krátkodobá (všípivost, výbavnost)
 - oddálené opakování řady slov, události z bezprostřední minulosti
 - dlouhodobá (výbavnost, retence)
 - informace z minulosti (anamnestická data), všeobecně známá data (prezident...)
 - **psychologické testy**
 - **MMSE, Wechsler Memory Scale**
 - specifické testy na pracovní paměť

4. Poruchy pozornosti

- **Pozornost** je schopnost aktivně zaměřit naše vědomí na určitý děj či objekt
- Vlastnosti
 - **tenacita** (délka udržení pozornosti)
 - **vigilita** (schopnost přenášet pozornost dle potřeby)
 - **koncentrace** (intenzita)
 - **selektivita** (schopnost zaměřit se na jeden proces)
 - **distribuce** (schopnost rozdělit mezi více procesů/vjemů)
 -
- Poruchy
 - **Aprosexie**
 - naprostá neschopnost soustředit se
 - např. u těžké mánie
 - **hypoprosexie**
 - snížená schopnost soustředit se
 - rozhovor – roztržitost
 - činnost – odbíhání, předčasné ukončení a zahájení nové aktivity, zaměření na nové nepodstatné podněty,
 - čtení – nutnost opakovaného vrácení se zpět v textu...
 - např. u deprese, demence
 - **hyperprosexie**
 - neschopnost odklonit pozornost, neproduktivní setrvání u jednoho podnětu, tématu, činnosti
- Vyšetření
 - **Klinicky**
 - „7-test“ (100-7, 93-7, 86-7...)
 - **Psychometrické testy**
 - test setrvalé pozornosti (Continuous performance test)
 - Bourdonův škrtačí test

5. + 6 + 7 Poruchy myšlení, bludy, vtíravé myšlenky

– Myšlení

- proces zprostředkovaného a zevšeobecněného poznání skutečnosti
- uskutečňuje se prostřednictvím
 - **Představ:** odraz předmětu nebo jevu ve vědomí
 - **Pojmů:** abstrakce zachycující podstatné znaky jevů
 - **Asociací:** přidružování představ do řetězců
 - **Logických úkonů:** vztahy mezi různými jevy
- je závislé na jiných psychických funkcích
- projevem je **řeč**
- podkladem je zapojení **neuronálních sítí v kortexu**

– Poruchy

- **DYNAMIKY (RYCHLOSTI)**
 - **Zpomalené myšlení**
 - Zpomalení myšlenkových procesů
 - Nedostatek spontánnosti
 - Projevy v řeči – zpomalení řečového tempa, latence v odpovědích, mutismus
 - POZOR! Neplést s tzv. Aphrasia voluntaria (vědomé mlčení)
 - **Bradypsychismus**
 - zpomalené jsou veškeré psychické pochody
 - např. deprese, hypoaktivní delirium, organická postižení mozku
 - **Záraz v myšlení (blok)**
 - Zastavení myšlenkového procesu
 - Např. poruchy schizofrenního okruhu, deprese, hypoaktivní delirium, organická postižení mozku
 - **Zrychlené myšlení**
 - Zrychlení představ a asociací
 - Asociace se stávají povrchními a více závislými na okolních dějích
 - Projevy v řeči – zrychlené řečové tempo
 - **Tachypsychismus**
 - Zrychlené myšlení doprovázené zrychlením jiných psychických funkcí
 - Např. mánie, hypomanické stavy, opilost
 - **Myšlenkový tryk**
 - Výrazně zrychlené myšlení = vystupňován tachypsychismus
 - Myšlení se stává neproduktivní a rychlé střídání cílů nevede k žádných závěrům
 - Projevy v řeči – tachylogie, logorhea (vysoké tempo řeči)
 - Pseudoinkoherence – nemocný nedokáže rychlý tok myšlenek adekvátně slovně formulovat a řeč je nesouvislá, „řeč nestíhá myšlení komentovat“, nejsou např. dokončovány věty, protože jsou rychle začínány nové
 - Např. mánie, hypomanické stavy, opilost
- **STRUKTURY (LOGICKÉ NÁVAZNOSTI)**
 - **Narušení logických vazeb mezi myšlenkami**
 - Typický výskyt u poruchy schizofrenního okruhu
 - **Paralogické myšlení**
 - Myšlenky na sebe navazují povrchně nebo například na základě podobnosti slov apod.
 - Vytváření neologismů
 - Pacient např. požaduje obvaz na hlavu, aby se mu „nerozutíkali myšlenky“; nemá rád lidi, který vystupují z lodi, protože jsou to zloději...
 - **Tangenciální (rozjíždivé) myšlení**
 - Myšlenky na sebe navazují velice vzdáleně
 - "Jeden o voze, druhý o koze."
 - **Inkoherentní myšlení**
 - Úplná ztráta logických a asociačních vazeb

- Projev v řeči – nesouvislá řeč
 - Slovní salát (žargonafázie, schizofázie)
 - Např. u poruchy schizofrenního okruhu, kvalitativní poruchy vědomí
- **Rezonérství**
 - Pseudofilozofování
 - Neplodné úvahy o zbytečnostech nebo rozebírání evidentních záležitostí
 - Typicky u schizofrenie
- **Narušení vazby mezi subjektivním a objektivním světem**
 - Projev v řeči – omezení verbální produkce
 - **Autistické myšlení**
 - Snížení kontaktu mezi subjektivním světem a okolím
 - Např. u schizofrenie a příbuzných poruch, schizotypní porucha
 - **Symbolické a magické myšlení**
 - Vytváření individuální, nesrozumitelné symboliky
 - U schizofrenie,
 - Fyziologicky u dětí i dospělých, avšak duševně zdravý člověk má zachován náhled a kontrolu nad těmito myšlenkami
 - **Vztahovačné myšlení**
 - Paranoidní myšlení
 - Neutrální jevy v okolí nemocný vztahuje ke své osobě
 - U poruch schizofrenního okruhu, kvalitativní poruchy vědomí, poruchy osobnosti
- **Narušení toku asociací bez hrubého narušení logických vazeb**
 - Typicky u organických poruch mozku
 - **Ulpívavé myšlení**
 - Myšlenkový tok probíhá, pacient se však opakovaně vrací k téže představě
 - Projev v řeči
 - perseverace (neustále se vrací k určitému tématu)
 - verbigerace (mechanické opakování stejných slov či výroků)
 - Např. u organické poruchy mozku, katatonie, demence
 - **Nevýpravné myšlení**
 - Setrvávání na jednom tématu, myšlence
 - Např. u demence
 - **Zabíhavé myšlení**
 - Hlavní tok asociací je doplňován nepodstatnými myšlenkami
 - Řeč je obsírná s četnými podrobnostmi
 - Bývá u organických poruch mozku
- **Omezení témat, kterým se myšlenkový proces zabývá**
 - Typicky u stresem podmíněné poruchy, afektivní poruchy, úzkostné poruchy
 - U zdravých jedinců v souvislosti se silnou emocí
 - **Ovládací myšlení**
 - V popředí delší dobu vystupuje určitá myšlenka
 - Myšlenka může být emočně nabitá
 - **Katatymní myšlení**
 - Myšlení výrazně zkreslené emotivitou
 - **Obsedantní myšlení**
 - Tendence k produkci intruzivních myšlenek a obsesí
 - „Zhasl jsem? Zavřel jsem dveře?“
- **OBSAHU**
 - **Bludy**
 - Mylné, nevývratné, kulturně nepřijímané, individuální přesvědčení s vlivem na chování
 - Patří mezi tzv. **psychotické příznaky**
 - Přítomný u
 - Organické poruchy včetně delirií
 - Poruchy vyvolané psychoaktivními látkami

- Poruchy schizofrenního okruhu
- Poruchy s bludy
- Afektivní poruchy
- **Vlastnosti a podklad**
 - **Chorobně vzniklý**
 - Formální poruchy myšlení, poruchy emotivity
 - Diskonekce limbických oblastí a prefrontální kůry
 - Poruchy metabolismu mediotemporálních oblastí
 - Celková kortikální atrofie
 - **Nepravdivý / nesprávný**
 - Neodpovídá realitě nebo kolektivnímu, sdílenému chápání reality
 - **Nevývratný**
 - Blud nelze korigovat logickými argumenty
 - **Individuální a soukromý**
 - Není (až na výjimky) sdílený s nikým z určitého sociálně-kulturního kontextu
- **Dělení dle obsahu**
 - **Expanzivní (Megalomanické)**
 - Pacient přeceňuje vlastní význam, osobu a schopnosti
 - **Extrapotenční**
 - Je nadán neobvyklými schopnostmi, např. telepatickými
 - **Originární**
 - je vznešeného původu
 - **Inventorní**
 - Vynálezecký, např. vynášel přístroj na ožívování mrtvol
 - **Reformátorské**
 - Cítí se být povolán spravedlivě uspořádat svět
 - **Erotomanické**
 - přesvědčen, že je milován obv. významnou postavou, která však z určitých důvodů nemůže tuto lásku realizovat
 - **Depresivní (Mikromanické)**
 - Pacient podceňuje vlastní význam, osobu a schopnosti
 - **Insuficienční**
 - Nic nezvládá, neumí
 - **Autoakuzační**
 - Zavínil určité neštěstí
 - **Obavné**
 - Stane se nějaká katastrofa
 - **Ruinační**
 - Nemá žádné prostředky, zruinuje rodinu...
 - **Negační (nihilistický)**
 - Je tak špatný člověk, že vlastně ani neexistuje
 - **Enormity**
 - svou činností nebo existencí přivodí katastrofu
 - **Hypochondrické**
 - Má skleněné plíce, žaludek z kamene...
 - **Dysmorfofobické**
 - Představa, že část těla je znetvořena, znevýhodněna
 - **Paranoidní**
 - Dějům v okolí je chorobně připisován vztah k vlastní osobě
 - **Perzekuční**
 - Cítí se být pronásledován
 - **Kverulační (stěžovatelský)**
 - neustále si stěžuje, je pořád nespokojený

- **Emulační**
 - Blud o nevěře partnera, bez zjevného důkazu
 - **S přidruženým obsahem**
 - Mohou se vyskytovat v různých formách
 - **Eternity**
 - Mikromanická varianta (Ahasverismus = přesvědčen o tom, že bude věčně žít a trpět)
 - Expansivní varianta
 - **Religiozní**
 - Náboženský obsah
 - **Kosmické**
 - Týká se vesmíru, mimozemšťanů...
- **Dělení dle vzniku**
 - **Primární**
 - Vzniká v důsledku poruchy interpretace světa
 - Inkongruentní (nesyntonní) s náladou = není odvozený od nálady
 - **Sekundární**
 - Odvozen od poruchy jiných psychických modalit, nejčastěji poruchy nálady
 - Kongruentní (syntonní) s náladou = odpovídá náladě
 - **Indukovaný**
 - Vzniká u člověka, který žije s člověkem trpícím bludy
 - Důsledek nedostatečné korekce reality
- **Některé syndromy**
 - **Syndrom bludné misidentifikace**
 - **Frégoliho syndrom**
 - Pacient věří, že různí lidé jsou ve skutečnosti jediná osoba v přestrojení
 - Může vznikat poruchou rozpoznávání tváří
 - Např. u organické poruchy mozku
 - **Capgrasův fenomén**
 - Pacient věří, že jeho blízká osoba byla nahrazena dvojníkem.
 - Někdy je spojeno se změnou vnímání času
 - Např. u neurodegenerativní onemocnění, schizofrenie
 - Další syndromy
 - **Cotardův syndrom**
 - "Syndrom chodící mrtvoly"
 - Pacient věří, že je (ne)mrtvý, hnije zažíva, nemá orgány apod.
 - Např. u organické poruchy mozku, depresivní porucha
- **Nutkové myšlenky**
 - **Intruzivní myšlenka**
 - Nechtěná, vtíravá, mimovolní myšlenka
 - **Obsese**
 - Perzistentní, znepokojující intruzivní myšlenka
 - Příklady výskytu: OCD, úzkostné poruchy
 - **Ruminace**
 - Nutkové přemítání o určitém tématu spojené s negativními emocemi
 - Příklady výskytu: Úzkostné poruchy, afektivní poruchy, poruchy přizpůsobení
- **Jinam nezařaditelné patologické obsahy myšlení**
 - Obsahy myšlení na kontinuu mezi obsesí a bludem
 - **Overvalued idea (Ideé fixe, überwertige Idee)**
 - Ojedinělá abnormální domněnka, která není ve své podstatě bludem ani obsesí, ale která zaujímá daného člověka natolik, že dominuje jeho životu (Wernicke, 1900)

- Často chronický průběh, může se vyskytovat u poruch, u kterých se vyskytují bludy či obsese
- Např. Porucha s bludy, Somatoformní poruchy
- **Neopodstatněné domněnky u afektivních poruch**
 - Projev ovládatvého nebo katatymně zkresleného myšlení
 - Patologické obsahy myšlení u afektivních poruch, které nedosahují tíže bludu (*McKenna, 2017*)
 - Mohou předcházet rozvoji bludu v rámci afektivních poruch

8. Poruchy emotivity a nálady

- **Emoce**
 - jsou psychické jevy s hodnotícím významem vyjadřující subjektivní vztah člověka k jeho vlastním projevům i k jevům a situacím z jeho okolí
 - **Afekt** je emoce prudká, intenzivní, krátkodobá, s pohybovým a vegetativním doprovodem
 - **Nálada** je emoce dlouhodobá, méně intenzivní, nebývá zde výraznější tělesný doprovod
- **Afektivita**
 - je souhrn individuálně specifických vnějších emočních projevů.
- **Emotivita**
 - je dlouhodobá emoční charakteristika jedince.
- **Charakteristické rysy emocí**
 - Subjektivnost (na stejnou situaci mohou lidé reagovat odlišně a s různou intenzitou)
 - polarita (příjemné, nepříjemné)
 - aktuálnost (přicházejí bezprostředně a okamžitě po události či vzpomínce na ni)
 - dynamičnost
 - asociativnost
 - iradiace
 - přesun emocí
 - tělesné projevy
 - nonverbální komunikace (mimika, pantomimika, hlasový výraz...)
 - vegetativní a hormonální změny (krevní tlak, pulz, pocení, koncentrace moči...)
- **Rozdělení emocí**
 - dle polarity
 - kladné – záporné
 - libé – nelibé
 - stenické (mobilizující) – astenické (demobilizující)
 - dle kvality
 - nižší (individuální, tělesné)
 - vyšší (sociální, etické, estetické)
 - dle intenzity a trvání
 - afekty
 - nálady
 - dle struktury a obsahu
- **Poruchy**
 - **poruchy afektu**
 - **Zvýšená afektivní dráždivost**
 - Pohotovost k častým a výrazným afektům
 - Např. u emočně nestabilní poruchy osobnosti
 - **Patický afekt**
 - Na základě silného afektu u disponované osobnosti se rozvine mráкотný stav, ve kterém člověk jedná nepřiměřeně
 - Po odeznění totální amnézie na uvedené období
 - Např. u emočně nestabilní poruchy osobnosti po silné psychotraumatizaci může dojít k závažné agresivitě
 - Velmi vzácný výskyt
 - Forezní význam
 - **Nezvládnutý afekt**
 - Člověk se nechá strhnout svými emocemi, obvykle k agresivitě
 - NENÍ přítomná porucha vědomí
 - Jedinec je zodpovědný za své chování
 - Může se vyskytnout i u duševně zdravých
 - **Anxiózní raptus**
 - Úzkostná tenze se vybije v akutní a výrazné agresivitě vůči sobě či okolí
 - Např. v rámci deprese

- **Afektivní ztlum (útlum)**
 - na přechodnou dobu přítomná celková zpomalenost a emoční otupení po hrůzném zážitku
 - Může se vyskytnout i u duševně zdravých
- **Afektivní stupor**
 - Neschopnost pohybu, řeči a mimiky po hrůzném zážitku
 - Vědomí zachováno
 - Např. u akutní reakci na stres
- **Poruchy nálady**
 - rozvine se po nepřiměřeně slabém nebo žádném zevním podnětu
 - trvá nepřiměřeně dlouho (fyziol. nálada trvá několik hodin, chorobně týdny, měsíce, roky)
 - nepřiměřeně intenzivní
 - není odklonitelná zevními podněty
 - rozvrací život postiženého
 - **Expanzivní nálady**
 - **Euforická**
 - Klid a blažená vyrovnanost
 - Není puzení k nějaké činnosti
 - Např. u intoxikace opioidy
 - **Manická**
 - Nadměrná aktivita a nepřiléhavé jednání
 - Např. u mánie
 - **Extatická**
 - Bouřlivě vystupňována
 - Např. při náboženském, sexuálním či sportovním prožitku u dispon. Osoby
 - **Mória**
 - Veselá nálada s nemístným a netaktním žertováním
 - Např. u postižení frontálního laloku mozku
 - **Explozivní nálada**
 - Nálada výbušná
 - Např. u emočně nestabilní poruchy osobnosti
 - **Depresivní nálady**
 - **Anxiózní**
 - Nespecifická úzkost
 - **Bezradná**
 - Neschopnost řešit danou situaci, rozhodnout se pro nějaké řešení
 - **Apatická**
 - Netečnost a snížená aktivita
 - **Anhedonická**
 - Neschopnost radovat se z čehokoli
 - **Morózní**
 - Depresivně zlostná, mrzutá
 - **Rezonantní nálada**
 - Přítomný prvky expanzivní (např. zvýšená aktivita) i depresivní (např. zloba)
 - Např. v rámci smíšené fáze bipolární afektivní poruchy
 - **Dystrofie**
 - Mírnější forma rezonantní nálady
 - Podrážděnost, nevlídnost a náchylnost k nepřiměřeným emočním reakcím
- **Kvalitativní poruchy emotivity**
 - **Emoční labilita**
 - Neschopnost udržet emoci
 - Emoce možno postiženému snadno vsugerovat
 - Rychlé střídání emocí
 - Např. u vaskulární demence
 - **Emoční inkontinence**
 - Extrémně vystupňovaná emoční labilita

- **Emoční ambivalence**
 - Současné prožívání protichůdných emocí
 - Může být u schizofrenie
- **Katathymie**
 - Myšlení zkresleno emocemi
 - I u duševně zdravých lidí (rozchod -> člověk vidí jen negativní vlastnosti partnera)
- **Porucha vyšších citů (moral insanity)**
 - Bezcitnost, sobectví, bezohlednost, protispolečenské jednání
 - Typicky u poruchy osobnosti disociální
- **Fobie**
 - Chorobný strach z konkrétního předmětu, situace
 - Arachnofobie, agorafobie, klaustrofobie...
- **Parathymie (paradoxní emoce)**
 - Neadekvátní emoce, nepřiměřené současné situaci (tragická událost vyvolá smích)
 - Může být u schizofrenie
- **Alexithymie**
 - Neschopnost rozeznat a porozumět vlastním emocím
 - Nálady popisovány spíše na základě tělesných příznaků („Jakou máte náladu?“ „Mám zácpu“)
- **Oploštělá emotivita**
 - Zúžená polarita emocí, celkový nezájem, apatie
 - U schizofrenie, deprese, organických duševních poruch
- **Emoční přecitlivělost**
 - Silná emoční reakce na drobný podnět
 - Může být u duševně zdravých lidí

9. Poruchy pudu obživného

– Pudy

- Vrozené, biologicky podmíněné, celoživotní a druhově specifické stereotypy jednání
- Uspokojování základních potřeb
- Modifikovány sociálním prostředím člověka (pud agresivity může být transformován do soutěživého chování)

– Poruchy

- Příznaky a důsledky mnoha duševních poruch, součást komplexnějších syndromů
 - Nejsou součástí pouze „poruch příjmu potravy“
 - Rozlišení příčiny – diagnostické a terapeutické důsledky
- Závažné důsledky až život ohrožující
 - U akutních stavů spojených se ztrátou příjmu per os – nutnost artefic. nutrice, důsledky pro režim léčby (forenzní důsledky)
 - Důsledky dlouhodobé malnutrice u chronických stavů se snížením příjmu per os – potřeba komplexní terapie psychické poruchy i somatických komplikací
- **Anorexie**
 - Snížení příjmu potravy, nechutenství, odmítání stravy
 - Příčiny
 - Primárně u mentální anorexie, sekundárně u deprese
 - Nedostatek potěšení z jídla, ztráta chuťových prožitků z jídla, nedostatek motivace a vůle k jídlu: **depresivní syndrom**
 - GIT dyskomfort, těžký žaludek, stažení v oblasti GIT: **anxiózní syndrom**
 - Motivace redukovat váhu, velikost, tělesné proporce při obj. normálním habitu (tj. narušení vnímání tělesného schématu): **mentální anorexie**
 - Obava z otrávení, poškození: **paranoidní syndrom**
 - Obava/úzkost z jídla: **sitofobie**
 - Úmysl zemřít: **suicidální syndrom**
 - Ztráta volní motoriky: **katatonie**
 - Vzдор, zisk: **účelové chování**
- **Bulimie**
 - Záchvatovité požívání enormního množství jídla, obvykle s následným pocitem viny a zvracením
 - puzení k jídlu → neschopnost ukončit příjem → přejedení → zvracení → výčitky
 - Rozlišuj
 - Opakované zvracení není výlučný znak bulimie!!! (mentální anorexie – mechanismus redukce váhy)
 - Pika: požívání nestravitelných předmětů
- **Polyfagie**
 - Konzumace zvýšeného množství jídla
 - Neschopnost dosáhnout pocitu nasycení
 - Např. u některých poruch osobnosti
- **Koprofagie**
 - Požívání výkalů
 - U některých sexuálních deviací

10. Poruchy pudu sebezáchovy

– Pudy

- Vrozené, biologicky podmíněné, celoživotní a druhově specifické stereotypy jednání
- Uspokojování základních potřeb
- Modifikovány sociálním prostředím člověka (pud agresivity může být transformován do soutěživého chování)

– Sebepoškozování (automutilace)

- angl. self-harming – záměrné sebepoškození, kdy dochází k narušení integrity těla
- primárním úmyslem NENÍ zemřít, přesto je sebepoškozování chování přímo život ohrožující
- nejčastější formy – řezání, pálení, bití, propichování kůže, drásání ran, požití toxické látky, škrcení...
- nejčastější okruhy duševních onemocnění:

▪ psychóza

- pod vlivem bludů a halucinací, častěji brutální formy sebepoškození (včetně např. kastrace, amputace, vypíchnutí očí apod.)

▪ hraniční porucha osobnosti

- maladaptivní způsob regulace emocí / řešení problémů
- pacienti mají extrémně intenzivní emoce a chybějí jim zdravé způsoby regulace emocí
- mají zvýšený práh bolesti, bolest u nich vede ke snížení aktivity amygdaly
- důvody k sebepoškozování uváděné pacienty:
 - dosažení úlevy od emočního napětí / emoční bolesti
 - „přebít“ psychickou bolest fyzickou bolestí
 - cítit alespoň něco (při pocitech prázdnoty nebo ve stavech disociace)
 - potrestání se (úleva od pocitů viny)
 - udělat bolest viditelnou, komunikace s druhými

▪ mentální retardace, demence

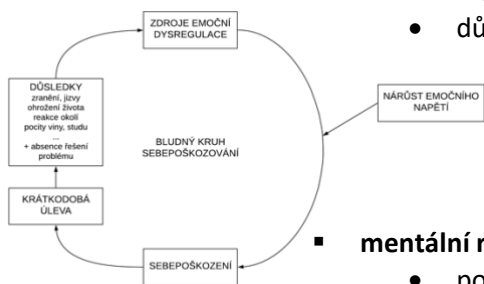
- pod vlivem snížení kognitivních funkcí, jako důsledek stereotypních pohybů

○ Léčba

- vždy je primární zajištění bezpečí pacienta
- **psychotická onemocnění:** nutná léčba psychózy
- **hraniční porucha osobnosti:** nutná systematická psychoterapie, pacienti se potřebují naučit zdravé způsoby regulace emocí a řešení svých potíží adaptivními způsoby
- **mentální retardace, demence:** úprava prostředí, zajištění dohledu nad pacientem

– Suicidium (sebevražda)

- záměrem je zemřít
- předchozí sebevražedný pokus je NEJVĚTŠÍM prediktorem sebevraždy
- sebevražedný úmysl se obvykle vyvíjí od sebevražedných úvah, kterým se člověk brání, přes fázi ambivalence vůči sebevraždě, plánování sebevraždy až po rozhodnutí se zabít -presuicidální syndrom
- pozor – hrozí paradoxní zklidnění po rozhodnutí k sebevraždě!
- mnoho pacientů však páchá sebevražedné pokusy impulzivně pod vlivem intenzivních emocí, většina lidí si záměr zabít se rozmyslí!
- duševní poruchy a stavy s největším rizikem sebevraždy
 - schizofrenie a jiné psychotické poruchy: v akutní fázi psychózy nebo naopak ve fázi remise či postschizofrenní deprese
 - poruchy nálady: zejména depresivní fáze
 - hraniční porucha osobnosti
 - závažné úzkostné a stresové poruchy (zejména PTSD)
 - jiné poruchy osobnosti
 - závislosti: ve fázi akutní intoxikace nebo při abstinenčním syndromu nebo v souvislosti s dlouhodobými důsledky závislosti
- vysoké riziko dále u velmi závažných somatických onemocnění
- **rizikové faktory**
 - předchozí sebevražedný pokus
 - sebevražda v rodinné historii nebo mezi blízkými lidmi
 - mužské pohlaví, osamělost, nezaměstnanost



- homosexuální a bisexuální orientace, transgender
- mladší lidé (18-25 let) a starší lidé (nad 75 let)
- předchozí sebepoškozování
- chronické nebo život ohrožující onemocnění
- duševní poruchy (viz. výš)
- **protektivní faktory**
 - naděje na budoucnost
 - zodpovědnosti vůči dětem, rodině, zvířatům, jiným blízkým...
 - protektivní sociální síť nebo rodina
 - terapeutický vztah
 - strach ze sebevraždy, smrti nebo umírání
 - strach z odsouzení sebevraždy okolím
 - nesnadný přístup ke smrtícím prostředkům
 - přesvědčení, že sebevražda je nemorální a bude potrestána
 - spiritualita, náboženství
- **Přímé indikátory akutního rizika sebevraždy**
 - suicidální představy a myšlenky
 - pasivní: „lepší by bylo nežít“
 - aktivní: myšlenky, jak si ublížit
 - komunikace sebevražedných myšlenek
 - přímá: „chci si ublížit“
 - nepřímá: „všem beze mě bude líp“
 - plánování nebo příprava sebevraždy
 - rozhodnutí zabít se
- **Nepřímé indikátory akutního rizika sebevraždy**
 - pacient mluví o tom, že je pro ostatní přítěží
 - závažné pocity beznaděje, pesimismu
 - anhedonie
 - narůstající agitovanost a motorický neklid
 - (pseudo)halucinace nabádající pacienta, aby si ublížil
 - insomnie nebo hypersomnie
 - excesivní užívání alkoholu a drog
 - zahlcení myšlenkami na stresující událost
 - skrývání, lhaní, vyhýbání se tématu sebevraždy
- **Léčba**
 - **CO JE TŘEBA DĚLAT**
 - aktivně zajišťovat bezpečí pacienta
 - separace od smrtících prostředků, anti-suicidální plán
 - při akutním riziku sebevraždy zvažujeme hospitalizaci
 - u chronicky suicidálních pacientů je nutná dlouhodobá psychoterapie
 - řešit příčiny sebevražednosti
 - související onemocnění, stresující životní události...
 - **JAK TO DĚLÁME**
 - nehodnotící přístup – bez odsuzování a kritizování
 - dialektický přístup – validace emocí + trvání na nutnosti změny
 - „to“ = sebevražda, o sebevraždě mluvíme otevřeně a věcně
 - vyhýbáme se chození kolem horké kaše, nevyhýbáme se tématu sebevraždy
 - vyhýbáme pejorativním interpretacím sebevražedného jednání, odsuzování a kritizování pacienta
 - mapujeme současnou situaci, rizikové a protektivní faktory
 - sebevražedné jednání prezentujeme jako maladaptivní způsob řešení problémů
 - generujeme možnosti adaptivního způsobu řešení problému
 - ukazujeme vlastní emoce, osobní přístup a aktivita
 - snažíme se omezit rizikové faktory a posílit protektivní faktory
 - riziko sebevraždy vyhodnocujeme opakovaně – mění se v čase!
 - kontaminujeme představy o sebevraždě – často zkreslené

11. Poruchy jednání a vůle

- **Vůle**
 - Schopnost **rozhodnout** se pro určitý cíl, **uvědomění** si tohoto cíle a **aktivace** prostředků k jeho dosažení
- **Volní jednání**
 - Uvědomovaná a úmyslná **činnost** směřující k dosažení cíle.
- Poruchy vůle
 - **Globální**
 - Snížení kapacity k volnímu jednání
 - Celkové oslabení volních procesů
 - Pacienti jej popisují různě (nechuť do aktivit, únava)
 - U depresivní poruchy, schizofrenie (negativní příznaky), organické poruchy mozku
 - **Hypobulie → Abulie → Apatie**
 - Zvýšení kapacity k volnímu jednání
 - Zvýšená aktivita, iniciativa, spontaneita
 - Např. mánie (cíl volní aktivity se často mění), porucha s bludy (cíl volní aktivity je urputně udržován), paranoidní porucha osobnosti
 - Součást fyziologické osobností struktury (vrcholové sportovci, horolezci apod.)
 - **Hyperbulie**
 - **Poruchy složek**
 - **Účelové jednání**
 - Motiv a cíl chování je neuvědomělý
 - Dif. dg. simulace, disociace, konverzní stavy, somatizace
 - Např. Faktitivní porucha (Münchhausenův syndrom), organické poruchy
 - lidé s akcentovanými osobnostními rysy a poruchy osobnosti
 - **Demonstrativní jednání**
 - K dosažení cíle se volí nepřiměřená náhradní aktivita
 - Např. akutní reakce na stres, poruchy přizpůsobení, některé případy suicidálních proklamace a pokusů
 - Lidé s akcentovanými osobnostními rysy a Poruchy osobnosti
 - **Ambivalence**
 - Přítomny jsou dva protichůdné impulsy
 - Jedinec se nedokáže rozhodnout mezi dvěma způsoby jednání
 - **Ambitendence** – vnější projev ambivalence v chování
 - Např. poruchy přizpůsobení, depresivní porucha
 - **Zkratkovité jednání**
 - Chybí kritické posouzení motivů, obvykle je volen první způsob chování k dosažení cíle
 - Cíl bývá emočně silný
 - Může být důsledkem zvýšené impulzivity
 - Např. akutní reakce na stres, poruchy přizpůsobení, akutní intoxikace, poruchy osobnosti, mentální retardace, bez psychiatrické poruchy (např. v dospívání)
 - **Impulsivní jednání**
 - Přítomno je silné puzení
 - Chování je bez zvážení jeho vhodnosti a následků
 - Např. impulsivní poruchy, užívání návykových látek, poruchy příjmu potravy (zejm. mentální bulimie), akcentovaná osobnost a poruchy osobnosti, mánie, impulzivní sebepoškozování v různých kontextech, sexuální deviace, mentální retardace
- Poruchy jednání
 - **Patologicky zaměřené**
 - **Kompulze**
 - Vůlí obtížně ovlivnitelné nutkavé jednání
 - Bývá spojené s obsedantními myšlenkami
 - Při neprovedení narůstá vnitřní tenze až do provedení kompulze

- kontrolování, počítání, umývání, opakování, shromažďování, zajišťující jednání a vyhýbání...
- Např. obsedantně-kompulzivní porucha, obecně neurotické poruchy
- **Patické návyky**
 - Např. syndrom závislosti na návykových látkách, patologické hráčství
- **Tiky**
 - Náhlé, repetitivní, nerytmické pohyby nebo vokalizace
 - Po jistou dobu lze tiky volně regulovat
 - Motorické x Vokální; Jednoduché x Komplexní
 - Např. tikové poruchy (vč. Touretova syndromu)
- **Sebestimulace**
 - Opakující se fyzické pohyby, zvuky, manipulace s předměty (chození po špičkách, houpaní, kousání...)
 - "Stimming" = self-stimulation
 - Např. mentální retardace, poruchy autistického spektra
- **Poruchy psychomotoriky**
 - **Kvantitativní**
 - **Snížení psychomotoriky**
 - Zpomalené psychomotorické tempo
 - **Hypokinéza → Akinéza**
 - Zpomalení až vymizení psychomotorických projevů
 - Projevem akineze je stupor
 - Např. depresivní porucha, parkinsonismus
 - **Stupor**
 - Narušení psychomotoriky, kdy dochází k absenci spontánního pohybu, mutismu a obvykle restrikce příjmu stravy a tekutin
 - **Disociativní** (v rámci anxiety, psychotraumatu, intoxikace disociativními látkami)
 - **Afektivní** (u depresivní poruchy)
 - **Katatonní** (u katatonie)
 - + při hypoaktivním deliriu, intoxikaci
 - **Pohybový záraz**
 - Přerušování pohybu, obvykle se zárazem v myšlení
 - Např. katatonie, schizofrenie
 - **Psychomotorická hyperaktivita**
 - Zrychlené psychomotorické tempo
 - Psychomotorický neklid
 - **Agitovanost**
 - Výrazně vystupňování psychomotorické aktivity
 - Někdy doprovázená logoreou
 - Může se projevovat i agresivním chováním
 - Např. schizofrenie, mánie, depresivní porucha (tzv. Agitovaná deprese), intoxikace, hyperaktivní delirium, poruchy osobnosti
 - **Raptus**
 - Náhlý výbuch agresivity vůči sobě či okolí na základě nesnesitelného vnitřního napětí
 - Např. schizofrenie, afektivní poruchy, úzkostné poruchy, katatonie
 - **Jaktace**
 - Psychomotorický neklid se zmítáním celého těla, tremorem a "cvakáním" zubů
 - Např. delirium tremens, hyperaktivní delirium
 - **Floccilegium**
 - „Sbírání vloček“
 - Automatické pohyby horních končetin jako by prsty sahaly po různých (i neexistujících) předmětech
 - Např. delirium tremens, hyperaktivní delirium

- **Kvalitativní**
 - Výskyt u katatonie
 - **Negativismus**
 - **Pasivní negativismus**
 - Pacient nepokračuje v jednání a je pasivní k výzvám, nereaguje na ně, ale ani se nebrání.
 - **Aktivní negativismus**
 - Pacient nepokračuje v jednání a vykonává aktivní odpor, brání se výzvám (např. pacient zavře oči při pokynu, aby je otevřel)
 - **Katalepsie**
 - Různé části těla setrvávají v navozených bizarních polohách (tzv. **nástavy**)
 - Zvláštní případ: **příznak psychické podušky** (hlava ležícího pacienta servává mnoho hodin ve vzduchu i poté, co je mu zpod ní odebrán polštář)
 - **Flexibilitas cerea**
 - Při pasivním pohybu končetinami cítíme plastický odpor
 - Zvýšený tonus agonistických a antagonistických svalů
 - **Paratonie**
 - Neschopnost relaxovat svaly během vyšetření a pasivních pohybů
 - Typy
 - **Mitgehen**: Pacient mimovolně napomáhá a pokračuje v pohybu
 - **Gegenhalten**: Pacient se mimovolně brání pasivním pohybům
 - **Stereotypie**
 - Bezúčelné opakování motorických pohybů stereotypním způsobem
 - **Grimasování**: opakování stejné grimasy
 - **Verbigerace**: stereotypie v řeči, opakování fráze či slova
 - **Manýrování**
 - Provádění bizarních pohybů
 - Pohyby jsou nepřiměřené, obřadné a rituální, jakoby karikují původní pohyb, který smysl měl
 - Pohyby získávají nepřiměřený, strojený, ritualizovaný charakter
 - **Echomatismy**
 - Automatické, mimovolní opakování aktivit jiné osoby
 - **Echopraxie**: Pohyb
 - **Echomimie**: Mimika
 - **Echolálie**: Slova a věty
 - **Povelový automatismus**
 - Okamžité, automatické a mimovolní vykonávání povelů a příkazů i nesmyslných.

12. Katatonní syndrom

- Závažný, etiologicky nespecifický syndrom zahrnující narušení vůle a volního jednání, zejména psychomotoriky
- Společně s delíriem nejzávažnější syndrom vyskytující se u řady psychiatrických poruch
- Může se vyskytovat ale i u onemocnění somatických
- **Příznaky**
 - **Neproduktivní forma**
 - **Snížení psychomotoriky**
 - Hypokinéza → Akinéza → Stupor
 - **Kvalitativní poruchy psychomotoriky**
 - Katalepsie
 - Nástavy
 - Rigidita / Flexibilitas cerea
 - Paratonie
 - Paramimie
 - Pasivní negativismus
 - Mutismus
 - Další příznaky
 - **Vegetativní instabilita**
 - Diaforéza
 - Slinění
 - Změny krevního tlaku
 - Inkontinence
 - Restrikce stravy a tekutin
- **Výskyt**
 - **Primárně psychiatrické poruchy**
 - Afektivní poruchy
 - Schizofrenie a příbuzné poruchy
 - Autismus
 - **Organicky podmíněné a jiné poruchy**
 - **Neurologická onemocnění**
 - Např. Limbická encefalitida, sclerosis multiplex
 - **Metabolická onemocnění**
 - Např. Ledvinné a jaterní selhání, ketoacidóza apod.
 - **Endokrinní onemocnění**
 - Např. Hyperthyreóza, hyperparathyreóza, Addisonova choroba, Cushingův syndrom
 - **Autoimunitní onemocnění**
 - Lupus erythematosus
 - **Infekční onemocnění**
 - **Akutní intoxikace**
- **Příčiny**
 - **Psychologické paradigma**
 - Důsledek vystupňované úzkosti → Pacient “ztuhne” hrůzou
 - **Biologické paradigma**
 - Porucha psychomotoriky podobná Parkinsonskému syndromu
 - Dysregulace mezi GABA-ergní a dopaminergní transmisí
 - Možné dotčené mozkové struktury:
 - Bazální ganglia
 - Motorický kortex
 - Orbitofrontální, prefrontální a parietální kortex

- **Rizika**
 - Závažný psychiatrický syndrom
 - Ohrožení vyplývající z dlouhé imobility nebo z neadekvátního, někdy i útočného chování
 - Rizika vyplývající z restrikce příjmu stravy a tekutin
 - Vyšší riziko rozvoje neuroleptického maligního syndromu → nebezpečná jsou zejména antipsychotika se silným D2 antagonismem
- **Maligní "Stauderova" katatonie**
 - Závažný, život ohrožující stav, vystupňování svalové rigidity a vegetativních symptomů
 - Dif. dg. obtížné odlišit od neuroleptického maligního syndromu
 - Příznaky
 - Hypertermie (> 38 st. C)
 - Svalová rigidita, tremor
 - Kvalitativní porucha vědomí
 - Diaforéza nebo sialorhea, inkontinence
 - Tachypnoe nebo hypoxie
 - Tachykardie, Hypotenze nebo hypertenze
 - Laboratorní (jsou nespecifické):
 - Elevace CK
 - Myoglobinurie
 - Leukocytóza
 - Metabolická acidóza
- **Dif. dg.**
 - Produktivní katatonie
 - **Psychiatrické poruchy**
 - Neklid a agitovanost v rámci jiných duševních poruch
 - Nezávládnutý afekt a afektivní raptus v rámci jiných duševních poruch
 - Hyperaktivní delirium
 - Dezorganizace chování v rámci psychóz
 - **Intoxikace psychoaktivními látkami**
 - **Neurologické poruchy**
 - Epileptické paroxysmy
 - Extrapiramidové příznaky z různých příčin
 - **Neuropsychiatrické poruchy**
 - Mimovolní pohyby a tiky
 - Neproduktivní katatonie
 - **Poruchy vědomí**
 - Kvantitativní poruchy vědomí
 - Hypoaktivní delirium
 - **Závažné stavy**
 - Locked-in syndrom
 - Vegetativní stav
 - Akinetický mutismus (poškození frontálních laloků)
 - **Příznaky neurologických poruch**
 - Kataplexie u narkolepsie
 - Epileptické paroxysmy
 - Parkinsonský syndrom
 - Parézy
 - **Příznaky neuropsychiatrických poruch**
 - Funkční neurologické poruchy (disociativní a konverzní stavy)
 - **Příznaky psychiatrických poruch**
 - Negativismus z jiných příčin
 - Odmítání stravy a tekutin z jiných příčin
 - Selektivní mutismus
 - Aphrasia voluntaria

- Deliriozní "Bellova" mánie
 - **Příznaky**
 - Mánie s psychotickými příznaky
 - Hyperaktivní delirium
 - Katatonní příznaky vč. vegetativní instability
 - Může vést k úmrtí!
 - **Patofyziologie**
 - Hypedopaminergní stav
 - **Výskyt**
 - Intoxikace stimulancií / Odvykací stavy
 - Vysazení psychofarmak
 - Primárně psychiatrické poruchy
 - **Terapie**
 - Podobná jako u závažných katatoníí nebo NMS
- **Vyšetření**
 - Vyloučit přítomnost **jiné poruchy**, která může bezprostředně ohrozit pacienta.
 - Vyloučit přítomnost **závažné příčiny** katatonie, která může bezprostředně ohrozit pacienta.
 - Zjistit nejpravděpodobnější **jinou příčinu** katatonie.
 - Vyšetření pacienta
 - **Anamnestické údaje**
 - Má pacient anamnézu duševní poruchy?
 - Má pacient anamnézu jiných onemocnění?
 - Informace od třetích osob o rozvoji narušení psychomotoriky
 - **Vyšetření pacienta**
 - Vitální funkce
 - Posoudit charakter narušení psychomotoriky – nevyskytují se i jiné příznaky?
 - Základní fyzikální vyšetření
 - Neurologické vyšetření
 - Paraklinická vyšetření
 - **Akutní setting**
 - EKG
 - Krevní odběry (biochemický screening, krevní obraz, alkohol)
 - Vyšetření moči včetně toxikologie
 - Zobrazovací vyšetření mozku (CT)
 - **Další obvykle neakutně**
 - Serologie a vyšetření autoprotilátek
 - EEG
 - MR mozku
 - Funkční vyšetření mozku (SPECT, PET-MR)
 - Lumbální punkce
- **Terapie**
 - **GABA modulace**
 - Benzodiazepiny (clonazepam, lorazepam)
 - Z-látky
 - **Elektrokonvulzivní terapie**
 - Preference rychlého nástupu účinku
 - Metoda volby u maligní katatonie
 - Rychlý nástup účinku (někdy po 2 – 3 zákrocích)
 - **Léčba psychiatrických poruch**
 - Již v průběhu léčby katatonního syndromu je vhodné plánovat nebo i zahájit léčbu primární příčiny dle standardních postupů

13. Poruchy vědomí a orientace

- Vědomí je globální psychickou funkcí podmiňující správnou činnost jiných složek psychiky
- Vědomí = „uvědomování si“ (sebe, okolí)
- Rozměry
 - Bdělost – vigilita
 - Základní podmínka psychických funkcí
 - „Zastřené vědomí“ – ochuzení obsahů, zpomalení... v rámci kolísání vigility
 - Jasnost – lucidita
 - Schopnost uvědomovat si aktuální realitu, rozlišovat
- Poruchy
 - **Kvantitativní**
 - Nejsou primární součástí psychopatolog. obrazu žádné duševní choroby
 - **Somnolence**
 - **Sopor**
 - **Koma**
 - **Kvalitativní**
 - **Delirium (stav zmatenosti)**
 - Symptom
 - „Obluzené vědomí“, „zmatenost“
 - Zachovaná bdělost
 - Obsahy vstupující do vědomí mimo volní kontrolu, náhodné, nesouvislé
 - „Proud vědomí“ jakoby snového prožívání („oneiroidní“ – napodobují procesy formování snů), mísí se obsahy z vnější reality s vnitřními (fantaziemi, iluzemi, halucinacemi, falešnými vzpomínkami, domněnkami...),
 - neschopnost nahlédnout na nepřiměřenost, rozlišit vnitřní a vnější realitu, prožíváno jako normální, běžné sebeuvědomění a prožívání.
 - Narušení schopnosti rozlišovat mezi reálnými vjemy
 - Důsledkem manifestace na venek:
 - **dezorientace, dezorganizace chování, neklid, halucinatorní chování, bludné domněnky...** (tj. příznaky deliria – syndromu)
 - Syndrom
 - Přejídná kognitivní porucha
 - „Jádrové příznaky“:
 - porucha lucidity vědomí s poruchou pozornosti
 - rychlý nástup s fluktuujícím průběhem
 - Další příznaky mohou i nemusí být
 - změny psychomotoriky (agitovanost)
 - poruchy vnímání (iluze, halucinace)
 - dezorganizace myšlení, bludy
 - poruchy spánku
 - poruchy emocí (iritabilita, oploštění emocí)
 - Etiologie
 - somatogenní, farmakogenní, odvykací
 - **Obnubilace (mráкотný stav)**
 - Náhlý, záchvatovitý nástup i ukončení – přechod do plné lucidity/spánku
 - Trvání sekundy – minuty, vzácně hodiny/dny
 - Pestrý klinický obraz
 - Oneiroidní obsahy vědomí – usuzováno z objektivních projevů, resp. verbálních projevů a chování; chybí introspekce, tj. přístup k subjektivnímu prožívání Automatické, stereotypní necílené chování, psychomotorický neklid nebo plný útlum motoriky
 - Plná amnézie
 - Charakteristický náhlý začátek amnézie a náhlý návrat vzpomínek
 - Organické poruchy mozku (epilepsie, úrazy CNS...), intoxikace (patická ebrieta), závažné afekty (patický afekt)

– Orientace

- Schopnost uvědomovat si a rozpoznávat kontext aktuálního dění
- **Autopsychická** orientace – orientace **osobou**
- **Allopsychická** orientace – orientace **místem, časem, situací**
- Porucha
 - **dezorientace**
 - Různé příčiny
 - amnestická dezorientace (porucha paměti, neznalost okolností),
 - psychotické symptomy (inadekvátní obsahy zkreslí rozpoznávání reality),
 - porucha lucidity vědomí (inadekvátní integrace informací)
 - porucha vigility vědomí...
 - Projevy
 - Často žádné – nutno se aktivně ptát
 - Nejistota, ujišťování, úzkost
 - Nepřiléhavé chování
 - Vyšetření
 - Cílené dotazy – čas, místo, osobní údaje, okolnosti vyšetření

14. Hospitalizace bez souhlasu, léčba bez souhlasu, negativní reverz

- **Dobrovolná hospitalizace**
 - s písemným informovaným souhlasem pac.

- **Nedobrovolná hospitalizace**
 - bez souhlasu pac., avšak s písemným souhlasem soudu
 - Převzetí nemocného bez jeho písemného souhlasu do ústavní péče z důvodů uvedených v § 38; je zdravotnické zařízení povinno do 24 hodin oznámit soudu, v jehož obvodu má sídlo.
 - Dále je nutné oznámit, pokud pacient nebo zákonný zástupce pacienta souhlas odvolal a nadále existují důvody pro hospitalizaci bez souhlasu, a dodatečné omezení pacienta, který byl hospitalizován na základě souhlasu, ve volném pohybu nebo styku s vnějším světem až v průběhu léčení.
 - Převzetí se soudu neoznamuje, jestliže nemocný dodatečně ve lhůtě 24 hodin projevil souhlas s ústavní péčí.
 - Soud musí usnesením do sedmi dnů ode dne, kdy došlo k omezení volného pohybu nebo styku nemocného s okolním světem, rozhodnout o
 - přípustnosti převzetí takového člověka
 - ustanovení opatrovníka pro řízení
 - toto rozhodnutí učiní po výsledku zadrženého, oš. lékaře, příp. po zvážení dalších důkazů, t.č. bez znaleckého důkazu psychiatrického
 - Řízení pokračuje
 - otázka přípustnosti dalšího držení občana ve zdravotnickém zařízení
 - Ustanovení soudního znalce z oboru psychiatrie, znalecký posudek
 - V rozsudku, který musí být vyhlášen do tří měsíců od výroku o přípustnosti převzetí, rozhodne soud, zda další držení občana je přípustné a na jak dlouhou dobu
 - Rozsudek je platný jeden rok

- **Indikace k nedobrovolné hospitalizaci**
 - Dle zákona č. 372/2011 Sb. (zákon o zdravotních službách)
 - 1) Pacienta lze bez jeho souhlasu nebo v případě nezletilého pacienta nebo pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům bez souhlasu zákonného zástupce hospitalizovat, jestliže mu:
 - A)
 - bylo pravomocným rozhodnutím soudu uloženo ochranné léčení formou lůžkové péče,
 - je nařízena izolace, karanténa nebo léčení podle zákona o ochraně veřejného zdraví,
 - je podle trestního řádu nebo občanského soudního řádu nařízeno vyšetření zdravotního stavu,
 - B)
 - ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy nebo touto poruchou trpí nebo je pod vlivem návykové látky, pokud hrozbu pro pacienta nebo jeho okolí nelze odvrátit jinak, nebo
 - C)
 - jeho zdravotní stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče a zároveň neumožňuje, aby vyslovil souhlas
 - 2) Nezletilého pacienta nebo pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům lze bez souhlasu zákonného zástupce hospitalizovat též v případě, jde-li o podezření na týrání, zneužívání nebo zanedbávání.

– **Léčba bez souhlasu**

○ Dle zákona č. 372/2011 Sb. § 40

- Pacientovi lze bez jeho souhlasu poskytnout pouze neodkladnou péči v případě
 - kdy zdravotní stav neumožňuje pacientovi tento souhlas vyslovit
 - léčby vážné duševní poruchy, pokud by v důsledku jejího neléčení došlo se vši pravděpodobností k vážnému poškození zdraví pacienta.
- Nezletilému pacientovi nebo pacientovi zbavenému způsobilosti k právním úkonům lze poskytnout neodkladnou péči bez souhlasu zákonného zástupce
 - jde-li o případy podle odstavce 3 písm. b), tj. vážná duševní porucha, pokud by v důsledku jejího neléčení došlo se vši pravděpodobností k vážnému poškození zdraví pacienta.
 - jde-li o zdravotní služby nezbytné k záchraně života nebo zamezení vážného poškození zdraví, nebo
 - pokud je u něj podezření na týrání, zneužívání nebo zanedbávání.
-

○ Neodkladná péče

- účelem je zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví, nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí.

– **„Negativní reverz“**

- informovaný nesouhlas
- odmítnutí doporučené zdravotní péče – hospitalizace, léčebného postupu – v písemné formě

15. Svěprávnost, přičetnost, způsobilost k řízení motorových vozidel, držení zbrojního pasu

– Svěprávnost

- Je způsobilost nabývat pro sebe vlastním právním jednáním práva a zavazovat se k povinnostem
- Upraveno Občanským zákoníkem (zákon č. 89/2012 Sb., OZ)
- Dříve způsobilost k právním úkonům
- Každá svěprávná osoba má rozum průměrného člověka i schopnost užívat jej s běžnou péčí a opatrností a že to každý od ní může v právním styku důvodně očekávat
- Svěprávnosti se nikdo nemůže vzdát ani zčásti
- **Omezit svěprávnost člověka může jen soud!!!**
- Omezit svěprávnost člověka lze jen tehdy, hrozila-li by mu jinak závažná újma
- Soud může omezit svěprávnost člověka v rozsahu, v jakém člověk není pro duševní poruchu, která není jen přechodná, schopen právně jednat
- Soud může svěprávnost omezit v souvislosti s určitou záležitostí na dobu nutnou pro její vyřízení... nejdéle však na tři roky;
- Je-li zjevné, že se stav člověka v této době nezlepší, může soud svěprávnost omezit na dobu delší, nejdéle však na pět let.
- Návrh na zahájení řízení může podat státní orgán, zdravotnické zařízení, orgány sociální péče, procesně způsobilá osoba

– Přičetnost

- Trestný zákoník
- **Přičetný**
 - ten, kdo je subjektivně způsobilý (duševně schopný) být pachatelem trestného činu.
- **Nepřičetný**
 - ten, kdo pro duševní poruchu v době činu nemůže buď rozpoznat protiprávnost svého jednání (**rozpoznávací schopnost**) nebo nemůže své jednání ovládat (**ovládací schopnost**), není za tento čin trestně odpovědný
 - **Zmenšená přičetnost**
 - Ten, kdo pro duševní poruchu v době spáchání činu měl podstatně sníženou schopnost rozpoznat jeho protiprávnost nebo ovládat své jednání
 - **Duševní poruchou** se rozumí mimo duševní poruchy vyplývající z duševní nemoci i hluboká porucha vědomí, mentální retardace, těžká asociální porucha osobnosti nebo jiná těžká duševní nebo sexuální odchylka

– O přičetnosti a svěprávnosti rozhodují příslušné orgány **NE LÉKAŘ!!!**

– Způsobilost k řízení motorového vozidla

- Lékař, který zjistí, že žadatel o řidičské oprávnění nebo držitel řidičského oprávnění je zdravotně způsobilý k řízení motorových vozidel s podmínkou nebo není zdravotně způsobilý k řízení motorových vozidel, je povinen o této skutečnosti neprodleně informovat obecní úřad obce s rozšířenou působností příslušný podle obvyklého bydliště nebo místa studia žadatele o řidičské oprávnění nebo držitele řidičského oprávnění
- způsobilost vylučují zejména
 - závislosti, opakované intoxikace, zneužívání látek nebo pravidelné užívání látek (léčiv) snižujících bezpečné řízení (za bezpečné abstinční období se považuje nezpochybněná a trvalá abstinence trvající alespoň 1 rok, která se dle vyhlášky prokáže příslušným odborným lékařem.)
 - demence, amnestický syndrom, organické poruchy
 - schizofrenie, schizoafektivní poruchy a jiné psychotické poruchy ve stadiu akutním, při znovuobjevení příznaků dané nemoci a při jejich přetrvávání
 - mentální retardace; pervazivní vývojové poruchy
- Hlášení se posílá **posuzujícímu lékaři (PL)** a úřadu s rozšířenou působností (**obecní úřad**)
- Další postup:
 - Přezkoumání posuzujícím lékařem (PL), event. odborné vyšetření (např. dopravně-psychologické)

– **Způsobilost k držení zbrojního průkazu**

- V případě, že lékař zjistí u pacienta, který je držitelem zbrojního průkazu, pokud je mu tato skutečnost známa, změnu zdravotního stavu, která může představovat v souvislosti s nakládáním se zbraní **přímé ohrožení života nebo zdraví**, oznámí tuto skutečnost bez zbytečného odkladu:
 - **poskytovateli zdravotních služeb** příslušnému k vydání posudku o zdravotní způsobilosti, pokud je mu znám,
 - a uvědomí **policii**.
- Právní úprava zdravotní způsobilosti držení zbraně je tedy obdobná jako k řízení motorových vozidel
- **Nemoci vylučující zdravotní způsobilost k ZP**
 - organické duševní poruchy včetně poruch symptomatických s výjimkou postencefalitického syndromu;
 - poruchy duševní a poruchy chování způsobené požíváním psychoaktivních látek (vyjma ojedinělé nekomplikované intoxikace);
 - schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy;
 - mentální retardace
- **Nemoci omezující zdravotní způsobilost k ZP**
 - postencefalitický syndrom
 - poruchy duševní a poruchy chování
 - organická onemocnění s psychopatologickou symptomatologií
 - snížená úroveň intelektu

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

- Hl. zdroj informací: **ROZHOVOR**
- 3 oblasti / zdroje informací:
 - **Subjektivní prožívání** – co cítí, co si myslí, co vnímá...
 - **Chování a neverbální komunikace, vizáž** – jak se projevuje, jak mluví, jak gestikuluje, jak se pohybuje...
 - **Objektivní informace** – od rodiny, kamarádů....
- **Zásady vedení rozhovoru**
 - Délka – cca hodinu
 - Podáme ruku, představíme se, seznámíme pacienta s průběhem vyšetření
 - Soukromí (x agresivní pacient)
 - Naslouchat, projevit zájem, vyjádřit pochopení a porozumění
 - Nemoralizujeme, nesoudíme, neradíme....
 - Co nejpřirozenější
 - Pocit důvěry
 - Většinou otázky s otevřeným koncem (ne sugestivní, navádějící) – někdy nutné i cílené otázky
 - Povzbuzujeme, shrnujeme již řečené
 - Nejdřív prostor pacientovi – necháme volně hovořit
 - Následně cílené otázky na psychopatologii – nálada, spánek, chuť k jídlu, úzkosti, poruchy myšlení a vnímání, sebevražedné myšlenky
 - **Bradypsychický, aspontánní, uzavřený pacient**
 - Strukturovaný rozhovor, jednodušší otázky, větší aktivita vyšetřujícího
 - **Manický, zabíhavý, velmi nesoustředěný**
 - Větší korekce, usměrňujeme, direktivnější
 - **Psychotický pacient**
 - Bludy – nevyvracet ani nepotvrzovat, vyjádřit pochopení pro aktuální prožívání
 - **Agresivní pacient**
 - Nebýt sám v uzavřené místnosti, sedět blízko dveří, možnost úniku, příp. ukončit rozhovor
- **Anamnéza**
 - **Rodinná anamnéza** – psychiatrická heredita, suicidia, závislosti, hospitalizace, „podivíni“
 - **Osobní anamnéza** – důležitá období v životě, rizikové vlivy pro vznik určitých onemocnění
 - **Porod, psychomotorický vývoj**
 - **Dětství** – psychotraumata, vztahy v rodině
 - **Vzdělání** – prospěch, šikana, vztah k autoritám
 - **Zaměstnání** – odpovídá úrovni vzdělání?
 - **Vztahy** – spokojenost, opora, zájem mít vztah
 - **Povaha** – dlouhodobé rysy, deprese vs. mánie
 - **Záliby**
 - **Sociální anamnéza** – s kým žije, dluhy, ID
 - **Abúzus** – co, kolik, jak často, příznaky závislosti
 - **Crimina, ŘP, Zbrojní pas**
 - **Somatická anamnéza** – úraz hlavy, bezvědomí, operace, epilepsie, štítná žláza, neuroviry, alergie, užívané léky
 - **Psychiatrická anamnéza** – dosavadní průběh onemocnění, počet hospitalizací, epizod, efekt terapeutických postupů v minulosti, NÚ
 - **Nynější onemocnění**
 - Co pacienta přivádí – přichází sám, s rodinou, odeslán lékařem, dovezen RZP
 - Vyšetření psychických funkcí – nejdřív necháme volně mluvit, pak se zaměříme na psychopatologický rozbor
 - Explorujeme vědomí a orientaci, emotivitu, vnímání, myšlení, pozornost, paměť, intelekt, osobnost, náhled.....celkové vzezření, postoj k vyšetření, psychomotorika, řeč

17. Simulace, agravace a disimulace duševních chorob a poruch

- **Simulace**
 - Vědomé předstírání chorobných příznaků
 - „Útek do nemoci“ – snaha vyhnout se například trestní odpovědnosti
 - Forma simulace se odvíjí od znalosti choroby a intelektové úrovně pacienta
 - Simulanti často některé příznaky přehánějí, jiné opomíjejí, vykreslují jakousi karikaturu choroby
 - U hysterických jedinců špatně odhalitelné – snadno přecházejí k patickým afektivním poruchám
 - Třeba rozlišit od disociativní poruchy a samotoformní poruchy
- **Disimulace**
 - Popírání nebo zatajování příznaků nemoci
 - Obava z uznání omezení přičetnosti, ztráty zaměstnání
 - Depresivní pacienti jsou schopni disimulovat depresivní příznaky, pokud se chystají k provedení sebevraždy
- **Agravace**
 - Zveličování normálních obtíží pacientem
 - Má účelový charakter, často vychází z úzkosti pacienta
- **Münchhausenův syndrom**
 - Pacienti smýšlejí svá anamnestická data a předstírají tělesné nebo duševní příznaky za účelem hospitalizace
 - Cíl získat roli nemocného, kontakt se zdravotnickým personálem a pocit „režiséra“
 - Většinou jim jde jen o zájem
 - **By proxy**
 - Matka ke získání pozornosti využívá dítě, nebo kohokoliv jiného

18. Význam laboratorních vyšetřovacích metod, příklady využití

- **Krevní obraz + diferenciální KO**
 - **Kontrola počtu bílých krvinek**
 - Při léčbě preparáty, které mohou vést k leukopenii nebo až agranulocytóze
 - **Clozapin**, karbamazepin
 - **Stavy zmatenosti u starších lidí**
 - Leukocytoza -> probíhající zánět -> může být příčinou delirantního stavu
 - **Anémie**
 - Může se projevovat úzkostí, zmateností
 - Stížnosti na dušnost (anxieta), bolesti dlouhých kostí a páteře...
- **Biochemické vyšetření krve**
 - **Minerály, dusíkaté látky, jaterní testy**
 - Pomáhají v dif. dg. řady psychiatrických stavů, k vyloučení tělesných onemocnění
 - Patologické hodnoty se mohou podílet na rozvoji deliria
 - **B12 a folát**
 - Snížené hladiny se mohou spolupodílet na rozvoji nebo udržování demence (při snížených hodnotách -> suplementace)
 - **TSH, T3, T4**
 - Hypofunkce štítné žlázy může imitovat
 - depresivní stavy
 - hypoaktivní delirium,
 - mentální retardaci či demenci
 - **Prolaktin**
 - U nemocných léčených antipsychotiky (SDA – risperidon, paliperidon)
 - Zvyšují hladinu prolaktinu
 - Gynekomastie, galaktorea, snížení libida, zvýšení hmotnosti, osteoporóza
 - **Glykémie**
 - Hypo = zmatenost, delirium, imitace psychotického stavu

- **Stanovení hladiny alkoholu**
 - V klinické praxi nejčastěji dechová zkouška (pokud pacient neguje alkohol a zkouška je pozitivní (např. udává, že snědl bonbon) opakujeme po 10 min. jestli je i poté pozit. provádíme odběr krve)
 - Jaterní cirhóza – CDT, AST, ALT, GGT
- **Koncentrace psychofarmak a jejich metabolitů v krvi**
 - TDM
 - Thymoprolaktika (lithium, valproat, karbamazepin)
- **Průkaz intoxikace NL**
 - Toxikologie moč, krev
- **Chemické vyšetření moči + sediment**
 - K vyloučení somatických patologií
 - Infekce moč. ústrojí může často způsobit delirantní stav

19. Význam zobrazovacích metod mozku včetně EEG, příklady využití

- **Strukturální**
 - **CT**
 - K detekci závažných organických změn (atrofie mozku, ischemické změny, tumory...)
 - Akutní mozkové krvácení, stav po úrazu
 - **MRI**
 - Citlivé v diagnostice drobných infarktů a chronických ischemických změn
 - Rozlišení bílé a šedé hmoty -> detekce demyelinizačních procesů nebo po zánětlivé změny
 - Parkinsonova nemoc, schizofrenie
 - **UZ**
 - batolata
 - vývojové anomálie, mentální retardace
- **Funkční**
 - **fMRI**
 - změna signálu při změně prokrvení nebo změně poměru oxygenace při plnění úlohy
 - výzkum
 - **SPECT**
 - Diagnostika poruch krevního zásobení mozku, lokalizaci a lateralizaci epileptogenních ložisek
 - Specifický obraz patol. změn prokrvení u Alzheimer. nemoci oproti frontotemporální a vaskulární demenci
 - **PET**
 - Výzkum
 - Umožňuje přesnější lokalizaci nálezu v těle pacienta
 - Detekce změny metabolismu
 - PETCT – výzkum, velmi zřídka na stanovení demence
 - PETMR – výzkum
- **EEG**
 - snímání elektrické aktivity mozku (zejména z kůry)
 - používá se:
 - **klasická EEG**
 - **evokované potenciály** – změna akčního el. mozkového potenciálu vlivem zevního podráždění
 - zrakové, sluchové, kognitivní, somatosenzitivní
 - tumory, neuropatie, demence, demyelinizace, ischemie, Parkinson
 - **video-EEG** – nahrávání chování na video + EEG
 - epilepsie
 - dif. dg. stavů porušeného vědomí (disociativní záchvaty)
 - **polysomnografie** – komplexní studium spánku
 - EEG, EMG, elektrookulogram, EKG, dýchací pohyby hrudníku a břicha, airflow nosem, saturace, poloha pacienta
 - dg. sy. spánkové apnoe, narkolepsie, hypersomie, insomnie

- povrchové elektrody, přilepení na kalvu/elektrodová čepice
- konvenčně 19 elektrod, někdy i elektrody invazivní
- filtr propouští pouze relevantní frekvence – 0,5–70Hz
- standardní záznam trvá 20 min
- EEG křivka
 - *alfa* aktivita (8–13Hz) – zadní kvadranty hemisfér
 - *beta* aktivita (18–25Hz) – centrální + frontální oblast
 - *theta* aktivita (5–7Hz) – dětský věk
 - *delta* aktivita (4Hz a méně) – časná fáze ontogeneze
- v psychiatrii slouží hlavně pro vyloučení organických příčin
 - tumory, toxické a infekční poškození CNS, hypovitaminózy, demyelinizace, endokrinní onemocnění.
- používá se u: akutních atak zmatenosti, prvních atak schizofrenie, závažných afektivních poruch, poruch chování (obsese, panika), podezření na počínající demenci, nežádoucí úč. léků (klozapin, olanzapin, risperidon, haloperidol, atd.)

20. Genetické faktory v etiopatogenezi duševních chorob

- duševní nemoci převážně **polygenní** – množství genů malého účinku
 - neuroplasticita, reparační mechanismy mozku, stavba a metabolismus neuronů, signalizace a modulace
 - uplatnění SNP (single nucleotid polymorfism), CNV (copy number variants)
 - **“missing heritability”**: SNPs vysvětlují menší část variability v GWAS studiích, **polygenní skóre** neúspěšné v predikci rozvoje nemoci, jejich rysů, odpovědi na léčbu
- dědičnost pro
 - osobnostní rysy (**temperament**)
 - **dispozice k nemoci** (spíše ke spektru nemocí)
 - odpověď na léčbu (**lithium**)
 - nežádoucí účinky (**agranulocytóza u klozapinu!!!**)
- genealogické studie ukazují **nárůst rizika s mírou příbuznosti**
 - monozygotická dvojčata nemají 100% penetranci = **vliv prostředí**
 - **výsledek je dán spolupůsobením genetických faktorů a faktorů prostředí !!!**
 - typicky u: poruch nálady, schizofrenie, úzkostných poruch, závislosti na návykových látkách

21. Psychologické modely duševních nemocí

- **etiologie duševních nemocí:**
 - dědičnost a genetické faktory
 - vlivy prostředí
 - stresová hypotéza (model dispozice-stres)
 - víme, že fyzický i psychický stres velice silně působí na organismus
 - fáze stresu: poplachová → rezistence → vyčerpání
 - proto důležitý význam copingových mechanismů člověka – strategie zvládání stresu
 - model dispozice–stres
 - na vulnerabilního predisponovaného jedince nasedne nějakou spouštěč (stresor)
 - traumatizace v raném vývoji - zvýšená citlivost HPA osy – nízká tolerance stresu
 - neurovývojová porucha u SCH - nedokonalá regulace DA systému – stres, DA-mimetika

– bio-psycho-sociální model

- Systémová teorie (G. Bateson, L. von Bartalanfy)
 - každý jev představuje systém, složený ze subsystémů a sám je subsystémem jevů vyšších
 - změna v subsystému vede ke změnám v dalších úrovních
 - **kauzalita** často nelineární – **cirkulární**: výsledek adaptace působí na příčinu, která se mění a vede k dalším změnám systému
- Systémová teorie a duševní nemoc
 - někdy spíše biologický podklad (schizofrenie), jindy zevní prostředí (úzkostné poruchy), jindy jejich kombinace (depresivní porucha)
 - **nelze identifikovat jednoznačnou příčinu u konkrétního pacienta**
 - **predisponující – spouštěcí – udržovací faktory**



– disociační teorie

- u disponovaných jedinců dochází v traumatizujících situacích ke zúžení pozornosti
- některé sensorické kanály jsou mimo provoz → sensorické výpady, neschopnost zpracovat některé vzpomínky

– konverze

- negativní afekt traumatické události potlačen
- nevstupuje do vědomí, ale bude se projevovat jako tělesný příznak

– somatizace

- tendence prožívat psychickou nepohodu somatickými příznaky
- zejména u: smrti rodičů, týrání, zneužívání, špatný vztah rodičů, nejistá vazba k matce

22. Neurobiologické modely duševních chorob

– etiologie duševních chorob je **komplexní a multifaktoriální**

- genetika
- vliv prostředí (stres)
- biologické faktory – změny mozku apod.

– například u schizofrenie uvažujeme i neurobiologické mechanismy vzniku

- neurovývojová porucha – narušení pozdních neurovývojových procesů (plasticita, tvorba synapsí)
- neurodegenerační procesy – progresse morfologických změn v čase (efekt antipsychotik???)
- dříve se předpokládalo, že schizofrenie je funkční patologie mozku a že primární problém je v nerovnováze neurotransmiterových sys.
 - předpoklad dopaminergní hyperfunkce (proto dopaminergika zhorší/vyvolají psychózu)
 - schizofrenie není jen funkční, ale i strukturální onemocnění. – postupně se zjišťuje i změna v kortikálních a subkortikálních oblastech (bez gliózy, změna denzity neuropilu apod.)

23. Rizikové a protektivní faktory duševních nemocí

– Rizikové faktory

- Daleko větší riziko než genetické faktory
- Neurovývojové poruchy
 - gravidita – infekce (toxoplazmóza, viry...), malnutrice, abus
 - perinatální poruchy (asfyktické poruchy, klešťový porod)
- Negativní životní události v dětství a dospívání
 - dlouhodobé působení vs. jednotlivé závažné události
 - CAN syndrom – child abuse and neglect sy
- Abusus psychoaktivních látek
- Psychosociální stresory
 - vztahové a socioekonomické problémy
 - sociální izolace (status migranta → schizofrenie , etnické minority, městská populace)
 - bezdomovectví

– Protektivní faktory

- Odolnost (resilience), pozitivní průběh po rozvoji duševní nemoci
 - Pravidelný režim, fyzická aktivita, spánek, stravovací návyky, fyzické zdraví
 - Pozitivní podpora rodičů a vrstevníků – kvalita a hustota sociální sítě
 - Vyšší socioekonomický status, edukace
 - Smysl, uplatnění, „transcendence“ (něco, co přesahuje naší osobu a dávají nám smysl)
- Pozitivní modulační průběh nemoci
 - Redukce psychosociálního stresu
 - Edukace o nemoci, přijetí nemoci, práce se stigmatizací a sebestigmatizací
 - Adherence – k léčbě, čím je lepší, tím pozitivnější je průběh nemoci

24. Psychoterapie

- léčebné působení psychologickými prostředky: působení setkáním, interakcí člověka s člověkem, rozhovorem, neverbálními výrazovými prostředky
- toto je užité záměrně, cíleně, systematicky
- psychoterapie je založená na tom, že se člověk vyvíjí, formuje a mění pomocí kontaktu s druhými lidmi
- vzniká na podkladě přirozené potřeby člověka sdílet svá trápení, svěřit se, přimknout se k autoritě, porozumět smyslu lidské existence
- kořeny má ve Freudově psychoanalýze: model afektu a traumatu, Ono, Nadjá, SuperEgo, Oidipovský komplex, ...
- máme několik psychoterapeutických škol, které se liší prováděním technik PS a též cílem PS
 - úleva od symptomů, změna osobnosti, adaptace na nové podmínky, změna chování, seberealizace
 - vlastní metodika, terminologie i techniky
- má i neurobiologický základ:
 - usiluje o pochopení toho, jak pracují individuální vzorce myšlení, cítění a chování
 - snaží se najít historický kontext, ve kterém se tyto vzorce vytvořily
 - snaží se zprostředkovat nové zkušenosti, které by vedly k reorganizaci těchto vzorců → zásah do strukturálních a funkčních vzorců CNS
 - spolupráce se zobrazovacími metodami
- účinnost:
 - záleží na mnoha faktorech: důvěra v PS ze strany pacienta, navázání kvalitního PS vztahu, věnování pozornosti pacientovi
 - velice důležitá je motivace pacienta něco změnit a přistupovat k PS zodpovědně
 - až 75% úspěch
- častá je kombinace PS a farmakologické léčby
- dělení PS:
 - podle cíle
 - **symptomatická** PS – úleva od příznaků
 - **kauzální** PS – vypátrání příčiny a její řešení, dlouhá práce

- podle přístupu terapeuta
 - **direktivní PS** – aktivní vedení a směřování pacienta, zadávání úkolů, navrhování intervencí
 - **permisivní PS** – terapeut doprovází pacienta, vytváří prostředí pro pacientovo projevení a sebezkoumání, zachovává neutrální postoj
- podle hloubky očekávaných změn
 - **rekonstrukční PS** – osobností změna pacienta
 - **podpůrná PS** – porozumění, emoční podpora, respekt > stabilizace stavu, sebedůvěra, podpora, naděje
- podle subjektu péče
 - **individuální PS** – jedinec
 - **párová PS** – partneři
 - **rodinná PS**
 - **skupinová PS**
 - **hromadná PS**
- podle směrů
 - **dynamická** – osobní historie, objasnění nevědomých konfliktů, motivací
 - **kognitivně-behaviorální** – podrobný rozbor potíží s důrazem na aktuální chování a myšlení
 - **humanistická** – sebebřijetí, seberealizace
- podle počtu sezení
 - **dlouhodobá** 50 a více
 - **střednědobá** do 50
 - **krátkodobá** 15–20
 - **krizová intervence** – do 3–4 sezení, podpora pacienta v náročné životní situaci po traumatických prožitcích
- směry v psychoterapii:
 - *psychoanalýza*
 - *psychodynamická psychoterapie*
 - *Gestalt psychoterapie*
 - *psychoterapie zaměřená na člověka*
 - *existenciální psychoterapie*
 - *kognitivně-behaviorální psychoterapie*
 - *hypnóza*
 - *rodinná psychoterapie*
 - *skupinová psychoterapie*
 - *krizové intervence*

25. Dynamická psychoterapie

- zabývá se dynamikou duševního dění, zkoumá vědomé i nevědomé psychické síly, jejich vzájemné napětí a vliv na psychický vývoj i na současný psychický stav
- základní principy:
 - velká část psychického života je nevědomá
 - dospělou psychiku určují dětské zážitky a genetika
 - pacientův **přenos** vůči psychoterapeutovi (zkušenosti z minulých vztahů, které pacient přenáší na psychoterapeuta) přináší řadu cenných poznatků, které jsou standardní výpovědi pacienta nedostupné
 - terapeutův **protipřenos** (pocity, co pacient vyvolává k terapeutovi) je cenný pro porozumění, jaké pocity vyvolává pacient v druhých
 - důležitá je práce s pacientovým **odporem** (nevědomé snahy znepřístupnit psychický materiál psychoterapeutovi)
 - příznaky chování mají komplexní příčiny, často nevědomé, mají více významů
 - cílem terapie je najít vlastní jedinečnost
- jedenkrát týdně, několik desítek
- terapeut má poměrně aktivní roli, dále i roli podpůrnou (pochopení, ocenění)
- významnou součástí je **tady a teď** = pozorování, co se odehrává mezi pacientem a psychoterapeutem v průběhu sezení (i v neverbální rovině)

- základním cílem je úleva od příznaků, reorganizace psychického života, získání nových zkušeností v komunikaci a fungování
- indikace: **neurotické, osobnostní, somatoformní nebo psychosomatické symptomy či poruchy, generalizovaná úzkostná porucha, deprese, někdy s opatrností i schizofrenie**

26. Kognitivně-behaviorální psychoterapie

- zaměření na **pozorovatelné chování jedince**, ne na spekulace o vnitřních stavech
- staví na **procesech učení**
- předpokládá, že **chování je naučená reakce** a podléhá tedy **přeučení**
- rozvíjí především **oblast kognitivní**, zkoumá **vztahy mezi kognitivními ději a emočním prožíváním**
- klade důraz na **terapeutický vztah**
- v případě dlouhodobých terapií, kde se řeší i hlubší změny osobnostních strategií, se zaměřuje i na otázky **přenosu a protipřenosu**
- existují zde **definované terapeutické postupy** → je zde i **největší prokázaný efekt léčby !!!**
- KBT se primárně zaměřuje na **konkrétní definované problémy**, které ovlivňují současný život pacienta
- terapeut problém analyzuje z pohledu:
 - **behaviorálního** – co spustilo problémové chování, jak to chování vypadá a jaké jsou jeho následky
 - **kognitivního** – jak pacient pracuje s informacemi, co z nich vyvozuje
 - **funkčního** – jak problém ovlivňuje život pacienta a proč přetrvává
- různé metody:
 - metody zaměřené na **ovlivnění tělesných příznaků** – svalová relaxace, zklidňující dýchání
 - metody zaměřené na **ovlivnění zjevného chování** – **expozice** (pacient vystavován situacím, jichž se obává a učí se je zvládat), sledování činnosti (písemné zaznamenávání, objektivizace), plánování činnosti
 - metody **vytvoření nového chování** – učení podle vzoru, učení pod vedením terapeuta, hraní rolí
 - metody ke **změně existujícího chování** – **operativní podmiňování** (pozitivní důsledky chování toto chování posilují, negativní důsledky ho oslabují)
 - metody ovlivnění **kognitivních procesů** – zjištění a zpochybnění negativních **automatických myšlenek**, které se dostávají v emočně nepříjemné situaci a **dysfunkčních kognitivních schemat** (širší přesvědčení o sobě, o světě, o budoucnosti)
- léčba trvá **několik měsíců**, počet sezení do **20**
- terapeut pacientovi pomáhá prozkoumat, jak vyhodnocuje jednotlivé situace a jaké volí reakce → společně vytvářejí plán změny pro spokojenější život pacienta
- od **pacienta** očekáváme **aktivní zapojení, plnění domácích úkolů**
- indikace KBT:
 - **úzkostné poruchy** (specifické fobie, agorafobie, panická porucha, sociální fobie, generalizovaná úzkostná porucha, obsedantně kompulzivní porucha, posttraumatická stresová porucha, hypochondrická porucha, somatoformní porucha)
 - **depresivní porucha** (akutní depresivní fáze, prevence relapsu deprese)
 - **bipolární afektivní porucha**
 - **schizofrenie**
 - **poruchy příjmu potravy**
 - **sexuální dysfunkce**
 - **závislost na alkoholu a jiných návykových látkách**
 - **mentální retardace a autismus**
 - **poruchy chování u dětí**
 - **manželské, partnerské a rodinné problémy**
 - **poruchy osobnosti**
 - **chronické somatické nemoci**

27. Podpůrná psychoterapie

- poskytuje **porozumění, podporu, respekt**
- cílem je **stabilizace aktuálního psychického stavu, podpora sebedůvěry, naděje**, schopnosti **zvládat obtíže bez nároku na osobnostní změnu** (tedy cílem není něco změnit, ale dosáhnout podpory a porozumění)
- **nižší frekvence** setkávání
- indikace: ve **složitéch životních situacích** (ztráta partnera, smrt rodičů, diagnostika závažného somatického onemocnění) → překonání traumatických prožitků, prevence vzniku PTSD, deprese, závislosti
- podpůrná psychoterapie může být i **seberozvojevého** charakteru: I člověk, který je psychicky zdravý a v jehož životě je zdánlivě vše v pořádku, může zažívat nepříjemné emoční stavy v důsledku pocitů prázdnoty či ztráty motivace. V rámci seberozvojevé psychoterapie hledá klient s pomocí terapeuta hlubší smysl života, uspokojuje potřebu spirituality (vždy zásadně nenáboženské spirituality) a poznává lépe sám sebe i své skutečné potřeby. Posiluje své stávající silné stránky, identifikuje psychické brzdy a objevuje v sobě nový potenciál.
 - zde se velmi dobře uplatňuje **existenciální psychoterapie** – při ztrátě orientace v životě, smyslu života → logoterapie
- **Obecně**: posilujeme vše, co je v pacientovi zdravé, silné, potenciálně podpůrné a užitečné. Zároveň se snažíme opatrně identifikovat aspekty pacientova bytí, v nichž naopak není silný, a která si žádají kompenzaci či dosycení (př. taková, která by mohla být cílem změny v systematické psychoterapii)
- charakteristika podpůrného psychoterapeuta:
 - naslouchá všemi smysly, všímá si emočního rozpoložení pacienta
 - umí následovat i vést, předvídá, je flexibilní
 - nesoudí, respektuje, umí pracovat se strachem, úzkostí – zná relaxační techniky
 - ustojí odmítnutí, úzkost, negativní emoce pacienta
 - poskytuje naději, nikoli falešné představy

28. Krizová intervence

- **krize** = stav po střetu s překážkou, která přesahuje jeho aktuální adaptační možnosti
- je to těžká a svízelná situace, která vyvolává stav ohrožení; bod zlomu/rozhodnutí/životní křižovatka
- nastává, pokud jedinec vyhodnotí situaci jako velmi nebezpečnou, ohrožující a nenachází způsob, jak se s ní vyrovnat → **subjektivní** charakter krize
- netrvá příliš dlouho, stav akutní krize je cca na **4–6 týdnů**
- dělení krize:
 - **vývojová krize** – narození dítěte, rozvod, odchod do důchodu, ... → nová životní role a její přijetí
 - **situační krize** – nečekaný a silný podnět, např. smrt blízké osoby, neštěstí, katastrofa – náhlý výskyt
 - **kumulovaná krize** – je to komplikovaná dosud neřešená krize z minulosti, somatické a psychosomatické potíže
- jedinec prožívá nevladatelnou **úzkost, pocit viny, stud, negativní sebehodnocení**
- omezeně vnímá a vyhodnocuje fakta týkající se vlastní osoby
- vyrovnání se s krizí:
 - sociální podpora
 - možnost ventilovat emoce
 - schopnost nalézt nějaký smysl krize
 - zkušenost s přechozími stresory
- pomoc v krizi buď **neformální** (svépomoc, vzájemná pomoc) a **odbornou** (terénní služby, ambulance, lůžka)
- cíl krizové intervence:
 - stabilizace stavu klienta – zajistit jeho fungování alespoň na úroveň před krizí
 - snaha o okamžitou úlevu a vedení jedince k vyřešení krize
 - podpora, redukce pocitu ohrožení, navození bezpečného prostředí pro přijetí emocí
 - umožnit vyjádření emocí a pomoci je pochopit
 - pomoci zorientovat se v situaci, zjednodušit ji a systematizovat
 - podpora samostatnosti, prozkoumání možností podpory vzájemné (rodina, přátelé)
 - cílem je zamezit dalším psychickým problémům po překonání krize

29. Elektrokonvulzivní terapie

- **nejúčinnější** biologická léčba v psychiatrii
- MÚ: **elektrická stimulace mozku v několikadenních intervalech** – opakovaně vyvoláváme **epileptický paroxysmus** → indukce komplexních neurofyzilogických změn, které působí terapeuticky
 - působí zejména na **serotoninergní systém**, a to opačně než antidepressiva – zvyšuje denzitu serot. receptorů
 - zvyšuje denzitu **GABA**, zasahuje do **dopaminergní** transmise
 - zvyšuje expresi **BDNF** → neuroplasticita
- indikace:
 - **deprese** – zvláště farmakorezistentní a těžké formy
 - **mánie**
 - **schizoafektivní porucha**
 - **schizofrenie** (katatonní příznaky, neklid, afektivita)
 - symptomatické **psychózy**
 - **letální katatonie, maligní neuroleptický sy**
 - **Parkinson, tardivní dyskineze**, výjimečně i epilepsie
- dříve než léky uijeme ECT v případech:
 - že je třeba **rychlého a účinného zlepšení** (odmítání potravy, riziko suicidia)
 - že je prokázána **farmakorezistence**
 - pacient **chce ECT**
 - je **riziko alternativních postupů vyšší než ECT** (těhotenství, stáří)
- KI:
 - absolutní – mozkový nádor, zvýšený intrakraniální tlak, aneurysma v mozku, nedávný AIM, demyelinizační onemoc., odchlípení sítnice, ASA 4–5, feochromocytom
 - relativní – těžká ICHS, nestabilní srdeční fce, těžká HT, stav po ischemické CMP, závažné plicní onemoc.
- příprava pacienta:
 - souhlas
 - vyšetření před zákrokem – krev + moč na sedimentaci, KO + dif., biochemie (glym., urea, kreatinin, albumin), EKG, celkové interní předoperační vyšetření, neurologické vyšetření, oční pozadí, EEG
- ECT se provádí většinou ráno – pac. lačný a vyprázdněný
- **zákrok v celkové anestezii** (anestetikum, myorelaxans, oxygenace)
- premedikace atropinem (potlačení bronchiální sekrece, inhibice vagu), roubík do úst (ochrana zubů), anestetikum thipental + myorelaxans sukcinylcholin + oxygenace
- formy stimulace:
 - preferujeme **krátkopulzovou stimulaci – 20–500 milicoulombů**
 - elektrody **bilaterálně** (bitemporální) nebo **unilaterálně** nad nedominantní hemisférou (zde nutná vyšší dávka)
 - NÚ – bolesti hlavy, ztráta paměti (vymizí do 3 měsíců), nauzea, zvracení
- monitoring paroxysmu na EEG
 - fáze:
 - **preiktální** (izoline)
 - **náborová reakce epileptické aktivity** (rytmická beta aktivita, vzrůstající pulzy)
 - **hypersynchronní hrotová fáze** (paroxysmus)
 - **komplexy hrot–vlna** (klonická fáze konvulze)
 - **zakočení** – náhlé oploštění EEG křivky/střídáním aktivity hrot–vlna/směs alfa a beta akt.
- podávání psychofarmak během kůry ECT: neuroleptika (snížit), antidepressiva (neví se), BZP NE!, lithium, antikonvulziva – obě snižují účinnost ECT
- 2 režimy aplikace ECT:
 - **dvakrát** týdně
 - **tříkrát** týdně – větší poruchy paměti, sice funguje rychleji, ale měla by být vyhrazena jen pro těžké st.
- zlepšení většinou již **po 2–3 zákrocích**, většinou se vejde **do 12 zákroků**

30. Nové neurostimulační metody

- dělení biologických metod léčby:
 - neurostimulační – ECT, rTMS, stimulace n. vagus, DBS, magnetická konvulzivní terapie, transkraniální stimulace stejnosměrným proudem
 - ostatní – fototerapie, spánková deprivace, psychochirurgie

- **rTMS = repetitivní transkraniální magnetická stimulace**
 - neinvazivní neurostimulační metoda
 - založena na Faradayově zákoně elektromagnetické indukce – v okolí cívky, ve které probíhá proud, se tvoří magnetické pole, které je schopno sekundárně indukovat proud ve vodičích v jeho dosahu
 - vodičem může tedy být i mozek pacienta
 - dochází k depolarizaci/hyperpolarizaci buněčných membrán → změna napětí na membránách, změna iontových kanálů závislých na napětí → aktivace neuronů, metabolické, behaviorální a hemodynamické změny
 - definováno frekvencí v Hz – nízkofrekvenční a vysokofrekvenční
 - 15–30 sezení ve 3–6 tý
 - rTMS vede k podobným změnám v mozku jako ECT – ovlivnění dopaminergní, serotoninergní a adrenergní transmise, normalizace osy hypothalamus-hypofýza-nadledvina
 - indikace: depresivní porucha (akutní i udržovací léčba – vysokofrekvenční), schizofrenie (nízkofrekvenční, mírnění negativních příznaků), OCD, PTSD a úzkostné poruchy + návykové poruchy + kognitivní poruchy + ADHD se zkouší
 - má málo kontraindikací, je dobře tolerovaná
 - KI – epilepsie, ischemie v mozku, zvýšený intrakraniální tlak, implantovaný kov v kraniu
 - NÚ: vyvolání epileptického paroxysmu, mírná a přechodná bolest hlavy

- **stimulace n. vagus**
 - **invazivní** neurostimulační metoda
 - **léčba rezistentní epilepsie** v neurologii
 - implantace stimulační elektrody k levému n. vagus na krku → vysíláme k vagu krátké intermitentní pulzy (zařízení ovládáno telemetricky, je implantováno pod kůží)
 - terapeutický efekt nastupuje za několik měsíců → hodí se pro chronická onemocnění.
 - MÚ: aferentace do mozku → ovlivnění fce struktur mozku zodpovědných za náladu
 - indikace: rezistentní deprese, pilotně i OCD, PTSD, panická porucha
 - NÚ: alterace hlasu, kašel, bolest v krku, chrapot, bradyarytmie ,

- **hluboká mozková stimulace = DBS**
 - **invazivní** neurostimulační metoda
 - **OCD, okrajově rezistentní deprese**
 - implantace bilaterálních nebo unilaterálních elektrod do mozku → intermitentní pulzy
 - výkon v **lokální anestezii**
 - generátor v podklíčkové oblasti
 - stimulace se zahajuje několik týdnů po implantaci – při stimulaci dochází k indukci el. pole > depolarizace/hyperpolarizace neuronů > modifikace neuronálních okruhů
 - MÚ: předpokládá se – stimulace inhibicí patolog. neuronů/modulace neuronálních sítí a neurotransmise/indukce neuroplastických změn
 - NÚ spjaté spíše s chirurgickým výkonem, než se stimulací (intrakraniální hemoragie, iktus, infekce)

- **transkraniální stimulace stejnosměrným proudem**
 - **neinvazivní** neurostimulační metoda
 - **2 skalpové elektrody** > aplikace proudu do vybrané části kortexu > změny neuronální excitability (anoda = excitace, katoda = inhibice)
 - **modulace kortikální excitability, změny neurotransmise**
 - indikace: **depresivní porucha** (anodová stimulace)
- **magnetická konvulzivní terapie**
 - **neinvazivní** neurostimulační metoda
 - **spojuje principy ECT a rTMS** → indukuje epileptický paroxysmus pomocí silného magnetického pole
 - MKT používá vyšší frekvence než rTMS a dosažení paroxysmu zde není nežádoucí účinek
 - paroxysmus vyvolán v povrchových oblastech kortexu
 - depresivní porucha

31. Psychostimulantia

- psychotropní látky zvyšující nebo upravující vigilitu vědomí
- zvyšují koncentraci katecholaminů (dopaminu a NOR) na synaptické štěrbině neuronu → zrychlení motoriky a myšlení, úzkost, tenze, nespavost, potlačení únavy, tachykardie, zvýšení tlaku
- indikace: **narkolepsie, ADHD** (zvýšení pozornosti, bdělosti, omezení motorické aktivity a impulzivity)
- KI: psychózy, mánie, deliria, úzkostné poruchy, mentální anorexie, tiky, závislost
- NÚ: nespavost, snížená chuť k jídlu, tachykardie, hypertenze, xerostomie, mydriáza, podrážděnost, tenze, úzkost, **provokace psychotických příznaků**
- u dětí může dojít ke zpomalení růstu
- při dlouhodobé léčbě tolerance, závislost
- **METYLFENIDÁT**
 - inhibitor zpětného vychytávání dopaminu, blokáce reuptaku NOR
 - velmi krátký vylučovací poločas, nedostatečná doba účinku
 - máme i formu s postupným vylučováním OROS (osmotic release oral systém)
 - I: **ADHD** v dětství a v dospívání + OROS i v dospělosti
 - 5mg 3x denně počáteční → navýšování o 5–10mg týdně do max 60mg/den
- **ATOMOXETIN**
 - léčba **ADHD** dětského i dospělého věku
 - selektivní inhibitor presynaptického NOR transportéru
 - působí v prefrontálním kortexu → zvýší zde koncentraci D i NOR
 - ovlivňuje zpětnovazebné autoreceptorové vazby → nástup účinku pomalejší
 - nemá návykový potenciál
 - perzistuje v CNS, může se podávat v jedné dávce denně
- **EFEDRIN, MODAFINIL = narkolepsie**

32. Anxiolytika

- potlačují úzkost, působí tlumivě na CNS
- mají i efekt hypnotický, antikonvulzivní, myorelaxační
- rozdělení:
 - **nebenzodiazepinová**
 - *guaifenezin*
 - *hydroxyzin*
 - *bupiron*
 - **benzodiazepiny**
 - **anxiolyticky působící léky s jiným hlavním terapeutickým efektem**
 - antidepresiva – *SSRI, venlafaxin, agomelatin, trazodon, moklobemid, mirtazapin, klomipramin*
 - antipsychotika – *quetiapin, chlorprotixen*
 - antiepileptika – *pregabalin*
 - beta-blokátory – *propranolol*
- **GUAIFENEZIN**
 - myorelaxans
 - mírná úzkost, algické svalové obtíže, tenzní bolesti hlavy
 - 400–600mg denně
- **HYDROXYZIN**
 - antihistaminikum I. generace
 - hypnosedativum dětí + myorelaxace, antiemeticky, antihistaminově, bronchodilatačně
 - aktivní metabolit je cetirizin
 - NÚ: závratě, mydriáza, retence moči, zácpa, hypotenze, EPS
- **BUSPIRON**
 - antagonist 5-HT_{1A}, D a NOR
 - anxiolýza bez sedace, antiemeticky, antikonvulzivně
 - dávku titrujeme, nástup za 3 týdny – ne na akutní úzkost
- **BENZODIAZEPINY**
 - anxiolyticky, sedativně, hypnoticky, antikonvulzivně, myorelaxačně, amnesticky
 - potenciace GABAergní inhibice
 - léčba úzkostných a fobických stavů, reakce na stres, akutní neklid, abstinenční stavy, status epilepticus, febrilní křeče, amnézie na bolestivé zákroky
 - KI: myasthenia gravis, akutní intoxikace alkoholem a jinými tlumícími látkami, gravidita, laktace, ataxie, spánková apnoe
 - nejsou vhodné pro starší lidi – vliv na kognici, pády, zmatenost
 - NÚ: nadměrný útlum, spavost, poruchy pozornosti, zhoršení motoriky a reakční pohotovosti
 - léčba úzkostných poruch by měla být pomocí antidepresiv a do nástupu účinku můžeme krátkodobě podat BZP
 - BZP podáváme max na několik týdnů, jinak tolerance a riziko závislosti
 - při dlouhodobém užívání postupně snižujeme dávku a nahrazujeme krátkodobě působící za dlouhodobě
 - vylučovací poločas nad 18 hod (*diazepam, klonazepam*), 12-18 hod (*alprazolam, bromazepam*), pod 12 hod (*oxazepam*)
 - při závislosti je po vysazení silný odvykací stav

33. Hypnotika

- navozují spánek, v nižších dávkách sedaci
- rozdělení:
 - I. generace – *barbituráty, klomethiazol*
 - II. generace – *benzodiazepiny*
 - III. generace – *Z-látky (zolpidem, zopiklon, eszopiklon)*
 - IV. generace – *melatonin, ramelteon*
 - jiná psychofarmaka co sedují – *antidepresiva (mirtazapin, trazodon, dosulepin), antipsychotika (quetiapin, olanzapin, tiaprid), antihistaminika (prometazin, hydroxyzin), antiepileptika*
 - bylinné – meduňka, mučenka, kozlík, chmel
- před léčením nespavosti musíme vždy zhodnotit etiologii:
 - sekundární porucha → pátrat po příčině nespavosti → vyřešit
 - akutní nespavost – režim, spánková hygiena → Z-látky nebo BZP
 - dlouhodobá nespavost → KBT, antidepresiva se sedativním účinkem
- BZP
 - narušení spánkové architektury (rozbourá REM a non-REM fáze)
 - méně nočních probuzení
 - riziko vzniku závislosti, nežádoucí účinky ráno
 - užívání max na 2–4 týdny
 - *cinolazepam, midazolam, flunitrazepam*
- Z-látky
 - nebenzodiazepinové struktury, které působí přes GABA a receptor (alfa 1 podjednotka)
 - účinek rychlý, do 30 min nejpozději
 - významně nezasahují do struktury spánku a nemají NÚ na další den
 - nezpůsobí rebound insomni po vysazení a nemají tendenci k navyšování dávek jako u BZP
 - způsobují závislost
 - *zolpidem, zopiklon*
- Melatoninová hypnotika
 - *melatonin*
 - rytmus řízen střídáním světla a tmy
 - prodává se i jako doplněk stravy
 - *ramelteon*
 - *agomelatin*
- *Klomethiazol*
 - agonista GABA a receptoru
 - tlumení odvykacího stavu při závislosti na alkoholu

34. Kognitiva a nootropní psychofarmaka

- demence
 - komplexní terapie – bio-psycho-sociální přístup
 - fyzická aktivita, smysluplné činnosti, trénink paměti, muzikoterapie
 - farmakoterapie
 - kognitiva
 - deprese – SSRI, SNRI
 - psychotické příznaky – antipsychotika
- KOGNITIVA
 - inhibitory acetylcholinesterázy → zvýšení Ach na synapsi → zlepšení kognice, kvality života
 - *galantamin*
 - *donepezil* – nejdelší biologický poločas, velmi dobře snášen, tablety
 - *rivastigmin* – tablety, náplasti, na Parkinsona jako jediný
 - NÚ: nevolnost, zvracení, průjem, bolesti hlavy, závratě, halucinace, neklid – postupně titrujeme dávku, podáváme s jídlem, využíváme náplastové formy
 - antagonisté NMDA – *memantin*
 - občas závratě, cefalea, únavnost – ale NÚ obecně mírné
 - v kombinaci s donepezilem výrazně zlepšuje chování
 - používáme na těžkou Alzheimerovu demenci
 - pro indikaci kognitiv používáme testy MMSE (mini mental state examination) – v průběhu léčby MMSE skóre průběžně kontrolujeme a podle toho nastavujeme i medikaci
- NOOTROPIKA
 - zvyšují metabolismus a prokrvení v mozku
 - můžeme použít u akutních stavů – úrazy, CMP, intoxikace
 - hodí se ale i deliria tremens, Parkinsona, mentální retardace
 - *piracetam*
 - *vinpocetin*
 - *cinarizin*
 - *pentoxifylin*, *naftidrofuryl*

35. Lithium

- je to takzvané **thymoprotektivum (stabilizátor nálady)**
- je to základ léčby **bipolární afektivní poruchy** → snižuje frekvenci manických, depresivních a smíšených epizod
- účinné je zejména pro léčbu manie a profylaxi BAP, méně účinné je na depresivní či smíšené fáze
- lithium ovlivňuje koncentraci různých iontů, může vstupovat do buněk namísto draslíku a přebírat tam funkci Na/K pumpy → ovlivnění membránového transportu, syntézy neurotransmiterů a senzitivity receptorů
- zvyšuje aktivitu MAO-B, snižuje katecholaminergní transmissi, zvyšuje cholinergní, tlumí hormony štítné žlázy.
- prodlužuje postsynaptickou depolarizaci → antimanický efekt
- **1200–1800mg denně**
- terapeutické sérové koncentrace = **0,4–1,2mmol/l**
- **intoxikace**
 - nechutenství, průjem, zvracení
 - encefalopatie, cerebelární sy – svalová slabost, poruchy koordinace, ospalost, letargie
 - závratě, ataxie, nystagmus,
 - tinitus, rozmazané vidění, dysartrie
 - myoklonus, extrapyramida
 - dehydratace, AV blok, poruchy elektrolytů
 - hladina > 2–3mmol/l = renální insuficience, zmatenost, křeče, kóma, smrt
 - léčba:
 - není antidotum
 - okamžitě **přerušit léčbu a sledovat hladiny lithia** v krvi
 - **hemodialýza** je lék volby – až do odstranění veškerého lithia (několik dní)

- ještě po týdnu je možnost, že se lithium bude uvolňovat z tkání a navyšovat hladinu v krvi
- další **klasická thymopropylaktika**:
 - *valproát*
 - *karbamazepin*
 - *lamotrigin*
- **!!! léčba mánie** – *antipsychotika* účinnější než klasická thymopropylaktika
 - *haloperidol, risperidon, olanzapin*
- **léčba depresivní fáze** – quetiapin + olanzapin/fluoxetin – antidepresiva nejsou příliš vhodná
- **udržovací léčba BAP** – klasická thymopropylaktika (lithium hlavně, valproát, olanzapin, quetiapin – monoterapie)

40. Thymopropylaktika

- **stabilizátory nálady**
- základ léčby **bipolární afektivní poruchy** – v každé fázi onemocnění
- snižují až eliminují frekvenci manických, depresivních i smíšených fází
- při dlouhodobém podávání účinkují i **antimanicky** a **antidepresivně** při akutních epizodách, nevyvolají přesmyk do opačné polarity
- stále více důkazů o lepší účinnosti máme ze strany **antipsychotik II. generace** v léčbě různých fází BAP
 - postupně vytlačují klasická thymopropylaktika → lepší účinnost, méně NÚ, více lékových forem
- **KLASICKÁ THYMOPROPYLAKTIKA**
 - **lithium** – zlatý standard v léčbě BAP (viz výše)
 - **valproát** – zvyšuje obsah GABA, blokuje glutamátové receptory → účinný na mánii, smíšenou fázi, rychlé cyklování a v profylaxi mánie, 900–2000mg/den
 - sérové hladiny zvyšuje fluoxetin, bupropion, erytromycin
 - **karbamazepin** – ovlivňuje vstup vápníku a draslíku do neuronů, působí na adrenergní, BZP i glutamátové receptory, 400–1200mg/den
 - hepatální indukci metabolismu dochází k poklesu v séru, je třeba zvyšovat dávky a kontrolovat krevní hladinu
 - je to významný induktor CYP → ovlivňuje hladinu mnoha léčiv
 - **lamotrigin** – antiepileptikum, ovlivňuje sodíkové a kalciové kanály, blokuje glutamatergní receptory
 - profylaxe deprese u BAP
 - musí se postupně titrovat do 200–400mg/den – několik týdnů
- **léčba akutní mánie**
 - antipsychotika II. generace – haloperidol, olanzapin, risperidon
 - léky na třítydenní akutní terapii mánie nejsou dobré pro dlouhodobou terapii
 - účinnější je terapie v kombinaci s valproátem/lithiem
- **léčba deprese**
 - quetiapin + olanzapin s fluoxetinem
 - antidepresiva nejsou příliš vhodná – u těžkých průběhů SSRI a bupropion (nekombinovat), společně s thymopropylaktikem
- **udržovací léčba**
 - monoterapie – lithium, valproát, lamotrigin, olanzapin, aripiprazol, quetiapin, risperidon
 - často monoterapie nestačí, používáme kombinace, nebo kombinace s antipsychotiky
- **NÚ:**
 - **lithium** – závislé na dávce, riziko intoxikace (>1,2mmol/l)
 - chronická toxicita – hypothyreóza, polyurie, polydipsie, nefrogenní DM, chronické selhání ledvin, nevolnost, zvracení, průjem, převodní poruchy srdce, zhoršení akné a psoriázy
 - idiosynkratická reakce – lithium + antipsychotikum I. generace (haloperidol) → toxický delirantní stav, organická kognitivní poruchy, vegetativní dysfce
 - zvýšení hmotnosti, vypadávání vlasů
 - **valproát**
 - gastro – nechutenství, nevolnost, zvracení
 - jaterní dysfce → selhání (vzácně)

- leukopenie, trombocytopenie, agranulocytóza
- vypadávání vlasů, zvýšená hmotnost
- **karbamazepin**
 - diplopie, únava, ataxie, rozmazané vidění
 - leukopenie, trombocytopenie, aplastická anémie
 - ikterus, hepatitida
 - exantémy, exfoliativní dermatitida
 - někdy až zvýšená sekrece ADH → hyponatremie
- **lamotrigin**
 - před nasezením nutná biochemie krve a KO
 - není potřeba další monitoring v průběhu léčby, měli bychom sledovat kožní změny (občas epidermální nekrolýza)
- **antipsychotika**
 - dle preparátu – nárůst hmotnosti, metabolické příznaky, hyperprolaktinémie, prodloužení QT, sedace, anticholinergní účinky, EPS

36. + 37. Antidepresiva

- u deprese zlepšují narušenou **monoaminovou neurotransmisi** (*serotonin, noradrenalin, dopamin*)
- rozdělení antidepresiv dle mechanismu účinku:
 - inhibitory zpětného vychytávání monoaminů
 - TCA – I. generace
 - SSRI, SARI, NARI, DARI – III. generace
 - SNRI – IV. generace
 - SNDRI – V. generace
 - přímé ovlivnění receptorů
 - alfa2 blokátory – mirtazapin (NASSA)
 - agonisté 5-HT1A – buspiron
 - MASSA – agomelatin
 - inhibice biodegradace
 - IMAO-A – moklobemid
 - IMAO-B – selegilin
 - inhibice COMT
- **TCA**
 - inhibice re-uptaku serotoninu, noradrenalinu → zvýšení jejich mn. na synapt. štěrbině
 - blokáda M1, H1 a alfa1 → NÚ
 - I: pacienti s těžkou depresí – *amitriptylin, klomipramin, imipramin*
 - amitriptylin seduje → léčba nespavosti
 - nevhodná jsou při BHP, zácpě, hypotenzi a demenci
 - KI: glaukom, ileus
 - vysoká toxicita (kardiotoxicita)
- **SSRI** (selektivní inhibitory re-uptaku serotoninu)
 - nejčastěji u deprese, úzkostných poruch
 - zástupci se liší FK i FD → možná záměna ve skupině při selhání jednoho z nich
 - vhodná i pro starší nemocné a při somatických onemocněních
 - zpočátku se mohou projevit GI obtíže, nespavost, úzkost (většinou stačí zpomalit navyšování dávky a účinek poleví)
 - při dlouhodobé léčbě se objevuje sex. dysfce
 - u starších riziko indukce hyponatremie
 - hrozí i riziko krvácení při současné th NSAID, ASA, warfarinem
 - serotoninový sy
 - *citalopram, escitalopram, fluoxetin (aktivizuje!), sertralin, paroxetin*

- **SNRI** (selektivní inhibitory re-uptaku serotoninu a noradrenalinu)
 - *venlafaxin* (tablety s prolouženým uvolňováním – stačí jedna denně)
 - snad i účinnější než SSRI
 - vhodný k léčbě těžké deprese, hypersomie, psychomotorické retardace
 - *duloxetine* (bez indikace v ČR)
 - obecně nejsou vhodná u pacientů s anxiitou, nespavostí, sex. dysfci a HT

- **NASSA** (noradrenergí a selektivní serotoninergní antidepresiva)
 - *mirtazapin* – jedno z neúčinnějších antidepresiv, rychlý nástup, výrazný sedativní efekt (podává se na noc, též jako hypnotikum)
 - těžké deprese s úzkostí, agitovaností, nespavostí, sex. dysfci při léčbě SSRI, nechutenstvím, úbytkem hmotnosti)
 - nevhodný je u pacientů s hypersomií, psychomotor. retardací a nadváhou
 - riziko **neutropenie**

- **NDRI** (inhibitory re-uptaku noradrenalinu a dopaminu)
 - *bupropion* – deprese se zpomaleným psychomotor. tempem, hypersomií a při nesnášenlivosti SSRI
 - nedává se agitovaným, neklidným, úzkostným a trpícím nespavostí
 - KI: epilepsie

- **RIMA** (reverzibilní inhibitory MAO-A)
 - *moklobemid* – dobře snášen, vhodný u starších (příznivý vliv na kognici)

- **SARI** (antagonisté serotoninu a inhibitory re-uptaku serotoninu)
 - *trazodon* – deprese s insomnií, úzkost, agitovanost
 - v nižších dávkách anxiolýza, hypnotikum
 - NÚ: hypotenze, arytmie, zhoršení kognitivních fcí
- **MASSA** (agonista melatoninu a selektivní antagonist serotoninu)
 - *agomelatin* – synchronizuje cirkadiální rytmy, jedna večerní dávka, lehké a středně těžké deprese
 - velmi dobře snášen
 - vhodná kombinace se SSRI
 - má své uplatnění i u generalizované úzkostné poruchy
 - riziko elevace transferáz → jaterní selhání – nutná kontroly jaterních testů
- **NARI** (selektivní inhibitory re-uptaku noradrenalinu)
 - *reboxetin*
 - *atomoxetine* (ADHD)

- **SMS** (selektivní modulatory serotoninu)
 - *vortioxetin*
- další:
 - *esketamin* – antagonist NMDA, rezistentní deprese, intranazální aplikace
 - *třezalka tečkovaná*

- výběr antidepressiva
 - **anamnéza** – jestli už někdy tento preparát zabral, jestli zabral u někoho v rodině
 - u inhibovaných depresí (abulie, apatie, anhedonie, psychomotor. zpomalení) → *venlafaxin*, *bupropion*
 - úzkost, nespavost, suicidální myšlenky → SSRI
 - insomnie, anxieta → sedující *mirtazapin*, *trazodon*
 - těžká deprese, hospitalizování → TCA nebo *venlafaxin*, *mirtazapin*
 - bereme v úvahu somatické komorbidity, interakce s dalšími léky a možné NÚ
 - interakce – CYP450
 - TCA amitriptylin, klomipramin, imipramin = inhibice 2D6, 2C19, 1A2
 - nejčastější interakce **CYP2D6**
 - fluoxetin je nejsilnější – největší interakce
 - TCA + SSRI = serotoninový sy
 - TCA + IMAO = hypertenzní krize
- **nástup antidepressiva postupný (4–6 tý), vysazování pak taky musíme postupně v průběhu několika tý** (redukce 1/4 za týden) – jinak *syndrom z vysazení* (flu-like, nespavost, závratě, podrážděnost)
 - u léků s anticholinergním působením (TCA) dochází k cholinergnímu reboundu (nauzea, průjem, únava, závratě, třes, úzkost, nespavost)

38. + 39. Antipsychotika

- léčba psychóz, bipolární poruchy, přídatně u deprese a úzkostných poruch, neklidu a léčba chování u demence
- blokáda postsynaptických D2/D3 receptorů v mezolimbické, mozokortikální, tuberoinfundibulární a nigrostriatální oblasti + blokáda presynaptických zakončení D2/D3
- časně zahájení terapie antipsychotiky snižuje riziko přechodu psychózy do chronicity, perzistence psychopatologie a poruchy kognitivních fcí
- dělení:
 - typická antipsychotika (I. generace)
 - dobře ovlivňuje pozitivní příznaky
 - mají více nežádoucích úč. – EPS, ovlivnění rytmu, prodloužení QT, hyperprolaktinémie, zvyšování hmotnosti
 - anticholinergní, antihistaminové, adrenolytické
 - bazální (sedativní)
 - chlorpromazin, levomepromazin, thioridazin, chlorprotixen
 - incisivní
 - haloperidol, flupentixol, melperon, flufenazin
 - atypická antipsychotika (II. generace)
 - vysoce účinné, lépe snášené, méně NÚ
 - ovlivňují pozitivní i negativní příznaky
 - léky volby
 - selektivní antagonisté na dopaminových D2 a D3 rec.
 - *amisulprid* – vysoce účinný na pozitivní příznaky schizofrenie
 - *tiaprid*
 - SDA – selektivní antagonisté serotoninových a dopaminových rec.
 - *risperidon* – schizofrenie, mánie, poruchy chování
 - *lurasidon*, *paliperidon*, *ziprasidon*
 - MARTA – multireceptorový antagonisté
 - *quetiapin*, *olanzapin*, *klozapin*
 - *klozapin* – agranulocytóza!!!, **nejúčinnější** a nejsilnější – farmakorezistentní stavy, léčba agresivity
 - vzestup hmotnosti

- PDA – parciální dopaminový agonisté
 - *aripiprazol* – šetrný z hlediska hmotnosti, hladiny prolaktinu a sedace
- nejčastější NÚ
 - **nárůst hmotnosti** – MARTA, risperidon
 - **dyslipidemie** – MARTA, risperidon
 - **porucha glc tolerance** – MARTA, risperidon
 - **hyperprolaktinémie** – risperidon, amisulprid, haloperidol
 - **posturální hypotenze** – MARTA, risperidon, ziprasidon
 - **prodloužení QT** – haloperidol, ziprasidon
 - **sedace** – MARTA, amisulprid
 - **sexuální dysfce**
 - **EPS/TD** – risperidon, haloperidol, amisulprid
- *depotní forma antipsychotik*
 - udržovací léčba schizofreniků s častými recidivami kvůli nonadherenci k léčbě
 - bipolár, sex. deviace, agresivní chování
 - u lidí, co neadherují k léčbě p.o.
 - při malabsorbci nebo odchylkách v mtb

41. Neuroleptický maligní syndrom

- závažná **život ohrožující** komplikace při léčbě **antipsychotiky**
- častěji u **I. generace** (*haloperidol*) a po **depotních** antipsychotikách
- riziková jsou pacienti s organickým postižením CNS, abúsu alkoholu, dehydratovaní a fyzicky vyčerpaní
- dopaminová blokáda v nigrostriatu = **rigidita, parkinsonismus**; v hypothalamu = **hypertermie**
- klinika:
 - prodromy – EPS nereagující na podání antiparkinsonika, rychlé změny TK a pulzu, subfebrilie, katatonní příznaky
 - příznaky 4 typů:
 - **neurologické** – difúzní svalová rigidita, hypertonicko-hypokinetický sy
 - **psychické** – změny vědomí, stupor, negativismus, delirium, koma
 - **vegetativní** – febrilie, profúzní pocení, dehydratace, tachykardie, tachypnoe, náhlé změny tlaku, inkontinence
 - **laboratorní** – leukocytóza, vysoké hodnoty kreatinfosfokinázy, myoglobinurie
- rozvíjí se v době od **1 dne do 4 měsíců** po podání antipsychotika, nejčastěji **do 30 dnů**
- riziko myoglobinurie je **renální selhání**
- léčba:
 - na **JIP** – včasné dg a vysazení antipsychotik
 - **symptomatická léčba** – hydratace, léčba febrilie, úprava vnitřního prostředí
 - **dantrolen** – myorelaxace, snížení hypertermie (1–10mg/kg – účinek okamžitý)
 - **bromokriptin** (D agonista – uvolnění blokády D2 rec.) – alternativou je *levodopa*, *amantadin*
 - můžeme přistoupit i k **ECT**

42. Anticholinergní a serotoninový sy při léčbě psychofarmaky

Serotoninový syndrom

- závažný život ohrožující stav
- komplikace terapie léky, které ovlivňují serotoninový systém (nevhodné kombinace, vysoké dávky)
- mechanismus vzniku: **toxická koncentrace serotoninu na synapsích → nadměrná aktivace serotoninových receptorů**
- **antidepresiva IMAO, SSRI, venlafaxin, TCA**
- rizikové faktory: geneticky podmíněná snížená aktivita MAO, hypertenze, hyperlipidémie, hepatopatie, plicní onemocnění, kouření, KVS choroby, abúzus alkoholu
- **nejrizikovější je SSRI + IMAO**
- další léky, kterých se SS týká: lithium, pethidin, tramadol, tryptofan, extáze, SSRI + erytromycin/linezolid
- klinika:
 - GIT – průjem, nauzea, vomitus, křeče, meteorismus
 - neuro – třes, myoklonus, dysartrie, ataxie
 - KVS – tachykardie, hypertenze
 - vegetativní – pocení, hypertermie, mydriáza
 - psycho – mánie, zmatenost, agitovanost
- léčba:
 - **vysazení všech serotoninergních léků → odeznění do 24 hod**
 - typicky náhlý vznik a rychlé odeznění
 - mírné symptomy → **BZP (lorazepam)**
 - kauzálně – serotoninový antagonisté (**cyproheptadin**)
 - symptomatická th: **ochlazování, umělá plicní ventilace, antikonvulziva**
- **nejdůležitější je prevence** = dodržování doporučených intervalů při změně medikace (až šestitýdenní období bez antidepresiv při převádění z fluoxetinu na IMAO)

Anticholinergní syndrom

- **otrava TCA**, antihistaminika, neuroleptika (chlorpromazin, chlorprotixen, klozapin), atropin, některé houby, antiparkinsonika, myorelaxancia, spasmolytika
- projevy:
 - neklid, agitace, halucinace, delirium
 - mydriáza
 - tachykardie, tachypnoe, hypertenze, pocení, hypertermie
 - suchost v ústech, retence moči, oblenění peristaltiky
- Základním opatřením je monitorace vitálních funkcí (EKG, TK, tělesná teplota, diuréza) a symptomatická léčba (snížení teploty, sedace, antikonvulziva) a podpurná léčba (výplach, podání živočišného uhlí).
- Specifickým antidotem je **fyzostigmin** nebo **pyridostigmin**

B – Speciální psychiatrie

1. + 2. Organické psychické poruchy

- většinou se vyskytují ve **stáří (65+)** → zabývá se jimi zejm. **gerontopsychiatrie**
- léčba těchto poruch bývá většinou jen **symptomatická**
- způsobeny **onemocněním, úrazem** nebo jiným poškozením mozku → přechodná nebo stálá **mozková dysfunkce**
- musí být přítomna **časová souvislost** mezi poškozením a rozvojem dysfunkce
- **narušení kognitivních fcí** je vedoucí příznak !!!
- nejčastější a nejvýznamnější jsou **DEMENCE** (věk je hlavním rizikovým faktorem demencí)
 - demence je pokles až ztráta intelektu
 - první příznaky: zapomnětlivost, porucha prostorové orientace (bloudění), poruchy exekutivních fcí (kuchařka zapomene jak se vaří)
 - BPSD (behaviorálně-psychické příznaky demence)
 - poruchy emotivity – ankxieta, střídání nálad, deprese
 - poruchy vnímání – bludy, halucinace
 - poruchy chování – agresivita, neklid, křik, nadávání, negativismus, bloudění
 - poruchy spánku
 - poruchy korových fcí – omezení až ztráta soběstačnosti
 - poruchy aktivit denního života a kognitivních fcí
 - pro dg. demence svědčí deteriorace intelektu trvající déle než 6 měsíců
- **mírná kognitivní porucha** = přechodná zóna snížení kognitivního výkonu mezi normou a demencí
 - zvládání běžných aktivit je narušeno jen mírně
 - není vážné omezení v soběstačnosti
 - dlouhodobě je stacionární, bývá ale předstupněm demence
 - je to rizikový faktor rozvoje demence
- **dělení demence**
 - **PRIMÁRNÍ neurodegenerativní** – primárně dysfunkce mozku
 - *demence při Alzheimerově nemoci*
 - *demence s Lewyho tělísky*
 - sférické inkluze v neuronech z alfa-synukleinu – Lewy bodies
 - 2. nejčastější demence (až ve vyšším věku – 75+)
 - progredující demence + parkinsonské neuro příznaky, zrakové halucinace, zvýšená citlivost na antipsychotika (polékový parkinsonismus)
 - často se kombinuje s m. Alzheimer
 - *frontotemporální lobární degenerace*
 - typické jsou změny povahy – ztráta společenského chování, nepřiměřené chování, zhrubnutí, vulgarismy, porucha řeči
 - *demence u Parkinsonovy nemoci*
 - motorické poruchy – rigidita, šouravá chůze, třes, ...
 - porucha exekutivních fcí – plánování a provádění složitějších aktivit
 - častá je i demence – lehkého nebo středního stupně, bývá zachován náhled
 - poruchy paměti, zhoršení pozornosti, schopnost soustředit se
 - psychomotorické tempo a myšlení je zpomalené
 - narušena schopnost formulovat a řešit problémy, řadit myšlenky do souvislostí, udržet myšlenky
 - změny osobnosti, poruchy nálady, bludy, halucinace
 - *demence u Huntingtonovy nemoci*
 - nadměrné opakování tripletů C-A-G na chromosomu → protein huntingtin
 - nekoordinované mimovolní pohyby končetin, trupu, svalů obličeje, zhoršení artikulace, polykání + rozvoj demence (bradypsychismus, apatie)
 - *Creutzfeld-Jakob*
 - priony – sporadicky X iatrogeně → infekční, mění mozkové proteiny v další priony
 - progresivní demence, spastická paralýza končetin, EPS, myoklonus, svalová rigidita, akineze, poruchy vizu, mutismus

- **SEKUNDÁRNÍ symptomatická** – mozek postižen jako jeden z orgánů při celkovém onemocnění org.
 - *ischemicko-vaskulární demence*
 - *poúrazové demence*
 - *demence při epilepsii*
 - *demence po zánětlivých onemocněních mozku*
 - *intoxikační demence*
 - *demence při nádorech mozku*
 - *metabolické demence*
 - *demence při avitaminózách*

4. Vaskulární demence

- **nejčastější sekundární demence**
- často současně s Alzheimerovou demencí → **smíšená demence**
- etiologie:
 - obraz:
 - aterosklerotické změny bazálních mozkových tepen, karotid a vertebrálék
 - mikroangiopatie, mozková amyloidová angiopatie
 - cévní postižení bílé hmoty
 - mozkové infarkty, lakunární infarkty, lakuny
 - typy cerebrovaskulárních nemocí jako příčiny demence:
 - **demence při mikroangiopatii** – Binswangerova nemoc (lakuny, postižení BH – podkorová demence)
 - **demence při strategicky umístěném infarktu** – povodí velkých tepen, BG, thalamus
 - **multiinfarktová demence**
 - **demence při mozkové hypoperfuzi** (hypotenze, cardiac arrest)
 - **demence při mozkovém krvácení**
 - **demence v důsledku jiných vaskulárních mech.**
 - demence se rozvíjí na podkladu **vaskulární encefalopatie**, musí být **patrné jasné cévní změny**
- symptomy:
 - **poruchy paměti, intelektu, kognitivních fcí**
 - **snížená úroveň výkonnosti** (soc., prac.)
 - **náhlý začátek, kolísavý průběh, schodovitá zhoršení**
 - anamnéza typicky – **hypertenze, DM, CMP**
 - častěji než u Alzheimerera jsou zde **depresivní příznaky**
 - dost často i **deliria**
 - **osobnost lépe zachována** než u Alzheimerera, pacient má **náhled** na svou nemoc
 - typické jsou příznaky **celkové tělesné aterosklerózy** – HT, ICHDKK, dyslipidemie + obraz vaskulárních změn na CT a MRI
- léčba:
 - **terapie cerebrovaskulárního onemocnění** – hypertenze, ICHDKK, dyslipidémie, DM, obezity
 - úprava stravy – dostatek zeleniny, omezení tuků
 - tělesná aktivita, hydratace
 - farmakologicky – **vazoaktivní látky** (Ginko, pentoxifylin), **piracetam** (nootropikum, dáváme po CMP pro obnovu prokrvení), **prevence TEN + antiagregace**, při depresi **SSRI**, neklid tlumíme **antipsychotiky**

3. Demence při Alzheimerově nemoci

- **nejčastější demence (50–70% demencí)**
- rizikový faktor: **věk (60+)**, **ženské pohlaví**, **rodinný výskyt**, **genetická dispozice**, opakované **úrazy hlavy**, **nízká úroveň vzdělání**, m. **Down**, hypertenze, DM, obezita, alkohol, kouření
- dlouhé roky probíhá **skrytě**, manifestace až při těžším postižení mozkové tkáně
- 2 formy:
 - **časný začátek** – do 65 let
 - **pozdní začátek** – po 65. roku
- etiologie:
 - **multifaktoriální**, přesnou příčinu neznáme
 - **genetika** + vlivy **prostředí**
 - nejčastěji sporadický výskyt bez dědičnosti
 - podkladem jsou patologické změny mozkových bílkovin – **proteinopatie** → zmenšování, zánik neuronů, **atrofie mozku** (mozková kůra mediotemporálního laloku, hippokampus, parietální lalok)
 - patologická tvorba a ukládání **amyloidu beta** v mozkové tkáni → **neuritické plakety**
 - kolem plaků zánětlivé změny
 - amyloid se usazuje i v cévních stěnách → **angiopatie**, drobné mozkové infarkty
 - **neuronální klubka (tangles) z proteinu tau** → apoptóza neuronů
- symptomy:
 - kognitivní poruchy – **paměti** (krátkodobá ze začátku), **snížení intelektu**
 - zpomalení myšlení – **ulpívavé zabíhavé myšlení, bludy**
 - **dezorientace časem** → **místem** → **situací**
 - úpadek a **ztráta kontroly osobnosti**
 - **depresivita**, pokles vůle
 - **neklid, agresivita, bloudění**
 - **halucinace**
 - **BPSD** = neuropsychiatrické příznaky – behaviorální (křik, agitovanost, agresivita, bloudění, hromadění věcí) a psychologické (deprese, halucinace, bludy, záměna osob, úzkost)
 - **selhávání při zvládání každodenních aktivit, ztráta soběstačnosti**
 - klinický obraz: krátkodobá paměť nula (nepamatuje si nic, co mu řekneme), vzpomínky z mládí, společenské fráze, řeč je plynulá ale bez obsahu, ztráta náhledu (řeknou, že paměť OK)
- diagnostika:
 - **anamnéza objektivní** od pečovatele
 - **MMSE**, nakreslit **hodiny**, **fatické fce**
 - **neurologické** a **interní** vyšetření (biochemka krve)
 - pro vyloučení jiné příčiny – **zobrazovací vyšetření mozku**
 - **hladina beta amyloidu a tau proteinu** v mozkomíšním moku
- průběh:
 - **plíživě**, pomalu, nenápadně, **průběh je nezvratný**, demence progreduje, kognitivní fce se horší
 - doba přežití je **5–15 let**
 - 3 stadia:
 - **lehká demence**
 - **středně těžká demence**
 - **těžká demence**
 - k nemoci patří i **hubnutí až kachektizace**, časté **pády** a **úrazy** + u ležících **dekubity**, **bronchopneumonie**, **moč. infekty**
- léčba:
 - **edukace** příbuzných o průběhu onemoc. a vhodných opatřeních u pacienta (snížení rizika úrazů, trénink paměti, terapie se zvířaty, denní režim – strava, tekutiny, fyzická aktivita)
 - farmako: **KOGNITIVA** (inhibitory AChE – *donepezil*, *rivastigmin*, *galantamin* + antagonisty NMDA – *memantin*)
 - léčba BPSD – deprese = **SSRI**, halucinace a bludy = **antipsychotika**
 - denní stacionáře pro dementní, gerontopsychiatrická oddělení, specializované domovy pro dementní

5. Amnestický syndrom

- **kvantitativní porucha paměti**
- **amnézie** = ztráta paměti
 - **přechodná** nebo **trvalá**
 - **ostrůvkovitá** (částečná) nebo **totální**
 - **retrográdní** nebo **anterográdní**
 - dle etiologie:
 - **organická**
 - poruchy vědomí, farmakogenní, funkční či strukturální poruchy klíčových oblastí CNS
 - *palimpsest* – intoxikace
 - *Korsakovský (diencefalický) syndrom* – amnézie s konfabulacemi
 - **psychogenní**
 - trauma, vysoké emoční vypětí, stres
 - ostrůvkovitá, selektivní
 - disociace vědomého přístupu k obsahu (není v dosahu) a emoční reakce (prožívání emoce a reakcí na ni – regulační mechanismy emocí; nesrozumitelné)
 - obtíže pro integraci (vyrovnání se) traumatických zážitků
- **hypomnézie** = oslabení paměti, klinicky významné narušení všímavosti a vybavnosti
 - často u demence
 - může být při únavě, vlivem farmak, toxinů
- **hypermnézie** = zvýšená paměť (zvýšení složek paměti na úkor jiných)
 - zvýšení vybavnosti, jasnosti, pocitu jistoty na úkor přesnosti: **mánie**
 - neprobíhá „vyhasínání paměťové stopy“ – emoční složky: **posttraumatická stresová porucha**
- **ORGANICKÝ AMNESTICKÝ SYNDROM**
 - je narušena hlavně krátkodobá paměť, je narušena všímavost (nedokáží si zapamatovat nové věci)
 - amnézie má anterográdní charakter
 - časová dezorientace
 - někdy konfabulace
 - etiologie: trauma nebo alkoholismus (*Korsakovova psychóza*)
 - zhoršení paměti má 2 příznaky:
 - porucha recentní paměti, co ovlivňuje každodenní fungování
 - snížená schopnost vybavit si minulé zkušenosti
 - nejsou přítomny defekty bezprostřední paměti, poruchy vědomí a pozornosti
 - existuje objektivní důkaz a/nebo anamnéza poškození nebo onemocnění mozku

6. Delirium

- základní rozdělení:
 - odvykácí/intoxikační = vyvolané návykovou látkou → diazepam
 - organické (somatogenní) delirium (bez vlivu návykové látky) → haloperidol, midazolam (Parkinson)
- **ORGANICKÁ DELIRIA**
 - častá neuropsychiatrická komplikace ve **stáří** (ale možno v jakémkoli věku)
 - **kvalitativní porucha vědomí**
 - často u **hospitalizovaných** nemocných
 - rozlišujeme zde delirium nasedající **na** předchozí **demenci** a delirium **bez** předchozí **demence**
 - příčina – **poškození mozku, poškození jakékoli jiného orgánu**
 - horečka, infekce, dehydratace, psychotrauma, úraz hlavy, pooperačně (CA)
 - příznaky:
 - **porušení vědomí, pozornosti, kognitivních fcí, emocí, psychomotor. chování, spánkového rytmu, vnímání**
 - rozvíjí se **akutně, kolísá během dne** – typický nástup **odpoledne/večer** (*sun down sy*)
 - pacient **orientován** pouze vlastní **osobou**
 - **úzkost**
 - mísení **snového prožívání s realitou**
 - **dezorganizované myšlení**
 - vztahovačnost, **agresivita, paranoia**, cítí se **ohrožen**, utíká před nebezpečím
 - iluze, **halucinace**
 - neschopnost samostatně přijímat stravu a tekutiny, hrozí pády na zem, dekubity
 - typy deliria:
 - **hyperaktivní** – psychomotorický neklid, agresivita, křik
 - **hypoaktivní** – apatie, skleslost, pasivita
 - **smíšené** – střídání hyper a hypo stavu
 - při stanovování dg musíme vždy vyšetřit příčiny deliria a snažit se je řešit
 - zobrazovačky mozku – CT + neurologie
 - rtg hrudníku, laboratoř krev a moč
 - vyloučit infekci
 - léčba:
 - vypátrat **somatickou příčinu** deliria a tu vyléčit
 - identifikovat a **odstranit precipitující faktory** – iatrogenní anticholinergní medikace, fyzické omezení, vliv nového prostředí, dehydratace, malnutrice
 - kontrolovat chování **symptomatickou farmakoterapií** a **podpůrnou léčbou** (hydratace, nutrice, příznivé prostředí, mobilizace)
 - hyperaktivní delirium – injekčně antipsychotikum *haloperidol* nebo *tiaprid*
 - hypoaktivní delirium – *melperon, quetiapin, tiaprid*
 - **psychoterapeutická podpora** pacienta (klidné vřelé prostředí, tolerance, podpora rodinou)
- **DELIRIUM TREMENS**
 - komplikace **odvykání při těžké závislosti na alkoholu** – do **24–48 hod** od poslední konzumace
 - typicky – osoba přijata do nem. pro somatickou komplikaci → 2.–3. den delirium
 - příznaky zejména ve **večerních** hodinách
 - prodromy – nervozita, neklid, **epileptický záchvat** (zřídka)
 - symptomy:
 - **dezorientace, neklid, zmatenost, roztříštěné zmatené myšlení**
 - zrakové halucinace – **mikrozoopsie** (po pacientovi lezou brouci, plazí se had po zemi)
 - **úzkost**, psychomotorický **neklid**, **agresivita**, **inverze** spánkového cyklu
 - **třes rukou + celého těla, profuzní pocení, horečka, zarudlý obličej, tachykardie** – u somato del. nebývají tyto příznaky!!!
 - trvá zpravidla několik dní, končí **spánkem** a ostrůvkovitou nebo úplnou **amnézií**
 - někdy přejde až do *Korsakovovy psychózy* (halucinace, bludy, dezorientace, konfabulace, porucha vstřípivosti paměti → chron. amnestický sy) nebo do smrti
 - léčba: *klomethiazol*, **BZP** (*diazepam*) + vit. B, hydratace, nutrice

8. Závislost na psychoaktivních látkách

- v rámci této problematiky rozlišujeme několik jednotek:
 - **akutní intoxikace** – jednotlivé užití návykové látky v takové dávce, že dojde k narušení vědomí, poznávání, vnímání, emotivity nebo chování (nejčastěji alkoholová ebrieta); jedná se o takovou dávku, co převýší individuální toleranci
 - léčba: zajistit vit. fce, podat antidotum, tlumit patolog. projevy chování (BZP)
 - **škodlivé užívání** – chronické užívání, které poškozuje tělesné nebo duševní zdraví
 - **abúzus** – nadužívání dané látky vedoucí k významnému poškození nebo nepohodě (neschopnost chodit do práce, do školy, zanedbávání dětí, opakované užívání látky při řízení auta, opakované právní spory kvůli užívání látky)
 - **syndrom závislosti** – soubor behaviorálních, psychopatologických a kognitivních fenoménů, které se vyvinou po dlouhodobém systematickém užívání NL
 - **silná touha látku užívat** – craving
 - **potíže v kontrole užívání látky** – neschopnost sebeovládání (užívání látky v nevhodný čas – před odchodem do práce, užívání obrovských množství látky), neustálá touha po látce
 - **tělesné odvykací příznaky** – po částečném nebo úplném odnětí látky, komplikace jsou epilepsie a delirium
 - **odvykací stav** – po vysazení opakovaně dlouhodobě užívané látky
 - symptomy psychické, fyzické, porucha vědomí, vnímání, chování
 - někdy i s deliriem (delirium tremens – alkohol)
 - **rozvoj tolerance účinku látky** – potřeba zvyšovat množství NL (u těžkých alkoholiků je v terminálním stadiu naopak pokles tolerance)
 - **zaujetí užíváním látky** – vzdá se koníčků, nechodí do práce, NL mu ovládá život
 - **trvalé užívání NL navzdory jasnému důkazu jejich škodlivých účinků** – např. pokračování v pití alkoholu i po diagnostice jaterní cirhózy
 - **dg.: 3 a více symptomů nejméně 1 měsíc**

→ závislost obecně může být: **psychická** (craving, potíže se sebekontrolou, užívání i přes riziko, zaujetí užíváním)
fyzická (somatický odvykací stav, tolerance)

- **toxická psychóza** – v průběhu užívání nebo bezprostředně po užití > halucinace, pocit záměny osob, bludy, poruchy psychomotoriky, emocí
 - může vést k rozvoji schizofrenie, deprese, bipolárky
 - zejména u marihuany
- na vzniku závislosti se podílejí tyto faktory:

1. vlastnosti návykové látky

- jednotlivé psychoaktivní látky mají různě silný potenciál ke vzniku závislosti
- základní rozdělení psychoaktivních látek:
 - budivé – kokain, amfetamin
 - tlumivé – BZP, alkohol, opioidy
 - halucinogenní – kanabinoidy, LSD
- míra návykových vlastností je závislá na míře příjemných pocitů, které uživatel zprostředkovává
- závisí také na způsobu podání, rozmezí mezi dávkami
- působí na centrum odměny, ovlivňují dopaminergní transmissi

2. charakteristika jedince

- existují povahové vlastnosti, které jedince disponují k experimentování s NL
- ohrožení jsou jedinci impulzivní, nedisciplinovaní, co podceňují rizika, preferují okamžité a snadno dosažitelné požitky
- dle Cloningera máme 4 temperamenty:
 - *novelty seeking* – impulzivní, hledající nové věci, nestálí, riskující → náchylní k užívání NL
 - *harm avoidance* – předvídající problémy, vyhýbající se riziku, jsou pasivní, opatrní
 - *reward dependence* – vělost, snaha pomáhat jiným, zalíbit se
 - *persistant* – pracovitost, pilnost, ambice
- genetika – změny v mozku, tolerance, odolnost vůči dávkám

- psychické poruchy jako dispozice ke vzniku závislosti:
 - poruchy osobnosti
 - ADHD
 - schizofrenie
 - deprese a úzkostné poruchy

3. sociální a kulturní faktory

- dostupnost, cena NL
- vliv rodiny a vrstevníků
 - protektivita, dominance rodiče, dysfunkční rodina, nezáměr o dítě

4. neurobiologické a psychologické mechanismy

- bludný kruh závislosti:
 - užívání NL → abnormální neurochemické pochody v mozku (serotonin, dopamin, NOR) → libé psychické pocity + negativní afektivní a kognitivní pochody → další NL negativní příznaky zmírní → uživatel si pamatuje pozitivní věci, co NL způsobila a méně si pamatuje věci negativní → další NL ...
- systém odměny – dopamin
- nejdůležitější složka odměny je nukleus accumbens (amygdala) – euforie, pozitivní emoční podbarvení vzpomínek, motivace k opakovanému užití NL, craving, zvyšování dávky

– amnestický syndrom

- chronické zhoršení krátkodobé paměti, bezprostřední paměť zachována
- dlouhodobá paměť zachována, může být zhoršena
- poruchy učení
- léčba: abstinence, nootropika, vit. B, trénink paměti

– reziduální stavy

- demence
- porucha osobnosti, chování
- poruchy nálady
- narušení kognitivních fcí
- flashbacky – psychotické reminiscence

– léčba poruch vyvolaných psychoaktivními látkami

- předpoklady: dostupnost, odpovídající délka, metody a prostředky, spolupráce s dalšími institucemi
- služby zprostředkovává koordinační centrum (ordinace pro alkoholismus a jiné toxikomanie), které řídí postup pacienta systémem
- cíle: nastolení abstinence → udržení abstinence

- ad 1. detoxifikace - zvládnutí abstinenčního stavu, náhrada zneužívané látky jinou, chemickou obdobnou látkou, která potlačí abstinenční potíže, možno ambulantně i za hospitalizace
- detoxikace - často předchází detoxifikaci specifický (dle typu látky) léčebný program, jehož cílem je eliminovat psychoaktivní látku z těla (např. při život ohrožujících intoxikacích)

- ústavní péče - odvykací pobyt v léčebném zařízení (hospitalizace v léčebně), může být zahrnuta i detoxifikace, cíl: základní psychická a fyzická stabilizace stavu, program: psychoterapie, pracovní terapie, podpůrná farmakoterapie
- následná léčba - denní stacionáře, ambulance, terapeutické komunity (dlouhodobé pobyty 1-2 roky), chráněné bydlení

Terapeutické postupy při závislosti

- léčba cravingu - snižování žádostivosti po droze: psychoterapie, farmakoterapie -acamprosát, naltrexon, nácvik soc. dovedností
- substituční léčba - terapeutický postup, při kterém je původně zneužívaná látka nahrazena látkou s výhodnějším profilem (např. metadon):
 - krátkodobá tzn. rychlá detoxifikace
 - udržovací - dlouhodobá (i doživotně, např. metadon, naltrexon)
- senzitivizující léčba - podávání látky obracející účinek drogy v nepříjemný zážitek (např. disulfuram -Antabus)

9. Alkohol

- poruchy způsobené alkoholem:
 - na CNS
 - bezprostřední – akutní intoxikace
 - chronické odvykací stav, psychotické poruchy, amnestický sy
 - poruchy projevující se návykovým chováním → narušení kontroly → závislost
- **akutní intoxikace alkoholem**
 - těž alkoholová ebrieta
 - účinky alkoholu závisí na pohlaví, tělesné konstituci, únavě, přijímané stravě
 - 4 stadia opilosti:
 - *excitační* – lehká opilost
 - *hypnotické* – středně těžká opilost
 - *narkotické* – těžká opilost
 - *asfyktické* – intoxikace alkoholem (útlum DC, opilec se zadusí zvratkami)
 - pacient se většinou dostane na JIP, někdy pouze na záchytku
 - po ústupu intoxikace se rozvíjí kocovina – bolest hlavy, nauzea, zvracení, slabost, nechutenství
- **patická ebrieta**
 - forenzní význam
 - malé dávky alkoholu způsobí těžkou ebrietu u jedinců se sníženou tolerancí alkoholu
 - kvalitativní porucha vědomí, neadekvátní chování (agitovanost, agresivita), poruchy emocí, halucinace, bludy
 - stav končí spánkem a následnou ostrůvkovitou amnézií
 - alterace chování může vést k páchání trestných činů – chybí zde motivace a souvislost, chování je osobě zcela cizí
- **abúzus alkoholu**
 - užívání alkoholu, co vede k poškození zdraví
 - předchází závislosti
 - somatická poškození:
 - jaterní cirhóza, vředová choroba, nádory GIT
 - cirhóza – CDT, ALT, AST, GGT
 - hypertenze, KMP, arytmie
 - bronchopneumonie, bronchitidy, nádory DC
 - encefalopatie, atrofie mozku, CMP, periferní neuropatie
 - anémie
 - poruchy kůže – oděrky, záněty, infekce, hyperpigmentace
- **syndrom závislosti na alkoholu**
 - znaky závislosti:
 - silná touha
 - užívání navzdory znalosti poškození organismu
 - užívání na úkor jiných aktivit
 - potíže v kontrole užívání
 - somatický odvykací stav
 - tolerance – pozor, u chronických ethyliků tolerance naopak klesá
 - závislost psychická i fyzická
 - znaky rozvinuté závislosti:
 - potřeba denní konzumace
 - odvykací potíže při vysazení
 - palimpsest – okna
 - třes
 - společenské selhávání
 - pokles tolerance k alkoholu

- typy závislosti dle Jellineka
 - typ alfa – občasné alkoholové excesy s problémy
 - typ beta – pravidelná konzumace
 - typ gama – závislost, ztráta sebekontroly, víkendové excesy, období abstinence
 - typ delta – každodenní hladinková konzumace, po odnětí abstinence sy
 - typ epsilon – jednou za několik měsíců pije v tahu
- **odvykací stav**
 - po vysazení alkoholu po jeho mnohaleté konzumaci, která vedla k závislosti
 - tachykardie, pocení, třes, zarudnutí obličeje, kolísání tlaku
 - nespavost, úzkosti, poruchy soustředění, nevykonnost
 - může být i epileptický záchvat
 - *diazepam* nebo *tiaprid*
- **delirium tremens**
 - rozvoj do 24–48 hod po odnětí alkoholu
 - většinou odpolední/večerní hodiny
 - prodromy – nespavost, nervozita, epileptický záchvat
 - zmatenost, dezorientace, mikrozoopsie, úzkost, psychomotorický neklid, agresivita, inverze spánkového cyklu
 - třes, profuzní pocení, zarudlý obličej, tachykardie, zvýšená teplota
 - trvá několik dní > spánek, ostrůvkovitá amnézie
 - někdy přejde do Korsakovovy psychózy nebo končí smrtí
 - *klomethiazol*, *diazepam* + vit. B, *hydratace*
- psychotické komplikace
 - **alkoholická halucinóza** – akustické halucinace (2 antagonistické hlasy)
 - **alkoholická paranoidní psychóza** – žárlivecké bludy
 - **Korsakovova psychóza**
 - halucinace, perzekuční bludy, dezorientace, konfabulace, porucha vstřípivosti
 - **Wernickeho encefalopatie**
 - zmatenost snového rázu, dezorientace, apatie, porucha taxie – ohrožuje život
 - **alkoholická demence**
 - **alkoholická deprese**
- terapie:
 - abúzus: psychoterapie – KBT, rodinná, nácvik soc. dovedností
 - odvykací stav: detoxifikace – nastolení abstinence potlačením abstinenčních příznaků = BZP
 - delirium – podpora vitálních fcí, BZP
 - závislost: psychoterapie, podpůrné látky – Antabus (disulfiram), naltrexon, nootropika, vitaminy

10. Opioidy

- přírodní, polosyntetické, syntetické látky
- váží se opioidní receptory v mozku (mí, kappa, delta)
- zdroj: *Papaver somniferum*
- přírodní: opium, morfin, kodein
- syntetické: heroin, hydromorfon, dihydrokodein
- kouření, perorálně, injekčně
- v medicíně: tlumení bolesti, antitusika
- podle účinku:
 - silní agonisté – heroin, morfin, fentanyl, sufentanyl
 - středně silní agonisté – kodein
 - antagonisté – naloxon, naltrexon
 - parciální agonisté – buprenorfin
- **akutní intoxikace opioidy:**
 - euforie, lehká ospalost, útlum aktivity
 - zarudnutí obličeje, mióza
 - zpomalení a změlčení dechu, bradykardie, nehmatný pulz
 - někdy až cyanóza, plicní edém, smrt následkem selhání dechu
 - léčba: **naloxon** 0,4mg i.v. každou půl hodinu
- **závislost na opioidech:**
 - nechutenství, preference sladkého
 - hubnutí, obstipace
 - labilita, útlum aktivity, ztráta zájmů, snížení libida
 - rychlý nástup, silný craving, zvyšování tolerance dávek, těžké abstinenční příznaky
 - paranoidní psychózy (ne moc často), delirium, deprese
 - často i.v. aplikace heroinu → endokarditida, stafylokoková pneumonie, abscesy v místě vpichu
 - děsivé sny, tinnitus, hubnutí, poruchy spánku
 - léčba: detoxifikace (snižující dávky opioidů, kombinace antagonisty + klonidin, naltrexon) > další léčba v centrech
- **odvykací stav:**
 - lehčí – bolest břicha, svalů, neklid, průjem
 - těžší – pocení, kýchání, slzení, sekrece z nosu, bolesti a křeče svalů, útrobní bolesti, průjem, mydriáza, pilorekce, teplota, nechutenství, třes, craving

11. Sedativa a hypnotika

- **barbituráty, BZP**, anxiolytika
- MÚ: obsazení vazebného místa na receptoru pro **GABA** → **tlumivý** efekt v CNS
- účinky: **sedace, hypnóza, antidepresivní, anxiolytický, myorelaxans, spasmolýza**
- **akutní intoxikace BZP**
 - kolísavá chůze, poruchy ve stoji, setřelá řeč, nystagmus, poruchy vědomí
 - tupá euforie, desinhibice, emoční labilita, poruchy chování, útlum, apatie, zhoršení pozornosti a psychomotoriky
 - vyšší dávky – útlum DC, hypotenze, hypotermie
 - léčba: monitoring vitálních fcí, forsírovaná alkalická diuréza, hemoperfuze, **flumazenil** jako antidotum u BZP
- **škodlivé užívání BZP**
 - může vyvolat poruchy, pro které bylo užívání zahájeno – poruchy spánku, neklid, úzkost, riziko poruchy kognitivních fcí, anterográdní amnézie, poruchy vědomí
- **závislost**
 - psychická středně silná, fyzická
 - riziko závislosti u dlouhodobého užívání krátkodobých preparátů – **rozvíjí se již po pár týdnech** → rychlá změna tolerance a navyšování dávek
 - **odvykací stav**:
 - somaticky – svalové záškuby, epiparoxysmy, nechutenství, pocení, nevolnost, zvracení, vegetativní hyperaktivita
 - psychicky – podrážděnost, nespavost, agitovanost, úzkost, derealizace, delirium, rebound fenomén
 - léčba: detoxifikace pomalým snižováním dávek (cave epilepsie, delirium), u neklidu tiaprid

12. Kanabinoidy, halucinogeny & organická rozpouštědla

Kanabinoidy

- přírodní: marihuana, hašiš (pryskyřice samičích rostlin)
- aplikační způsoby: kouření, per os (nástup v hodinách, hrozí předávkování)
- akutní intoxikace
 - kašel, zarudnutí očí, nemotivovaný smích, někdy agresivita
 - desinhibice, agitovanost
 - změny nálady – euforie, úzkost
 - abnormality vnímání – čas, zostření vjemů, myšlenkový trysk, iluze, halucinace
 - porucha kontaktu s realitou
 - zpomalení reakčního času a zhoršení úsudku
 - při vysokých dávkách hrozí i delirium, panické ataky a **psychotické poruchy!!!** (možnost i vyvolání relapsu primární psychotické poruchy)
 - terapie – symptomatická, při neklidu BZP
- škodlivé užívání
 - projevy somatické – chronické záněty DC
 - projevy psychické – anxiózně-depresivní stavy, apatické a abulické stavy, poruchy paměti
- závislost
 - psychická
 - poruchy krátkodobé paměti, charakterové změny (zabývání se detaily, pomalost)
 - není zde odvykací stav!!!!!!!!!!!!!!
 - při vysazení pouze pocity dysforie, prázdnoty, neklidu, nervozity → spontánní úprava
 - terapie – psychoterapie, popř. antidepresiva

Halucinogeny

- přírodní látky: psilocybin, mekalin, atropin, skopolamin, kys. ibotenová
- syntetické látky: LSD
- per os
- akutní intoxikace:
 - dysfunkční chování (agrese, hyperaktivita), změny emocí (euforie, deprese, anxieta)
 - změny vnímání (čas, prostor), halucinace – barvy, květy, točící se barevné terče
 - pokles kritičnosti, bludná interpretace reality – derealizace, depersonalizace
 - afektivní labilita, impulzivní jednání
 - somaticky – pocení, vzestup TK a SF, zimomřivost, třes, hypersalivace, poruchy akomodace, cefalgie, sucho v puse, mydriáza
 - někdy se objevují flashbaky, psychózy, nehody
 - bad trip – panické ataky, neklid, děsivé iluze
 - terapie – stálý dohled, klidné prostředí, krátká doba od užití > vyvolat zvracení, BZP, tiaprid, haloperidol
- **není zde závislost ani odvykací stav!!!!**
- mohou vyvolat **toxickou psychózu!**

Organická rozpouštědla

- *toluen, lepidla, ředidla* (eter, benzen)
- inhalace
- akutní intoxikace
 - obdoba opilosti, ale kratší euforické st.
 - apatie, letargie
 - poruchy pozornosti, kolísavá chůze, svalová slabost
 - nestrhklé spojivky, setřelá řeč, nystagmus, neostré vidění
- škodlivé užívání
 - poruchy krvetvorby, imunity, chronické záněty
- není závislost ani odvykací stav
- rizika = intoxikace (asfyxie, arytmie), poškození vnitřních org., změna osobnosti

13. Kokain, stimulantia & extáze

Kokain

- alkaloid z listů koky
- crack = synteticky upravený kokain
- aplikace: kouření, šňupání, žvýkání, inhalace, i.v.
- akutní intoxikace
 - euforie – veselý, hovorný, touha po pohybu, hyperaktivita
 - poruchy chování – bez zábran, mnoho energie
 - příjemné halucinace, někdy i paranoidní obrazy
 - afektivní labilita
 - stereotypní jednání
 - zvýšená bdělost, ale neschopnost koncentrace
 - somaticky – vzestup TK a SF, mydriáza, pocení, nevolnost, zvracení, zimomřivost, oprese na hrudi, křeče
 - těžká otrava → delirium, křeče, teplota, srdeční selhání, úmrtí v důsledku kolapsu DC
 - terapie: BZP na zklidnění, betablokátory (HT, tachy), ochlazení u hypertermie
- škodlivé užívání
 - poškození sliznic šňupáním (až perforace septa)
 - KMP, bolesti hlavy
 - deprese

- **závislost pouze psychická**
 - tolerance k účinkům
 - intoxikace pod obrazem panické ataky
 - toxická psychóza
 - tělové halucinace napadání hmyzem
 - tělesná sešlost
 - poruchy spánku
 - somaticky – poškození sliznice, KMP, bolesti kloubů
 - odvykací stav – únava, hlad, touha po látce, podrážděnost, deprese
 - terapie: detox, léčba depresivní symptom. antidepressivy TCA

Stimulancia

- budivý efekt na CNS
- metamfetamin (pervitin), amfetamin, efedrin, MDMA, kofein
- kouření, šňupání, inhalace, i.v., p.o.
- MÚ: zvýšení koncentrace D, NA a S na synapsi → aktivace systému odměny v mozku
- akutní intoxikace:
 - zvýšená bdělost, energie, euforie, megalomanie, urychlené PM tempo a myšlení
 - zvýšená výbavnost paměti, nabídka asociací
 - potlačení hladu, spánku
 - družnost, ale i agresivita
 - paranoia, iluze
 - somaticky – poruchy rytmu, vzestup tlaku a tepu, bronchodilatace, pocení, zimomřivost, nauzea, zvracení, mydriáza, svalová slabost, křeče
 - terapie – observace, klidné prostředí, rehydratace, betablokátory, BZP
- škodlivé užívání = jízdy – několik dní → masivní dehydratace, vyčerpání
- závislost jen psychická, craving, tolerance → psychoterapie
- toxická psychóza, paranoidně-halucinatorní sy → neuroleptika

Extáze

- MDMA
- taneční droga, **psychostimulans** a **halucinogen**
- projevy obojího: stimulační a halucinogenní

7. Farmakogenní duševní poruchy

- analgetika, opioidy
- hypnotika + sedativa
- BZP, barbituráty
- marihuana
- psychostimulancia (efedrin, metylfenidát, atomoxetin)
- varovné příznaky zneužívání:
 - časté návštěvy lékaře a žádosti o preskripci
 - paralelní preskripce od více lékařů
 - změny lékařů kvůli odmítání předepisování léků
 - předepsaná dávka vydrží kratší dobu, než by měla
 - somatické (odvykací stav) i psychické symptomatiku závislosti

→ viz jednotlivé skupiny

14. + 15. Schizofrenie

BLUD – porucha myšlení kvalitativního rázu: chorobné a nevývratné přesvědčení nemocného o nějaké skutečnosti. Jedinec koná za všech okolností v souladu se svým bludem a nelze ho za žádných okolností vyvrátit.

– charakteristika

- **chronický** průběh, **závažné** onemocnění s **opakovanými atakami**
- **bludy, halucinace, podivné a nevysvětlitelné chování**
- je to **psychóza** – změněný vztah ke skutečnosti
- **změněný způsob hodnocení informací** – nemocný přikládá událostem **jiný, závažnější význam** než ostatní
- **vztahuje na sebe náhodné běžné skutečnosti, prožívá je mimořádně významně**
- **logická struktura** myšlení a řeči se **rozvolňuje** → ztráta srozumitelnosti myšlení i řeči pacienta
- **emoce** jsou **nepřiléhavé** → oddálení od okolních lidí, nepochopení
- **znepokojující zážitky**, budí **obavy, nejistotu a napětí**
- **skutečnost** vnímají jako **zvláštní, nepochopitelnou a odcizenou** (pacient se domnívá, že je falešná, nastražená a má za cíl ho zkoušet) = **derealizace**
- snížena schopnost navázat a udržet **sociální kontakty** a uplatnit se v práci a ve společnosti
- **poruchy kognitivních fcí**
- **oploštění afektu a nálad**
- **poruchy hybnosti**

HALUCINACE – kvalitativní porucha vnímání, dojem reálného vjemu bez působení příslušného podnětu. Nemocný je nezvratně přesvědčen o pravdivosti vnímaných jevů a jedná tedy v souladu s nimi.

– výskyt

- prevalence mezi **0,4–1,4%**
- začátek nejčastěji v **adolescenci**, mezi **17 a 30 lety**
- **muži** častěji onemocní v mladším věku než ženy
- u žen se první ataky mohou objevit **po porodu** nebo při **menopauze**
- v geografickém rozložení nemá choroba významné kolísání

– etiologie = teorie zátěže a dispozice

- interakce mezi **chorobnou vlohou** (genetika, pre a perinatální vlivy) a **vnějším stresorem**
- pravděpodobnost výskytu zvyšuje zneužívání drog – **marihuana a pervitin**
 - **genetika** – rodinná anamnéza, heritabilita 60–80%!!!
 - **stres** – spouští onemocnění = infekční onemocnění matky v těh., hladovění matky, imigrace, vyčlenění z kolektivu (návykové látky), trauma mozku

– patogeneze

- schizofrenie **zasahuje strukturálně a vývojově mozek** – mozková kůra méně objemná, je zde méně neuronů, úbytek synaptických spojů, narušená myelinizace, porušená komunikace jednotlivých korových oblastí (frontální a temporální laloky), dilatace komor
- zásadní roli hraje **dopamin** – **zvýšená dopaminergní modulace** činnosti mozku → proto jsou antipsychotika antagonisty dopaminu
- významnou roli hraje i **serotonin** a **glutamát** – modulují výběr podnětů, co dosáhnout mozkovou kůru > když je jejich signalizace narušena, mozková kůra je přehlcena > z toho dané příznaky
- schizofrenie může probíhat závažněji, pokud se zpočátku projevuje málo a neléčí se hned
- ale také máme případy, kdy po první schizofrenní atace dochází ihned k úzdavě pacienta

– symptomatologie

- dg. kritérium – **nejméně 1 měsíc** musí být přítomen **1** ze symptomů:
 - **bludy ovlivňování**
 - **prožitky vlastní pasivity při myšlenkách, pohybech a jednáních z vnějšku**
 - **halucinace hlasů** – hlasy k pac. mluví, komentují jeho chování
- nebo alespoň **1 měsíc** musí trvat **2** z těchto:
 - **halucinace s bludnými nebo ovládajícími představami**
 - **katatonní příznaky a příznaky útlumu duševních dějů – negativní příznaky**
 - **katatonní** – neúčelné pohybové projevy, zvýšení sval. tonu, nástavy, stupor, manýrování, negativismus
 - **negativní** – emoční oploštěnost, myšlenkové zchudnutí, pokles zájmu o okolí, pokles potřeby komunikovat, stažení se do vlastními vnitřního světa
- příznaky schizofrenie **zásadně změny osobnost a chování jedince**

- narušení **paměti a kognitivních funkcí**
- obecně:
 - **pozitivní příznaky** – bludy, halucinace, podivné a nesrozumitelné chování
 - **negativní příznaky** – emoční plochost, zchudnutí myšlení, řeči, sociální stažení, depersonalizace, nesouvislé a rozjždivé myšlení, dezorganizace
 - **kognitivní příznaky** – narušeny exekutivní fce, paměť, pozornost
- máme několik forem onemocnění:
 - **PARANOIDNÍ** schizofrenie – bludy, halucinace
 - **HEBEFRENNÍ** schizofrenie – porucha chování, pošetilost, frackovitost, nepřiléhavé emoce
 - **KATATONNÍ** schizofrenie – poruchy motoriky, neúčelné pohyby, stupor
 - **SIMPLEXNÍ** schizofrenie – změny postojů, motivace i vztahu k okolí
 - **NEDIFERENCOVANÁ** schizofrenie
 - **REZIDUÁLNÍ** schizofrenie – bez pozitivních příznaků, ale přetrvávají negativní
 - **POSTSCHIZOFRENNÍ DEPRESE**
- vyšetřovací metody
 - anamnéza – subj. i obj. (blízcí, doprovod)
 - fyzikální, psychologické a neurologické vyšetření, někdy i oftalmologické – dif. dg.
 - toxikologie – moč
 - KO + dif., biochem. (glykemie, jateráky, urea, kreatinin, minerály, štítná)
 - EKG
 - EEG
 - CT mozku, nebo MRI
 - sérologie – STD, neuroinfekt, treponema (luetická psychóza)
- DIF. DG.
 - **intoxikace návykovými látkami** → vždy toxikologie moči !!!
 - **organická onemocnění mozku**
 - zde často známky deliria, dezorientace, ostrůvkovitá amnézie, zrakové halucinace, inkohorence řeči vlivem zmatku nikoli vlivem rozvolnění logických vazeb jako u schiz.
 - **systémová autoimunitní nebo endokrinní onemoc.**
 - **akutní toxická psychóza**
 - **bipolární afektivní porucha**
 - bipolárka – periodická manifestace, není zde depersonalizace a nejistota, naopak je přítomna expanzivní nálada, logorhea vede k pseudoinkoherenci
 - **deprese s psychotickými rysy**
 - příznaky doplňují chorobnou náladu
 - nebudou zde expanzivní bludy, ani bludy inscenace a telepatického ovlivňování
 - budou zde bludy depresivní a vztahovačné
 - **emočně nestabilní porucha osobnosti hraničního typu**
 - prudké a úplné změny nálad a emočních vazeb k lidem i věcem
- průběh
 - je **rozmanitý**, liší se u každého pacienta – typický nástup v **adolescenci** a **časně dospělosti**
 - často probíhá **po léta bez léčby** – poté se léčí složitě, je nejlepší **začít léčit co nejdříve**
 - obecně má schizofrenie sklon k vleklému **chronickému** průběhu s obdobími relativního klidu (zachována je zde ale psychopatologie) a relapsy
 - **stigmatizace** pacienta → sociální izolace → prohloubení symptomů psychózy
 - 3 možnosti průběhu:
 - **údrava** + lehké reziduální příznaky umožňující normální fungování
 - **epizody relativního zdraví** střídané **schizofrenními epizodami**
 - **maligní**, prudce se zhoršující průběh
 - riziko **suicidia** po celý život pacienta, nejvyšší je po první atace

Průběhové varianty schizofrenie (dle MKN)

- Kontinuální, chronická
 - Epizodická (v atakách) s postupným defektem
 - Epizodická (v atakách) se stabilním defektem
 - Epizodická (v atakách) s remisemi
 - Neúplná remise
 - Úplná remise nebo téměř úplná remise
 - Jiná
 - Období pozorování kratší než jeden rok
- Pozn.: sledování musí trvat alespoň jeden rok

- léčba jednotlivých fází
 - 4 důležité části:
 - včasná a individuální farmakoterapie
 - atypická antipsychotika (III. generace):
 - **risperidon** – mírné EPS, hyperprolaktinémie, 4–6mg/den
 - **olanzapin** – 10-20mg/den, dlouhodobá léčba, vzestup hmotnosti
 - *quetiapin, ziprasidon, amisulprid, aripiprazol*
 - **klozapin** – velice účinné!!!, i na farmakorezistentní schizo., kontrola KO
 - po stabilizace první ataky se používají antipsychotika min. **2 roky** kvůli riziku relapsu
 - typická antipsychotika (I. generace): pro zklidnění akutního neklidu
 - **haloperidol** – 5-6mg/den
 - možno je podávat tato antipsychotika i ve formě **depotních inj.**
 - rozdělení farmakoterapie psychózy:
 - tlumení akutní agitace – parenterálně, antipsych. + BZP
 - 5mg *haloperidol* + *klonazepam*
 - *olanzapin, levomepromazin*
 - stabilizace psychózy – titrace optimální dávky (utlumení psychózy, cp nejméně nežádouc. úč. – vzestup hmot., glykemie, lipidů, EPS, hyperprolaktinémie, prodloužení QT)
 - udržovací léčba – udržení dávky na dobře tolerovaném a funkčním množství, riziko útlumu motivace, únavy, stažení do sebe, nezáměr o okolí + riziko vysazení → návrat psychózy
 - psychoedukace pacienta a příbuzných
 - poučení o povaze nemoci a léčbě, o rehabilitaci a sociálních problémech
 - zlepšuje spolupráci pacienta, adherenci k léčbě (zejm. farmako.)
 - rehabilitace sociálních dovedností → začlenění zpět do společnosti
 - psychoterapie po atace onemocnění – klíčový je dobrý psychoter. vztah
 - KBT

16. Trvalá porucha s bludy, schizoafektivní porucha

Trvalá porucha s bludy

- hlavní projev onemocnění je **BLUD** = porucha myšlení kvalitativního rázu: chorobné a nevývratné přesvědčení nemocného o nějaké skutečnosti, které neodpovídá realitě. Jedinec koná za všech okolností v souladu se svým bludem a nelze ho za žádných okolností vyvrátit.
- blud je buď **monotematický** a dobře ohraničený, nebo (častěji) jsou to bludy **skloubené se skutečností**
- blud **ovlivňuje pacientův pohled na svět a mění mu skutečnost**
- obvykle nastupuje kolem **40. roku věku**
- u žen častěji erotomanické bludy, u mužů paranoidně-perzekuční bludy → **převažují ženy**
- rozvoj poruchy souvisí většinou se vzájemným **působením osobnosti a prostředí**, může být navázán na **zraňující nebo konfliktní zážitek** (zážitek selhání, narušení sebevědomí)
- blud nebo bludný systém musí pro tuto dg. trvat aspoň **3 měsíce**
- symptomy:
 - perzekuční a vztahovačné **bludy**, někdy i erotomanické, hypochondrické, dysmorfofobické, bludy postižení parazity
 - **kverulanční paranoia**
 - **rozladěnost, depresivní stavy, nepříjemné emoce**
 - ojedinělé a přechodné **sluchové halucinace** (!!! hlasy tuto dg. vylučují)
 - halucinace **taktilní a čichové**
- formy poruchy s bludy:
 - **perzekučně paranoidní forma**
 - pronásledování pacienta často s pomocí moderní nebo fantastické technologie
 - pronásledování mimozemšťany
 - **kverulační porucha s bludy**
 - přesvědčení o absolutní pravdě, nutnost dosáhnout právního uznání utrpěných křivd
 - pacient zastává své principy a pravdy a neústupně se dožaduje uznání
 - nadměrná četnost právních sporů
 - **erotomanická forma**
 - přesvědčení o tom, že je nemocný milován nějakou osobou (typicky významnou, známou, celebritou)
 - **hypochondrická forma**
 - přesvědčení o správnosti vlastní diagnózy
 - variantou je porucha s *dysmorfickými bludy* – blud znetvoření, kosmetických vad, nápadnosti ve vzhledu
 - a další možnost je *blud napadení parazity*
 - **velikášské inventorní bludné poruchy**
 - bludy o vlastním urozeném původu, o mimořádných vynálezeckých schopnostech
 - **žárlivecká porucha**
 - přesvědčení o něvěře ze strany partnera
 - **blud vlastního tělesného zápachu**
 - **bludné poruchy identity**
 - *Capgrasův syndrom* = blízký člověk je zaměněný za dvojníka
 - *Fregoliho syndrom* = lidé v okolí jen předstírají a hrají svou identitu, ve skutečnosti jsou někým jiným
 - **indukovaná porucha s bludy**
 - rozvoj bludů u doposud zdravých lidí, kteří jejich obsah přejímají od blízké osoby trpící psychotickou poruchou s bludy
- léčba:
 - antipsychotika, v případě depresí i kombinace se SSRI
 - psychoterapie
 - někdy je potřeba omezení svéprávnosti

Schizoafektivní porucha

- současný výskyt **příznaků schizofrenie a poruchy nálady**
- 3 typy: **depresivní, manický a smíšený**
- etio: rodinná anamnéza (schizo, poruchy nálady), genetika
- symptomy:
 - schizofrenní příznaky neodpovídající patické náladě dané epizody – **bludy ovlivňování a kontroly, intrapsychické halucinace (vkládání a odjímání myšlenek), sluchové halucinace, religiózní bludy**
 - příznaky **deprese** nebo **mánie** – deprese se somatickými příznaky, melancholie, euforické mánie
 - **podrážděná nálada, nespokojenost + zvýšená aktivita, naléhavost**
 - **smíšená** forma = smíšená fáze bipolárky + schizofrenie
 - rychlé střídání deprese s mání
 - nebezpečí **suicidia**
- onemocnění probíhá v **periodických atakách**
- obvyklý je **začátek akutním psychotickým stavem** a s afektivními příznaky (bez prodromů, nástup není plíživý jako u schizo)
- po odeznění atak **nepřetrvávají reziduální příznaky**
- je méně závažná jak schizofrenie, pacienti si obvykle zachovají víceméně normální život
- léčba:
 - **antipsychotika + thymostabilizéry**
 - *risperidon/olanzapin* (nebo také *quetiapin* a *aripiprazol*) – schizo
 - *lithium, valproát, karbamazepin* – manické a hypomanické příznaky
 - při rezistenci na farmokoterapii přistupujeme k **elektrokonvulzivní terapii**
 - **psychoterapie**

17. Depresivní porucha

- **nejčastěji** se vyskytující duševní porucha
- vysoké riziko **suicidia**, **závažné** onemocnění
- velmi časté u nemocných se **somatickými chorobami** (nádorové malignity, CMP, AIM)
- častěji **ženy** než muži
- etiologie:
 - častý začátek v souvislosti s **těžkými životními situacemi** – rozvod, ovdovění, zneužívání návykových látek (LSD), sex. zneužívání, ztráta matka před 11. rokem života, sociální izolace
 - ženy – **poporodní období** (6–12 tý od porodu), **menopauza**
 - neurochemické změny v mozku – **nedostatek dopaminu, serotoninu a noradrenalinu**
 - **genetika** – rodinná zátěž
 - vliv **prozánětlivých** cytokinů → deprese u revmatoidní artritidy
 - **somatické onemocnění**
 - jako komorbidita somatického onemoc.
 - deprese jako jeden z příznaků onemocnění (hypothyreóza)
 - iatrogenní deprese navozená léky
 - deprese jako adaptační porucha v reakci na stres a bolest
 - faktory zvyšující riziko deprese:
 - předchozí **historie deprese**, deprese v **rodinné anamnéze**
 - náhlé zhoršení somatické nemoci
 - recidiva onko onemoc.
 - chirurgický výkon
 - chemo, radio, **kortikoidy**
 - **ztráta blízké osoby**
 - osamocení, soc. izolace
 - chronická **bolest**
 - fyzické postižení
- symptomy:
 - **narušení nálady** – smutek, snížení motivace, ztráta zájmu o okolí a aktivity, anhedonie, pocity prázdnoty a beznaděje, úzkost, napětí, podrážděnost → denní kolísání nálady, nejhorší v ranních hodinách
 - **poruchy myšlení a intelektu** – snížení sebehodnocení, sebevčítky, pocity viny, sebevražedné sklony, porucha pozornosti, nerozhodnost, poruchy paměťových fcí
 - **poruchy psychomotorické aktivity** – zpomalení pohybu a stupor, chudá mimika
 - **somatické příznaky** – insomnie, ranní probouzení, anorexie (nebo zvýšená chuť k jídlu), snížení zájmu o sexuální aktivitu, pokles váhy, polymorfní somatické potíže (bolesti končetin, oprese na hrudi)
 - **pláč, smutek, neschopnost očního kontaktu, snížená spontaneita projevu**
 - **myšlenky na sebevraždu, sebevražedné pokusy**
- **diagnostická kritéria:**

Depresivní epizoda

O depresivní epizodě hovoříme, pokud se **jedná o první výskyt deprese v životě daného jedince**, který trvá **minimálně dva týdny** a **splňuje následující kritéria**:

A) Hlavní (2-3 po 2 týdny)

- depresivní, událostmi neodklonitelná nálada**
- nezájem o těšící aktivity** a ztráta radosti z nich
- snížená energie a únavnost**

B) Další (další 1-2)

- ztráta sebedůvěry**
- pocity viny**
- myšlenky na smrt**, sebevraždu, event. vykonání sebevražedného pokusu
- snížená schopnost myslet a soustředit se**
- psychomotorický útlum nebo neklid**
- poruchy spánku**
- změny chuti k jídlu**

Dle počtu splněných kritérií se rozlišuje **epizoda lehká** (4 znaky v mírné podobě), **středně těžká** (6 znaků, dochází k narušení společenských aktivit), **těžká** (8 příznaků, objektivně jsme schopni posoudit, že se něco děje – útlum, bradypsychismus, zhoršená komunikace).

- zvláštní formy deprese:
 - **psychotické deprese** – deprese + bludy, halucinace (psychotické příznaky kongruentní s náladou)
 - **deprese se somatickým syndromem**
 - **larvovaná deprese** – primární manifestace somatickými příznaky, které maskují příznaky deprese
 - **sezónní afektivní porucha** – zimní období
 - **deprese v rámci bipolárky**
- DIF. DG.:
 - adaptační reakce na stres – depresivní porucha je naproti tomu nepřiměřeně intenzivní a dlouhá
 - úzkostná porucha
 - počínající demence
 - hyperthyreóza
 - farmakogenní deprese (reserpin, kortikoidy, topiramát, gabapentin, levetiracetam, levodopa)
 - deprese navozená alkoholovým abúzem
 - zármutek ze ztráty blízké osoby – v popředí zejm. pocit ztráty a prázdnoty, odezní brzy po smrti
- průběh:
 - neléčená 6–12 měsíců, léčbou se trvání zkracuje
 - často probíhá fázicky jako rekurentní depresivní porucha – epizody deprese s obdobími remise
 - u 50% nemocných jen jedna epizoda deprese v životě
 - depresi zhoršují somatická onemocnění
- léčba:
 - 3 cíle:
 - zmírnit nebo odstranit příznaky
 - navrátit původní pracovní a sociální schopnosti
 - zabránit relapsu a recidivě, zabránit zhoršování onemocnění
 - farmakoterapie
 - akutní epizoda deprese (1–2 měsíce)
 - antidepresiva nástup za 2–4 týdny – výhodná kombinace s BZP a hypnotiky
 - SSRI, trazodon, moksibemid, mirtazapin
 - pozor na TCA pro jejich anticholinergní účinek
 - pokračovací fáze (6 měsíců)
 - doporučuje se ponechat stejné antidepresivum jako v akutní fázi
 - udržovací fáze (6–12 měsíců)
 - nutnost monitorovat toleranci antidepresiva a adherenci k léčbě
 - po roce je možné začít antidepresivum vysazovat (v průběhu 8–12 tý – jinak hrozí syndrom z vysazení)
 - * v těhotenství a při laktaci jsou relativně nižší rizika u fluoxetinu, sertralinu a bupropionu → doporučuje se ve 3. trimestru vysadit (hypertenze)
 - možnost i terapie quetiapinem jako antipsychotikem II. gen.
 - psychoterapie
 - KBT, interpersonální terapie
 - psychoedukace nemocného i rodiny
 - elektrokonvulzivní léčba
 - nejtěžší formy deprese ohrožující život (suicidium, anorexie)
 - farmakorezistentní formy deprese
 - repetitivní transkraniální magnetická stimulace
 - pro pacienty rezistentní k antidepresivní léčbě
 - fototerapie
 - vystavení jasnému světlu v ranních hodinách (5:00–6:00)
 - spánková deprivace
 - v počátku léčby deprese, zlepšuje nástup antidepresiva
 - vagová nervová stimulace
 - hluboká mozková stimulace

18. Bipolární afektivní porucha

- dříve maniodepresivní onemocnění: **periodický průběh, rekurentní epizody mánie a deprese**
- rozdělení na:
 - *bipolární porucha I* – depresivní + manické epizody
 - *bipolární porucha II* – depresivní epizody + hypomanické epizody (bez velkého vyjádření mánie)
- u **žen** je častěji přítomné **rychlé cyklování** a komorbidita v **poruše příjmu potravy a abúzu alkoholu**
- nejčastější začátek kolem **18. roku**
- etiologie:
 - **genetika** – hereditární onemocnění
 - spekuluje se o **změnách na mozku** (atrofie korových oblastí, hyperdenzity)
 - změny v **dopaminergní, serotoninergní a GABAergní** transmissi
- symptomy:
 - **depresivní epizoda** – jako deprese, nejméně 2 tý
 - **manická/hypomanická epizoda**
 - povznesená/podrážděná nálada (až příliš dobrá nálada) – nejméně 4 dny
 - zvýšená aktivita, psychomotorický neklid, logorrhea
 - myšlenkový trysk → (pseudo)inkohherentní řečový projev (úplná inkoherece je u schizofrenie)
 - zhoršená pozornost, snížená potřeba spánku (2–3 hod), zvýšené libido, sex. netaktnost, nezodpovědné chování (zvýšené utrácení peněz), zvýšené sebehodnocení, veličášství
 - pacient je často vůči změně v náladě a chování nekritický, přijde mu to normální
 - často narušení vztahu k realitě → psychotické příznaky (bludy – výjimečné schopnosti, urozený původ; sluchové halucinace)
 - **smíšená epizoda**
 - směs nebo velmi rychlé střídání obou fází
 - nejméně 2 tý
- DIF. DG.:
 - porucha nálady z **toxické** nebo **organické** příčiny
 - odvykací stav po odnětí návykové látky
 - !!! vždy provést toxikologii z moči a krve
 - organické onemocnění mozku → provést zobrazovací metody (MRI, EEG)
 - vliv **léků**
- léčba:
 - akutní epizoda → dlouhodobá udržovací terapie → rehabilitace, resocializace
 - **manická fáze**
 - antipsychotika II. generace – risperidon, olanzapin, quetiapin, ziprasidon, aripiprazol
 - kombinace s thymoprofylaktiky – lithium nebo antikonvulziva
 - u neklidných a agitovaných pacientů používáme do úvodu léčby antipsychotika I. generace pro jejich rychlý nástup (haloperidol) + BZP
 - **depresivní fáze**
 - SSRI, SNRI + stabilizátor nálady (lithium, lamotrigin)
 - u nemocných s psychotickými příznaky se doporučuje přidat antipsychotikum II. generace (olanzapin, quetiapin, risperidon)
 - **thymoprofylaxe** – udržovačka
 - lithium
 - antikonvulziva – karbamazepin, valproát, lamotrigin
 - antipsychotika II. generace – olanzapin, quetiapin
 - **psychoedukace + psychoterapie**
 - ! sledovat zneužívání alkoholu a návykových látek – mohou zhoršit onemocnění
 - **elektrokonvulzivní terapie** – těžké deprese, suicidální jednání
 - někdy i repetitivní transkraniální magnetická stimulace

* CYKLOTHYMIE

- četné výkyvy v náladě
- hypománie střídána dlouhými obdobími lehké deprese
- cykly střídání nepravidelné a nepredikovatelné
- mezi střídáním epizod mohou být období normální nálady
- intenzita příznaků neodpovídá ani manii ani depresivní poruše
- deprese zde: smutek, beznaděj, úzkost, vina, poruchy spánku, špatná nálada, unavenost, snížení zájmu o aktivity a okolí
- hypománie: zvýšená aktivita, snížená únavnost, zrychlené myšlení i řeč, zvýšená dráždivost (ale v tomto případě to může vést ke zvýšení výkonu jedince, může mu to prospět)

* DYSTHYMIE

- nejméně 2 roky trvající nebo neustále se vracející depresivní nálada
- období normální nálady jsou pouze krátká
- bez epizod mánie
- intenzita depresivní symptomatologie nenaplnuje dg. kritéria depresivní poruchy
- nenálada, zachmuřenost, letargie, smutek, vina, únava, pokles zájmu, ...

19. Fobické úzkostné poruchy

- úzkost zde vyvolává jen určitá dobře definovaná obavná situace, která není nebezpečná
- provázeno anticipační úzkostí
- úzkost se v danou chvíli může vystupňovat až do panické ataky
- **AGORAFOBIE**
 - etiologie – vrozená dispozice, vliv učení v dětství, trauma, vztahy (strach z opuštění/nadměrného připoutání se)
 - jedná se o strach z opuštění bezpečí domova, strach z veřejných prostranství, davů nebo cestování MHD
 - úzkost se objeví v situacích, ze kterých může být obtížný nebo ponižující únik nebo ve kterých je špatně dostupná pomoc
 - je to porucha velice handicapující, protože narušuje člověku normální běh dne
 - v díl dg je třeba myslet na somatická onemocnění, která mohou vést k úmyslnému vyhýbání se veřejným prostranstvím – močová inkontinence, Parkinson, Crohn, ICHS
 - typický nástup kolem 30 let
 - chronické onemocnění s kolísavým průběhem
- **SOCIÁLNÍ FOBIE**
 - etiologie – v časném dětství získané dispozice, biologické faktory, rodinná zátěž, ponižování dítěte, opakované zraňující zkušenosti
 - pacienti mají výrazný strach být centrem pozornosti nebo strach že se ztrapní nebo poníží na veřejnosti – mají strach z negativního hodnocení společností, z odmítnutí
 - v obavných situacích cítí úzkost – nauzea, pocení, zrudnutí, třes, pomočení → těmto situacím se vyhýbá
 - častý nástup kolem 15 let – poté většinou celoživotní porucha s exacerbacemi
 - neléčená porucha vede k vyřazení jedince z normálního života – nenajde si partnera, práci, ...
 - léčba – často moklobemid, propranolol, atenolol (1h před vystupováním na veřejnosti)
- kromě fobie jako takové se často vyskytuje anticipační úzkost a vyhýbavé chování
- dále se vyskytují izolované fobie jako:
 - zoofobie
 - arachnofobie
 - akrofobie
 - hemofobie
 - kancerofobie
 - nozofobie, nyktofobie

20. Úzkostné poruchy

- *anxieta* je jedno z **nejčastějších** psychiatrických onemocnění
- úzkost je běžnou **emocí**, stejně jako strach
 - je to reakce organismu na **nebezpečí** – „fight or flight“
 - slouží jako varovný signál
 - **patologickou** se úzkost stane, když její intenzita, frekvence nebo trvání jsou nepřiměřené situaci (bez nebezpečí)
- může to být i **nespecifický příznak** různých somatických a psychiatrických onemocnění nebo **projev úzkostné poruchy**
- úzkost X strach
 - **strach** = odpověď na známou, vnější a reálnou hrozbu – trvá jen po dobu trvání hrozby, poté vymizí a dostaví se úleva
 - **úzkost** = odpověď na vnitřní, neznámé a neurčité ohrožení – přichází pozvolna, nenápadně a směřuje do budoucnosti
- příznaky úzkosti jsou komplexní
 - **somatické** (aktivace sympatiku) – zrudnutí/zblednutí, tachykardie, palpitace, pocení, studené ruce, průjem, sucho v ústech, močení, třes, chvění, bolesti zad a hlavy, hyperventilace, obtíže s polykáním, mravenčení, parestezie, nauzea
 - **psychické** – pocit ohrožení/strachu, knedlík v krku, závratě, točení hlavy, derealizace, depersonalizace, napětí, přepětí, strach ze smrti/ze zešílení/ze ztráty vědomí, neschopnost se uvolnit
 - **kognitivní** – arousal, obtíže s koncentrací, hypervigilita, insomnie, ostražitost, obavy a starosti, katastrofické myšlenky, obavy ze ztrapnění se
 - **behaviorální** – neklid/znehybnění, tichá mluva, napjatý hlas, napjatý výraz v obličeji, logorhea, smích/pláč, lekavost, únava, vyčerpání, agresivní chování, podezřívavost, zpomalení výkonu, sebezpozorování, neschopnost odpočívat
- ! hyperventilace → pokles CO₂ → respirační alkalóza → pokles Ca v krvi → mravenčení, necitlivost končetin (porodnická ruka), laryngospasmus, tetanie
 - hyperventilace vede k vazokonstrikci mozkových cév a zvýšení CO – snížený průtok krve mozkem = závratě, točení hlavy, poruchy orientace
 - nadměrné roztažení plic → bolest na hrudi
 - sucho v ústech, neschopnost se nadechnout, nauzea
- klíčové je, aby jedinec měl pocit, že **kontroluje situaci**
- **etiologie úzkosti**: multifaktoriální
 - biologický varovný systém před nebezpečím
 - životně významná ztráta
 - konflikt hodnotového systému
 - konflikt mezi vnitřními pudy a vnějšími požadavky
 - nedostatek podpory
 - špatné rodinné prostředí
 - psychotraumata
 - dlouhodobé konflikty a frustrace
 - neznámé prostředí/lidé/situace
 - genetika, ...
- na úzkostné odpovědi se podílí **GABAergní, serotoninergní a noradrenergní** systém
- úzkost je výsledkem interakce mezi **mozkovým kmenem** (bdělost, arousal), **limbickým systémem** (amygdala – emoce, sympatikus) a **prefrontálním kortexem**
 - aktivace sympato-adrenomedulární a hypothalamo-hypofyzární osy – adrenalin, kortizol
- DIF. DG.
 - úzkost může být součástí mnoha somatických onemocnění, může být nežádoucím účinkem psychofarmak nebo jako přidružený symptom mnoha psychiatrických poruch

- somaticky – AIM, angina pectoris, arytmie, hypertenze, CHOPN, asthma, embolie, pneumotorax, hypo/hypertyreóza, hypoglykémie, ketoacidóza, menopauza, PMS, nádory mozku, demence, sepse, vředy, IBD
- psychofarmaka – antidepressiva, metylfenidát, BZP, antipsychotika
- psychiatrie – odvykačky, delirium, demence, intoxikace, craving, poruchy nálady, osobnosti
- spektrum úzkostných poruch:
 - **PANICKÁ ATAKA** – vystupňovaná intenzivní úzkost doprovázená intenzivním strachem, vzniká náhle a probíhá asi 5-20min, tělesné i psychické příznaky
 - **FOBIE**
 - **OBSESE** – vtíravé myšlenky jsou nápady, představy, impulzy, které se opakovaně vtírají do mysli postiženého ve stereotypní podobě, jsou mimovlní a protivné, jedincem jsou vnímány jako jeho vlastní a způsobují těžkosti a úzkost, pacient se jim snaží čelit
 - **KOMPULZE** – nutkavé činy jsou opakované a stereotypní chování, opakované aktivity (mytí, sbírání) nebo duševní činnosti (modlení, počítání), slouží ke snižování úzkosti nebo k předcházení nepravděpodobným událostem, které by mohli být pro jedince nebezpečné
 - **DISOCIACE** – část obsahu myšlení jsou vytlačeny z vědomí, ale pokračují v působení na sensorický a motorický systém
 - **KONVERZE** – psychický konflikt je převedený do somatického příznaku (typicky po disociaci přichází konverze)
 - **SOMATIZACE** – psychický problém se převede do tělesné nepohody
 - **DEREALIZACE** – pocit, že objekty a okolí jsou mimo realitu, jsou změněné
 - **DEPERSONALIZACE** – pocit, že jedinec je duchem mimo svojí osobu, že se pozoruje zvnějšku
- příznaky doprovází anticipační úzkost (pouze myšlenkou na možnou úzkost vyvolaná úzkost), vyhýbavé (vyhnout se obávané situaci) a zabezpečovací (pojistím se před vznikem úzkosti) chování
- terapie:
 - **psychoterapie**
 - kognitivně-behaviorální terapie
 - expoziční terapie
 - **farmakologická terapie**
 - anxiolytika
 - benzodiazepinová – bromazepam, oxazepam, klonazepam, lorazepam, ...
 - nebenzodiazepinová – guafenesin, buspiron, hydroxyzin, prometazin, ...
 - antidepressiva – SSRI nejčastěji
 - antipsychotika – quetiapin, olanzapin
 - antikonvulziva – gabapentin, lamotrigin, topiramát
 - beta-blokátory
- **PANICKÁ PORUCHA**
 - opakované panické ataky
 - panické ataky jsou neočekávatelné, přichází samovolně, v různých situacích
 - průběh je chronický, střídají se remise a exacerbace
 - zvýšené riziko suicidia
 - léčba – antidepressiva SSRI/SNRI, možno při zahájení kombinovat s BZP, KBT
- **GENERALIZOVANÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA**
 - všeobecná a trvalá nadměrná úzkost
 - obavy z běžných a každodenních situací
 - somatické i emoční příznaky úzkosti, insomnie
- **SMÍŠENÁ ÚZKOSTNÁ A DEPRESIVNÍ PORUCHA**
 - příznaky úzkosti i deprese, ale ani jedny nesplňují kritéria dané nemoci

21. Disociativní a konverzní poruchy

- nevědomé využívání obranných mechanismů disociace a konverze s následnou tvorbou psychických příznaků
- symptomy typicky přináší určitý **zisk** (péče ze strany druhých)
- pacienti **nemají obavy o své zdraví, nepožadují vyšetření**, příznaky těchto nemocí často odpovídají spíš **laické představě o nemoci**
- **nejedná se o vědomou simulaci** onemocnění, nemocný **nemá příznaky pod kontrolou**
- problémy **nejsou předstírané**
- etio:
 - **psychogenní** – nevědomé potlačení psychického konfliktu, vyjádření agresivity, ...
 - primární cíl = snížit napětí
 - sekundárně = zisk péče, invalidního důchodu
 - **trauma** z dětství/dospělosti
 - **abúzus alkoholu**
 - **hraniční porucha osobnosti**
 - **organické poškození mozku**
- *disociace* = odštěpení části obsahu vědomí
- *konverze* = převod „nepovolených“ emocí na tělesné projevy
- typy disociativních poruch:
 - **DISOCIATIVNÍ AMNÉZIE**
 - ztráta paměti na nedávné trauma
 - hloubka a rozsah amnézie se může měnit v průběhu času
 - končí náhle > úplná úzdava
 - **DISOCIATIVNÍ FUGA**
 - ztráta identity a odbrždění chování
 - pacient podnikne dlouhou cestu, během cestování je zachována péče o sebe
 - poté je na fugu totální amnézie
 - spouští ji psychosociální stres (války, katastrofy)
 - **DISOCIATIVNÍ STUPOR**
 - snížení /vymizení volných pohybů, řeči, reakce na okolí
 - je zachován svalový tonus, dech
 - souvislost s nedávnou stresovou událostí
 - začíná náhle a náhle také skončí
 - **TRANS A STAVY POSEDLOSTI**
 - *trans* = stav dočasného narušení vědomí – ztráta identity, snížené vnímání okolí, omezení motoriky > znehybnění, kolaps, ječení, křik
 - *posedlost* = přesvědčení jedince, že do něj vstoupil duch/síla/bůh nebo že byl uhranut
 - na stav bývá plná amnézie
 - během stavu posedlosti může jedinec vyjadřovat zakázané myšlenky, účastnit se sexuálních nebo náboženských obřadů
 - **DISOCIATIVNÍ PORUCHY MOTORIKY**
 - úplná nebo částečná ztráta schopnosti vykonávat pohyby včetně řeči
 - neschopnost žít bez cizí pomoci

- **DISOCIATIVNÍ KŘEČE**
 - křečovitě pohyby připomínající epileptický záchvat
 - frekvence záchvatů oproti epilepsii vysoká, nereaguje na léky, objevují se v přítomnosti jiných lidí
- **DISOCIATIVNÍ PORUCHA CITLIVOSTI A SENZORICKÉ PORUCHY**
 - úplná nebo částečná ztráta kožního cití na části těla nebo na celém těle (parestezie, dysestezie, anestezie)
 - může být ztráta sluchu, zraku, čichu
- **GANSERŮV SYNDROM**
 - přibližné odpovědi ($1+1=3$), amnézie, parézy
- **MNOHOČETNÁ PORUCHA OSOBNOSTI**
 - 2 nebo více osobností u jedince, přičemž aktuálně se projevuje jedna z nich
 - každá osobnost má svoji paměť, preference, chování, krevní tlak, KO, ...
- diagnostika: **EEG**
- dif. dg.: epilepsie, panická porucha, somatické onemocnění, simulace
- léčba: **psychoterapie** (zlepšení v toleranci vůči stresu a frustraci), hypnóza

22. Obsedantně kompulzivní porucha

- 2–3% v populaci, častěji u žen
- etiopatogeneze:
 - dědičná složka
 - obsese a kompulze jako obranné reakce, které potlačují skryté úzkosti
- symptomy:
 - **obsese** = vtíravé myšlenky jsou nápady, představy, impulzy, které se opakovaně vtírají do mysli postiženého ve stereotypní podobě, jsou mimovolní a protivné, jedincem jsou vnímány jako jeho vlastní a způsobují těžkosti a úzkost, pacient se jim snaží čelit
 - **kompulze** = nutkavé činy jsou opakované a stereotypní chování, opakované aktivity (mytí, sbírání) nebo duševní činnosti (modlení, počítání), slouží ke snižování úzkosti nebo k předcházení nepravděpodobným událostem, které by mohli být pro jedince nebezpečné
 - **úzkost**
 - **vyhýbavé chování**
- obsese pacient neutralizuje kompulzemi, což dočasně sníží úzkost
- obsese i kompulze jedinec vnímá jako **vlastní jednání** a alespoň některé považuje za nesmyslné a nepřiměřené
- jsou **opakované, nepříjemné** a zjevné
- často jedince **zdržují**, děsí a **vyčerpávají** > narušují tedy každodenní život
- porucha obvykle začíná v **adolescenci**, někdy ale už v dětství
- **chronické**, k léčbě poměrně **rezistentní** onemocnění
- léčba: kombinace **psychoterapie** a **farmakoterapie** (SSRI, klomipramin, venlafaxin)
- u nejtěžších forem elektrokonvulze, transkraniální magnetická stimulace
- podmínka pro dg OCD je trvání onemocnění minimálně **2 týdny**

23. Neurasthenie, depersonalizace, derealizace

NEURASTHENIE

- etio: genetika, chronické infekce, somatizace, stres, přepracování
- dráždivost a slabost v tělesné i psychické oblasti
- snížení prahu pro tělesné podněty a podněty ze smyslových org., psychická podrážděnost
- stížnosti na vyčerpání, tělesnou slabost při běžných denních úkonech
- je to stresující, je sníženo myšlení a pozornost (vtíravé myšlenky)
- bolesti svalů, bušení srdce, bolesti hlavy, dušnost, poruchy spánku, tenze
- zhoršení pracovního výkonu
- obavy z tělesného zdraví, úzkosti, deprese
- nejméně 3 měsíce = chronické, remise, exacerbace
- psychoterapie

DEPERSONALIZACE

- odcizení od vlastního já, od duševních a tělesných pochodů
- neexistence sebe samých
- jejich myšlenky, pohyby, hlas se jim jeví neskutečné – někdy se sebe leknou při pohledu do zrcadla
- ochuzení a ztráta pocitů, empatie, motivace
- zhoršení koncentrace, paměti
- pocit zmenšování, zvětšování nebo změněné vnímání času
- často spojeno s derealizací → depersonalizační a derealizační syndrom
 - může začít náhle – drogy, stres, trauma
 - nejčastěji 16–22 let

DEREALIZACE

- změna vnímání okolního světa
- svět a druzí lidé se zdají být neskuteční, vzdálení, zautomatizovaní
- vnější svět se jeví nereálně
- někdy nastává při únavě

24. Somatoformní poruchy

- přítomnost tělesných příznaků bez prokazatelných organických změn
- nejsou pod vědomou ani volní kontrolou
- zvýšené sebezpozorování, projev stresu jako důkaz choroby
- rozvoji somatizace může předcházet: ztráta, zklamání, bezmoc, izolace
- predispozice: zážitek závažné nemoci u rodinného člena, zanedbávání v dětství, zneužívání
- pacient nesimuluje ani nepodvádí
- pacient obvykle nepřijímá fakt, že by byl psychicky nemocný a nechce se od psychiatra nechat vyšetřit
→ je těžké navázat terapeutický vztah
- cílem léčby je předejít roli nemocného, zabránit invalidizaci pacienta
 - dlouhodobá, obtížná
 - jeden lékař
 - pravidelné návštěvy
- **SOMATIZAČNÍ PORUCHA**
 - nejméně 2 roky a nejméně 2 org. sys. – rozmanité a proměnlivé somatické příznaky (bolesti břicha, nauzea, plynatost, pachuť v ústech, zvracení, průjem, dušnost, dysurie, nepříjemný pocit v genitálu, vaginální výtok, artralgie, brnění)
 - pacienti berou mnoho léků, chodí za léčiteli, i po vyšetřeních odmítají věřit, že problém není somatický
 - začátek v adolescenci, rozvoj kolem 30 let
 - vznik často spojován s potlačováním hněvu a přenesením na sebe samého
- **HYPOCHONDRICKÁ PORUCHA**
 - trvalá a nepřiměřená starost o své zdraví
 - běžné pocity (peristaltika) a vzezření jsou interpretovány jako projev nemoci
 - pacient se zvýšeně pozoruje
 - je přesvědčen, že trpí jednou nebo dvěma závažnými nemocemi
 - objektem obav jsou zejména skryté vnitřní orgány
 - často též dysmorfofobie = zaujetí deformitou nebo zohyzděním – pacient je přesvědčen, že nevypadá jako normální člověk (pudrování, vycpávání oblečení, nedívají se do zrcadla, chodí na plastiky)
 - neustále vyhledávají lékařská ošetření a vyšetření
 - pacient nepřijímá informaci o dobrém zdraví, neustále monitoruje své fyziolog. fce
 - chronický průběh s remisemi, narušení života, mezilidských vztahů
 - léčba: spíše u PL, psychoterapie
- **SOMATOFORMNÍ VEGETATIVNÍ DYSFUNKCE**
 - vegetativní dráždění autonomního systému → palpitace, pocení, zarudnutí, sucho v ústech, bolest, pálení, tíha, otoklost
 - srdeční neuróza, psychogenní průjem, psychogenní dysurie, dráždivý tračník
- **SOMATOFORMNÍ BOLESTIVÁ PORUCHA**
 - chronická, úporná a obavy budící bolest > 6 měsíců
 - není zde somatická porucha
 - psychoterapie, rehabilitace, relaxace – neléčíme bolest, analgetika nepomohou!

25. Akutní reakce na stres a porucha přizpůsobení

Akutní reakce na stres

- etiologie: **stresové** a **adaptační** mechanismy – závažnost a trvání stresové situace, podíl jedince na situaci, odolnost, osobnost, sociální podpora
- vzniká u jedince, který byl vystaven **mimořádnému psychickému nebo fyzickému stresu**
- rozvoj **okamžitý/do několika hodin** po události: emoční/somatické příznaky
- nejč. dopr. nehoda, výbuch, zemětřesení, teroristický útok
- projevy: sociální **izolace** (únik z místa události), zúžení pozornosti, **dezorientace**, **hněv**, **agrese**, **zoufalství**, **hyperaktivita**, nekontrolovatelný **zármutek**, **stupor** (ztuhnutí)
- příznaky nejčastěji **odezní do několika hodin (8)**
- léčba: krizová intervence (psychoterapie), **BZP** injekčně (anxiolýza + amnézie → přecházíme PTSD)

Porucha přizpůsobení

- maladaptivní reakce na **psychosociální stresor**
- při překročení kompenzačních schopností jedince
 - roli hraje adaptační reakce, predispozice a vulnerabilita jedince
- vzniká v období adaptace na **významnou životní změnu** (svatba, emigrace, odchod dětí, vážná nemoc, úmrtí blízkého) → subjektivní obtíže, poruchy emotivity
- stav **mírné deprese**, **úzkost**, **obava**, **napětí**, **strach**
- **zhoršení výkonu** u každodenních aktivit
- **agresivní, asociální** chování: adolescenti
- **pomočování, cucání** palce: děti
- oproti depresi:
 - nálada po celý den stejná, **horší večer** (deprese: horší ráno)
 - porucha nálady není tak závažná
 - nálada je **odklonitelná vnějšími podněty**
 - **psychomotorické tempo není zpomalené**
 - řeč normální hlasitostí
 - **porucha usínání** (deprese: brzké ranní buzení)
 - není významně narušena pozornost a paměť
 - **chuť k jídlu a libido v normě**
 - váhový úbytek nemusí být
 - **suicidální myšlenky nejsou časté** (až u protrahovaného průběhu, kdy stresor trvá, tak se objevuje sebepoškozování a suicidalita)
- příznaky se objevují **do 1 měsíce** od události a většinou do 6 měsíců vymizí
- léčba: psychoterapie

26. Posttraumatická stresová porucha

- typické u **válečných veteránů, obětí přírodních katastrof** nebo **kriminálních činů**
- etiologie:
 - **trauma**
 - genetická a psychologická výbava
 - hyperaktivita **NOR systému + opioidního + HHA osy**
- jedná se o **opožděnou reakci na mimořádně traumatickou událost** – příznaky vznikají **do 6 měsíců**
- jedinci se událost **neodbytně vybavuje**, má **flashbacky** (znovuprožívání události ve vzpomínkách), má **noční můry** a sny o události
- pociťuje také **úzkost v situacích připomínajících** tuto událost, záměrně se jim **vyhýbá**
- **není schopen si vybavit** některé klíčové momenty události
- zvýšená **psychická citlivost**, **obtíže s usnutím**, **podrážděnost**, **návaly hněvu**, **úleková reaktivita**
- většinou dochází po čase k uzdravení, ale často **chronický** průběh po několik let
- léčba:
 - **časná léčba** – rychle odstranit jedince z dějiště události, zahájit krizovou intervenci (emoční podpora, možnost popsání události, vyjádření emocí) + BZP injekčně
 - **chronická léčba** – farmakoterapie (antiD, beta blok.) + psychoterapie (podpora rodiny a okolí)

27. Poruchy příjmu potravy

- **multifaktoriální** onemocnění (bio-psycho-sociální)
 - psychosociálně: **věk, pohlaví**, etnicita, **osobnost**, perfekcionismus, **depresivní a úzkostné** poruchy, negativní emocionalita
 - situační faktory: **nezájem rodičů** o dítě, sex. zneužívání, riziková povolání a **zájmové činnosti** (balet, modeling)
 - zážitky **studu, posměchu**, šikany, **tlak na výkon** dítěte
 - držení **diet**, kult **štíhlosti**
 - obecně – **genetická predispozice + environmentální** vlivy (klíčový význam **STRESU** – ztráta blízké osoby, separace, změna prostředí, trauma)
 - pozorovány též **kortikální dyfce okruhu řízení příjmu** potravy + porucha **seberegulačního systému**
- vznik nejčastěji **v pubertě 13–15 let: dívky** častěji než chlapci
- trvá průměrně **6 let**
- nutná **mezioborová spolupráce** jak v dg, tak v th – PL, psychiatr, psycholog, internista, gynekolog, nutricionista, gastroenterolog, stomatolog
 - lehčí případy – ambulantní péče, denní stacionáře
 - těžší případy – lůžková odd., mtb JIP, psych JIP
- typické komorbidity: **poruchy osobnosti, úzkostné a depresivní** poruchy, **závislosti** na návykových látkách
- **MENTÁLNÍ ANOREXIE**
 - úmyslné snižování váhy nebo udržování podváhy
 - **restriktivní** (omezování se v jídle, excesivní cvičení) X **purgativní** (zvracení a jiné patologické mech. snižování váhy) typ
 - **dg. kritéria:**
 - **BMI < 17,5**; při růstu dítě nesplňuje očekávaný váhový přírůstek
 - pacient si snižuje váhu sám dietami, excesivním cvičením, zvracením, diuretikami, laxativy
 - je přítomna psychopatologie – zkreslené představy o vlastním těle, vtíravé myšlenky na udržení podváhy
 - endokrinní porucha – amenorrhea, hypothyreóza, ztráta libida
 - opoždění a zastavení růstu (prepubertálně), opožděný vývoj prsou, amenorrhea, dětské genitály
 - **somatické komplikace:**
 - hypokalemie při zvracení (prodloužení QT int. → arytmie), zneužívání diuretik a laxativ
 - hypochloremická alkalóza
 - zvýšená urea (pokles příjmu tekutin)
 - hypoproteinemie → otoky DKK
 - parotitis, periorální dermatitida, zvýšená kazivost zubů (zvracení)
 - zácpa, nadýmání
 - bradykardie, hypotenze
 - sideropenická anémie, trombocytopenie, leukopenie
 - hypercholesterolemie
 - osteoporóza (deplece kalcia a fosfátů)
 - snížení svalové hmoty → snížení kontraktility myokardu a snížení tlaku
 - suchá kůže, praskající nehty, vypadávající vlasy, lanugo
 - amenorrhea, neplodnost
- **MENTÁLNÍ BULIMIE**
 - **dg. kritéria:**
 - neustálé se zabývání jídlem, touha po jídle, přejídání s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby
 - snaha potlačit kalorický účinek jídla – zvracení, laxativa, hladovky, diuretika, manipulace s inzulínovou léčbou u DM
 - přítomnost psychopatologie – chorobný strach z tloušťky

- záchvaty přejídání alespoň **jednou týdně**
- somatické komplikace:
 - dilatace žaludku
 - hypokalémie, hypochloremická alkalóza
 - periorální dermatitida, zvýšená kazivost zubů
- **PSYCHOGENNÍ PŘEJÍDÁNÍ**
 - podíl na nárůstu obezity v populaci
 - **craving**, neustále **zabývání** se jídlem
 - binge eating – **záchvaty přejídání** → pocit ztráty kontroly po přejedení
 - **1 den** přejídání v týdnu nejméně **6 měsíců**
 - **bez** kompenzačních mech. (zvracení, hladovění, laxativa)
 - znaky:
 - rychlá konzumace jídla
 - nepříjemný pocit plnosti
 - jedení bez pocitu hladu
 - osamělá konzumace s pocity studu
 - pocity znechucení, viny, deprese po jídle
- **ADISONŮV KOMPLEX**
 - abnormální jídelní návyky
 - **zkreslené vnímání** vlastního těla
 - obsedantní myšlení na **svalstvo**
 - zneužívání steroidních hormonů
 - **muži**
 - sociální izolace, zúžení jiných zájmů, interpersonální problémy
- diagnostika:
 - **anamnéza** – subjektivně + důležité i objektivně (rodiče – změny chování, jídelních návyků, apod.)
 - nejčastěji přicházejí poprvé kvůli **somatickým příznakům** – závratě, mdloby, záchvaty, amenorrhea
 - nutno provést somatická vyšetření pro vyloučení jiné příčiny podvýživy (nádor, zánět, endokrinní poruchy apod.)
- průběh:
 - pacient i rodiče mají tendenci onemocnění **bagatelizovat** a nevěnovat mu pozornost → nutná důkladná edukace
 - riziko **suicidia, sebepoškozování**
 - pro úspěšné vyléčení není důležitý jen příjem potravy a odstup od purgativního chování, ale i dosažení změny postoje k jídelnímu chování, nabytí schopnosti zvládat stresové situace, znovu najít svojí jistotu a identitu
 - **mortalita > 10%**
- léčba:
 - zaléčení **somatických problémů** (psychoterapie může začít až když je BMI nad 13–14)
 - fyzikální vyšetření
 - laboratoř – biochemika (ionty, jateráky, glykemie, TSH), KO + dif.
 - EKG
 - realimentace + navození normální jídelního režimu 6x denně
 - **psychoterapie** – motivační terapie, KBT, rodinná, interpersonální
 - **psychoedukace** pacienta i rodiny

28. Sexuální dysfunkce

- kvantitativní poruchy sexuální výkonnosti
- oblasti sex. dysfci: sexuální vzrušivost, libido, reakce genitálu, sexuální uspokojení
- klasifikace poruch:
 - poruchy sexuální apetence
 - poruchy sexuálního vzrušení
 - poruchy orgasmu
 - sexuální bolestivé poruchy
- každá dysfunkce může být:
 - primární (od počátku pohl. života) X sekundární (po delší bezporuchové době)
 - úplná X částečná
 - generalizovaná X selektivní (vázaná na určitý partnerský vztah a jeho kvalitu)
 - funkční X organicky podmíněná
 - celoživotní X kolísavé
- příčiny dysfunkcí: velice pestré – biologické, psychické, konstituční, sociální
- dg.: důležitá je anamnéza a navázání dobrého terapeutického vztahu, komunikace

1. Sexuální dysfunkce u žen

- **nízký zájem o sex**
 - nejčastěji vzniká sekundárně – souvislost s nespokojeností s partnerem, somatickými problémy (hypothyreóza, hyperprolaktin.), duševními problémy (deprese, stres), účinkem psychofarmak a antihypertenziv
 - léčba – řešit primární příčinu, farmako možnost yohimbin
- **nízká sexuální vzrušivost**
 - nedostatek lubrikace → znesnadnění koitu
 - psychogenně, hormonální poruchy, farmakoterapie, nefunkční vztah, deprese
 - psychoterapie, yohimbin, antidepressiva
- **poruchy orgasmu**
 - převážně primární porucha (mnoho žen není schopno dosáhnout orgasmu nikdy v životě)
 - psychogenně, partnerské problémy, deprese, psychofarmaka
 - léčba – psychoterapie, nácvik technik
- **dyspareunie, algopareunie**
 - nepříjemný až bolestivý koitus
 - často kombinace s nízkou sex. vzrušivostí a vaginismem → psychoterapie, partnerský nácvik
 - deficit lubrikace
 - záněty pochvy, endometrióza, deficit estrogenů po menopauze
 - léčba – psychoterapie, lubrikace, léčba zánětů, HST
- **vaginismus**
 - silné mimovolné stahy poševního vchodu při pokusu o penetraci → dilatace je bolestivá
 - typicky i odpor k sexu, k dotýkání se genitálu
 - vzniká primárně
 - léčba – psychoterapie, dilatace spastického vchodu do vaginy
- **poruchy sexuální satisfakce**
 - orgasmus a uspokojivý průběh vzrušení ještě nemusí znamenat spokojenost se sex. životem
 - orgasmus může být zdroj negativních emocí
 - koitální a orgastické bolesti hlavy migrenózního typu
 - v průběhu vzrušení vegetativní příznaky – škytka, zvracení, průjem, pomočení
 - vydatné orgastické expulze – ženská ejakulace
- **premenstruální tenze**

2. Sexuální dysfunkce u mužů

- **nízká sexuální apetence**
 - vzácné
 - primárně – hypogonadismus
 - sekundárně – pokles produkce androgenů ve stáří, hyperprolaktinémie, medikace, deprese, poruchy pohlavní identity

- **poruchy erekce**
 - kompletní X inkompletní (jen někdy, v některých situacích)
 - primární X sekundární
 - rizika – věk, partnerské neshody, poruchy KVS (HT, ICHS, DM, met sy)
 - léčba – psychoterapie, dopaminergní preparáty, inhibitory PDE-5, intrakavernózní aplikace vazoaktivních látek (PGE2, papaverin), penilní endoprotézy, vakuové pumpy
- **překotná/předčasná ejakulace**
 - ejaculatio ante portas (před imisí do pochvy), těsně po imisi a po pár kopulačních pohybech
 - typicky primární konstituční problém, nebo sekundárně vlivem opakovaných zánětů
 - léčba – psychoterapie, stiskací technika (silný stisk žaludu pro oddálení ejakulace), lokální anestetika, SSRI nebo klomipramin oddálí ejakulaci
- **anorgasmie**
 - semeno odchází při nočních polucích, ale orgasmu stimulací nikdy nelze dosáhnout
 - primární onemocnění
- **orgasmus retardatus**
 - k vyvolání orgasmu nutná velice dlouhá stimulace
 - idiopatická porucha nebo sekundárně vlivem např. neuropatie
- **anejakulace při orgasmu**
 - typicky u stavů po úrazech, chir. zákrocích, u hypotenziv a psychofarmak
 - 2 příčiny:
 - retrográdní vypuzení semene do moč. měchýře – neuropatie, DM
 - blokáda sympatické inervace → nemožnost vypuzení semene – neuropatie, léky
- **priapismus**
 - dlouhotrvající a spontánně neustupující erekce
 - rozvíjí se hypoxie, krevní perfuze topořivými tělesy je prakticky nulová → silné bolesti
 - hrozí až hypoxická fibróza → ireverzibilní porucha erekce
 - typicky u pacientů s poruchou krevního srážení, u srpkovité anemie, leukemie a TEN
 - antipsychotika a TCA zvyšují pravděpodobnost vzniku

29. Poruchy pohlavní identity a preference

Porucha pohlavní identity

– **TRANSSEXUALITA**

- inverzní sexuální identifikaci: transsexuální muž se identifikuje s ženským pohlavím a naopak
- mají neustálý a trýznivý pocit opačné sexuální příslušnosti, jsou nespokojeni se svým genitálem a přejí si genitál opačný
- touha po změně pohlaví, negativní vztah vůči vlastnímu genitálu
- jde o tzv. genderovou dysforii
- celoživotní problém jedince
- v dětství transsexuálové upřednostňují kolektiv opačného pohlaví
- jedinci se oblékají jako osoby opačného pohlaví, mění si jméno, mění zájmy a způsoby chování
- fáze terapeutické asistence:
 - diagnóza a dif. dg.
 - život v opačné sex. roli – změna jména, ošacení, ...
 - hormonální terapie
 - chirurgické výkony
 - změna matričního pohlaví

Porucha pohlavní preference (PARAFILIE)

- změny v sexuální motivaci jedince, a to buď změny sexuální orientace (erotické preference) nebo sexuálního chování
- deviace rozlišujeme na:
 - deviace sexuální orientace/preference (pedofilie, fetišismus)
 - deviace sexuálního chování (exhibicionismus, sadismus, masochismus)
 - deviace kombinované
- ne všechny deviace jsou parafilní, tedy patologické = v momentě, kdy nemocný nepůsobí stres nebo újmu druhé osobě, nepovažujeme deviaci za patologickou
- **PEDOFILIE**
 - sexuální orientace na prepubertální (dětské) objekty bez vyvinutých pohlavních znaků
 - hetero-, homo- či bisexuální
 - celoživotní
 - pedofilní tendence mohou být zcela potlačeny a popřeny → postupná sublimace
 - nebo mohou být vyjádřeny a ukojeny na dětech – nejčastěji častým intimním kontaktem s dětmi, masturbací před dětmi, vystavování genitálu dětem, vzácně i genitálním spojením s dítětem
 - pedofilní sklony se většinou moc neprojevují, mohou být dobře kompenzované i bez terapie
 - pokud spáchali nějaký delikt, je třeba je léčit
 - *efebofilie* (orientace na prepubertální homosex. objekty) , *hebefilie* (orientace na prepubertální heterosex. objekty)
 - diagnostika často pomocí falopletysmografického vyšetření
- **FETIŠISMUS**
 - erotická fixace na neživý objekt (socha, kůže, guma, plena), na specifickou část těla (prsa, zadek, nohy), na specifickou vlastnost těla (ochlupení, amputát)
 - vzácně i na věci nechutné – stolice, moč, zvratky + nekrofilie, pyrofilie, zoofilie
 - fetišistický transvestitismus = muž se vzrušuje navlékáním ženského oblečení
 - fixace může být i na porno, sexting, erotické hovory
 - většinou není fetišismus nebezpečný, je to v podstatě hobby – v těžších případech nastavujeme tlumící medikaci a psychoterapii
- **EXHIBICIONISMUS**
 - vzrušení a ukájení se tím, že před někým obnažujeme genitál
 - nahotou nemocný pouze obtěžuje okolí, nemá ale zájem o navázání sexuálního kontaktu
 - většinou si muži vybírají jako oběť ženu do 25 let
 - psychoterapie

- **VOYERISMUS (SLÍDĚČSTVÍ)**
 - deviant se ukájí tím, že potají sleduje objekt při intimních aktivitách erotických i neerotických
 - nemá v úmyslu svoji přítomnost odhalit, objekty kontaktovat a navazovat s nimi sex. kontakt
 - problém především mužů pod 35 let
- **PATOLOGICKÁ SEXUÁLNÍ AGRESIVITA**
 - atak neznámé ženy > osahávání, znásilnění
 - útočník nechce kooperaci oběti
 - většinou se vyskytuje u méně inteligentních mužů, u kterých selhávají zdravé vztahy a soc. realizace
 - **tuséři a frotéři** – tisknou se na ženy ve zcela neosobních situacích, popř. je i osahávají, vyhýbají se aktivní komunikaci (tlačence v MHD, koncerty, fronty)
- **SADISMUS**
 - sexuální zájem v agresi k oběti
 - široké spektrum projevů, nemusí hned znamenat tvrdou agresi
 - **fetišistický sadismus** – intimní erotická záliba, používání rekvizit, často s prostitutkami, sdružování do klubů
 - **pseudopedagogický sadismus** – důraz na dominanci a disciplínu, drezura a výchova objektu k absolutní poslušnosti, trýznění objektu
 - **agresivní sadismus** – brutální napadání objektu k jeho podrobení, má rád negativní reakce objektu jako strach, hrůzu a odpor, objekt znehybňován hrozbami a násilím, hrozí až smrt (sérioví sexuální vrahové)
- **MASOCHISMUS**
 - eroticky fascinován agresivitou vůči vlastní osobě
 - sexuální vzrušení při jeho šikaně, ponižování, trýznění
 - erotické asfyxofylie – jedinci se vzruší, když se škrtí rukama nebo škrtidlem

30. Impulzivní poruchy

- etiologie:
 - dysfunkce serotoninového neurotransmiterového systému
 - postižení také noradrenergní a dopaminergní transmise
 - genetická podmíněnost
 - tlak společnosti na materiální hodnoty
- symptomy:
 - **PATOLOGICKÉ HRÁČTVÍ**
 - impulzivní nutkání ke hře, vůlí neovladatelné
 - craving po hře, hráčství na úkor jiných zájmů a aktivit, tolerance (potřeba hrát za stále vyšší částky), pokračování v hraní i přes průkaz jeho škodlivosti, ztráta sebekontroly, neklid a dysforie při nemožnosti hrát, iluze konečné výhry, hra jako způsob útěku od problémů, ...
 - **PYROMANIE**
 - patologické zakládání požárů
 - žhářství bez zjevného motivu
 - silný zájem o pozorování ohně, neschopnost odolat impulzu k zapálení, vzrušení a poté uvolnění po vzplanutí ohně, i přes racionální náhled na nebezpečí žhářství
 - **KLEPTOMANIE**
 - patologické kradení
 - impulzivní krádeže předmětů, které člověk nepotřebuje
 - stoupající napětí před činem, uvolnění po jeho vykonání
 - jedinec si je tohoto vědom, ale neumí to ovlivnit
 - **TRICHOTILLOMANIE**
 - impulzivní vytrhávání si vlasů
 - k uvolnění emočního napětí
 - člověk ví, že se takto kosmeticky poškozuje, ale opět to nedokáže ovlivnit
- vyšetření:
 - objektivní anamnéza
 - psychologické vyšetření osobnosti
 - vyloučení organické příčiny postižení mozku
 - oční pozadí
 - EEG, CT/MRI mozku
- průběh:
 - hráčství nejčastěji začíná ve 30 letech → pokud neléčeno: bezdomovec, vězeň
 - pyro-, klepto- a trichotillo- projevy už v dětství nebo adolescenci, tendence k chronicitě
- terapie:
 - SSRI
 - behaviorální techniky psychoterapie

31. Poruchy osobnosti

OSOBNOST

= relativně stabilní integrovaný celek duševních funkcí a vlastností jedinečný pro každého člověk, zahrnuje:

- způsoby prožívání emocí
- způsoby regulace emocí a impulsů
- reaktivitu na zátěž a stres
- způsoby a vzorce vnímání a myšlení
- sociabilitu, vztahy k druhým lidem
- vztah k sobě samému, sebeobraz, sebeidentitu
- vlastnosti, tendence k chování určitým způsobem

PORUCHY OSOBNOSTI

- přetrvávající vzorec prožívání a chování, který se nápadně liší od očekávání v dané kultuře
- tento vzorec je přítomný alespoň ve dvou oblastech: kognice, afekt, interpersonální fungování, kontrola impulsů
- vzorec je rigidní a objevuje se napříč různými situacemi
- klinicky signifikantní distres nebo potíže v interpersonální, pracovní či jiné sféře života
- projevy od věku pozdního dětství nebo adolescence
- projevy nelze přiřadit jiné příčině (zneužívání návyk. l., traumatu apod.)
 - vs **ZMĚNA OSOBNOSTI**
 - změna oproti předchozímu stavu
 - musí být jasná příčina (závažné psychické onemoc., po traumatu, vlivem organ. postižení, zneužívání látek)
 - např. emoční labilita, oploštěnost, pasivita, ztráta zájmů, tendence k izolaci, impulzivita
- teorie vývoje osobnosti:
 - **psychodynamická** – naše chování ovlivňuje řada neuvědomovaných motivů, raný vývoj a primární vztahy s pečujícími velice ovlivňují vývoj osobnosti
 - teorie vývojových úkolů dle Eriksona

	Psychosoc. krize	věk	charakteristika
1.	důvěra PROTI nedůvěře	1	můžu věřit lidem okolo, podstatný vztah s matkou
2.	autonomie PROTI studu	2-3	závislost na okolí – osamostatnění budu závislý – stud
3.	iniciativa PROTI vině	4-6	iniciativa aktivity vznik svědomí – pocitu viny
4.	snaživost PROTI méněcennosti	6-12	snaha prosadit se, uspět neúspěch = pocit méněcennosti
5.	identita PROTI zmatení rolí	12-18	hledání místa ve společnosti
6.	intimita PROTI izolovanosti	mladší dospělost	schopnost citového vztahu osamělost
7.	generativa PROTI stagnaci	střední věk	pocit uplatnění se (rodina, práce) pocit stagnace, zbytečnosti
8.	integrita Já PROTI zoufalství	stáří	najít smysl v životě zoufalství a strach ze smrti

- **kognitivně-behaviorální** teorie – kognitivní schémata (organizace vnímání a myšlení, interpretace událostí), souhrn předpokladů o tom, jaký jsem já/jací jsou druzí a jaký je svět, jádrová přesvědčení (hluboce zakořeněná schémata z dětství – „pokud udělám chybu, znamená to, že jsem k ničemu“)
- poruchy osobnosti rozdělujeme podle míry narušení osobnosti na: **osobnostní potíže, mírnou PO, střední a těžkou PO**
- oblast narušení:
 - **ve vztahu k sobě** – identita, sebeúcta, sebeřízení, přesnost v sebepercepci
 - **ve vztahu k ostatním** – zájem o vztahy, schopnost zvládat konflikty, schopnost tvořit blízké vztahy, schopnost porozumět druhým a ocenit druhé

- dělení poruch:
 - **cluster A – podivínské, excentrické**
 - *paranoidní PO*
 - *schizoidní PO*
 - **cluster B – dramatické, emocionální, nestálé**
 - *disociální PO*
 - *hraniční PO*
 - *narcistická PO*
 - *histrionská PO*
 - **cluster C – úzkostné, bázlivé**
 - *anankastická PO*
 - *anxiózní PO*
 - *závislá PO*
- **principy terapie PO**
 - **farmakoterapie** pouze *symptomatická* – působíme na jednotlivé znaky (depresivita, úzkost)
 - *kauzální* léčba = **psychoterapie** – dlouhodobá, systematická a individuální
 - ! dynamika PO se projevuje i v psychoterapii a stěžuje jí – pacienti s hraniční poruchou osobnosti mohou vnímat terapeuta střídavě jako skvělého a jako hrozného, často vypadávají z terapie pro svou nestabilitu
 - u některých typů existuje specifická terapie – např. dialektická behaviorální terapie u hraniční poruchy osobnosti
 - hlavní cíl terapie je, aby nemocný **získal na své onemocnění náhled** a snažil se chování vědomě měnit

MKN-10

- F60.0 Paranoidní PO
- F60.1 Schizoidní PO
- F60.2 Disociální PO
- F60.3 Emočně nestabilní PO
- F60.4 Histrionská PO
- F60.5 Anankastická PO
- F60.6 Anxiózní (vyhýbavá) PO
- F60.7 Závislá PO
- F60.8 Jiné: narcistická, pasivně-agresivní...
- F61 Smíšené a jiné PO

DSM-5

- Paranoidní PO
- Schizoidní PO
- Antisociální PO
- Hraniční PO (Borderline)
- Histrionská PO
- Obsedantně-kompulzivní PO
- Vyhýbavá PO
- Závislá PO
- Narcistická PO
- Schizotypní PO

32. + 33. + 34. Specifické poruchy osobnosti

ANANKASTICKÁ PO

- Jádrová přesvědčení
 - Svět je chaotický a plný nejistoty, ostatní jsou nespolehliví.
- Nadměrně rozvinuté, rigidně využívané strategie
 - kontrola, odpovědnost, systematickosti
- Málo rozvinuté strategie
 - spontaneita, flexibilita
- Projevy
 - mají vysokou potřebu řádu a kontroly nad svým okolím jako redukce nejistoty
 - kontrolují okolí, ale i sebe a své emoce a ostatní lidi
 - rigidní, systematictí, puntičkářští, nadměrně perfekcionista, opatrní
 - trvají na dodržování pravidel, norem, řádů
 - jakékoliv překročení pravidel, změny oproti původnímu plánu a nepředvídatelné situace způsobují úzkost, bezradnost a pocity ohrožení
 - mohou vytvářet různé plány, tabulky apod.
 - v některých zaměstnáních mohou své vlastnosti dobře uplatnit
- Dif. dg.:
 - obsedantně-kompulzivní porucha: projevy ego-dystonní, u anankastické poruchy osobnosti naopak ego-dystonní

ANXIÓZNÍ PO

- Jádrová přesvědčení
 - Jsem vadný, nežádoucí, sociálně neobratný, ostatní mě odmítnou.
- Nadměrně rozvinuté, rigidně využívané strategie
 - submisivita, vyhýbání se
- Málo rozvinuté strategie
 - asertivita, sebedůvěra
- Projevy
 - vysoká úzkostnost, nízké sebevědomí, excesivní sebekritika, podceňování
 - obavy z kritiky a odsouzení druhými, neustálé zabývání se možnými názory druhých
 - vyhýbá se kontaktu a vztahům ze strachu z odmítnutí, ačkoliv po nich velmi touží
 - jakmile jednou vztah má, může v něm fungovat dobře
 - často působí nervózně, sociální dovednosti mohou být skutečně sníženy
 - často upevňování poruchy v různých školních a jiných kolektivech – vyhýbání se vede k vyšší úzkosti z kontaktu a nižším sociálním dovednostem, to vede k vyšší pravděpodobnosti odmítnutí
 - v dětství často rodičovské odmítnutí, nebo naopak hyperprotektivita
- Dif. dg.:
 - sociální fobie, schizoidní PO

SCHIZOIDNÍ PO

- Jádrová přesvědčení
 - Jsem soběstačný, druhí mi nemají co nabídnout, vztahy s druhými by mě mohly poškodit a zničit.
- Nadměrně rozvinuté, rigidně využívané strategie
 - Samostatnost, autonomie, stažení se
- Málo rozvinuté strategie
 - Vzájemnost, důvěra, intimita
- Projevy
 - citová chladnost, staženost, uzavřenost, nesdílnost, anhedonie
 - vyhýbání se kontaktu a vztahům z důvodu nezájmu o ně
 - kontakt s lidmi vyvolává úzkost a nejistotu
 - preferují samotářské činnosti, mohou se dobře realizovat v některých povoláních, do kontaktu s psychiatry se dostávají spíše méně často
- Komunikace
 - působí chladně, zdrženlivě, stahuje se z kontaktu
- Dif. dg.: schizofrenie, vyhýbavá PO

PARANOIDNÍ PO

- Jádrová přesvědčení
 - Jsem zranitelný, ostatní jsou zlomyslní a mohou mi chtít ublížit.
- Nadměrně rozvinuté, rigidně využívané strategie
 - Nedůvěra, ostražitost, podezřavost
- Málo rozvinuté strategie
 - Důvěra, smysl pro humor
- Projevy
 - rigidní ostražitost, podezřavost, vztahovačnost, nízká společenská
 - sklon vyvolávat konflikty, bránit se domnělým urážkám, tendence k zášti
 - projevy často neopodstatněné – způsobené tendencí nesprávně interpretovat projev druhých jako ohrožující a agresivní, nepřiměřené reakce
- Komunikace
 - podezřavost také ve vztazích a v komunikaci s lékařem
 - vhodné je vyhnout se humoru, dvojsmyslům, reaktivní agresi
- Dif. dg.:
 - paranoidní schizofrenie, porucha s bludy, jiné PO (hraniční, schizoidní, narcistická, disociální

DISOCIÁLNÍ (ANTISOCIÁLNÍ) PO

- Jádrová přesvědčení
 - Jsem zranitelný a osamělý, druzí mi mohou ublížit, zneužít mě.
- Kompenzatorní jádrová přesvědčení
 - Jsem silný a chytrý, nikdo mi nemůže ublížit.
- U některých poruch vzniká jako reakce na jádrové přesvědčení tzv. kompenzatorní jádrové přesvědčení, které vzniká jako pokus o zvládnutí důsledků jádrového přesvědčení.
- Vznikají a obvykle existují neuvědomovaně
- Udržování kompenzatorního přesvědčení pak obvykle vyžaduje značné úsilí
- Konfrontace s původním jádrovým přesvědčením je bolestivá, ohrožující

- Jádrová přesvědčení
 - Jsem zranitelný a osamělý, druzí mi mohou ublížit, zneužít mě.
- Kompenzatorní jádrová přesvědčení
 - Jsem silný a chytrý, nikdo mi nemůže ublížit.
- Nadměrně rozvinuté, rigidně využívané strategie
 - bojovnost, expanzivita, využívání druhých
- Málo rozvinuté strategie
 - empatie, vzájemnost, sociální citlivost
- Projevy
 - vyšší city jsou oslabeny nebo chybí úplně (lásky, empatie, vlna, stud, svědomí)
 - sklon k protispoločenskému chování, překračování sociálních a morálních norem
 - často pachatelé trestných činů, včetně chladnokrevných brutálních činů
 - za svoje selhání obviňují okolí
 - v dětství často záškoláctví, krádeže

- Projevy
 - tendence k agresi, nízká frustrační tolerance, vysoká impulzivita
 - dosažení vlastních cílů je primární, i přes ublížení ostatním
 - dětství často krutá výchova nebo absence blízkých osob – může vznikat jako kompenzace zranitelnosti a osamělosti v dětství, kruté zacházení rovněž může vést k nerozvinutí vyšších citů
- Komunikace
 - do styku s psychiatry se dostávají spíše z forenzních důvodů nebo při detoxifikaci u závislosti, které mohou poruchu provázet
 - sami psychiatry vyhledávají obvykle, když se snaží něco získat (posudek, zprávu apod.)
 - neschopnost přizpůsobit se pravidlům, ale často dokáží velmi dobře klamat
- Dř. dg.:
 - narcistická PO, hraniční PO

HISTRIÓNSKÁ PO

- Jádrová přesvědčení
 - Jsem nic, nemám žádnou hodnotu.
- Jádrová přesvědčení
 - Jsem velkolepý, vzrušující
- Nadměrně rozvinuté, rigidně využívané strategie
 - upoutávání pozornosti, dramatizace
- Málo rozvinuté strategie
 - kontrola, stabilita, systematickosti
- Projevy
 - pocit vlastní hodnoty se snaží získat upoutáváním pozornosti ostatních
 - zaměřený na vlastní vzhled, flirtující chování, sexualizace
 - často dramatické, teatrální chování – „negativní pozornost, taky pozornost“, sebe prezentace i za cenu ostudy
 - emotivita je labilní, ale mělká, emoce jsou spíše přehrávané než prožívané
 - komorbidita – somatoformní a konverzní poruchy, sexuální dysfunkce
 - sklon k bájně lhavosti, prožitky druhých pro ně nejsou příliš důležité

EMOČNĚ NESTABILNÍ PO

- V MKN-10 emočně-nestabilní porucha osobnosti se dvěma podtypy: impulzivní a hraniční, v DSM-5 borderline PD
- Jádrová přesvědčení
 - Jsem špatný člověk, nezasloužím si nic dobrého ani lásku ostatních.
- Nadměrně rozvinuté, rigidně využívané strategie
 - Emotivita, impulzivita, štěpení
- Málo rozvinuté strategie
 - Regulace emocí, syntéza protikladů
- Klinicky nejvýznamnější PO, spojena se sebepoškozováním, suicidalitou a opakovanými sebevražednými pokusy a vyhozenými krizovými situacemi, pro které se často dostávají do kontaktu s psychiatry a jinými zdravotnickými obory
- Řada komorbidit – PTSD, poruchy příjmu potravy, závislosti, ADHD...

- Projevy

Porucha regulace emocí:
intenzivní emoce, nestabilní afektivita, potíže regulovat emoce

Potíže se sebeobrazem:
nestabilní sebeobraz, pocíty prázdnoty

Potíže ve vztazích:
chaotické vztahy, strach z opuštění

Potíže se sebeovládáním:
impulzivita, sebepoškozování, sebevražedné tendence

Potíže s kognicí:
disociativní stavy, paranoidní prožitky

Etiologie hraniční poruchy osobnosti

- Kombinace biologické predispozice a vlivů prostředí
- Biosociální teorie BPD (M. Linehan, 1993):



35. Poruchy spánku

– základní rozdělení:

- **organické** – porucha spánku součástí duševních a somatických onemocnění
- **neorganické** – porucha spánku jako dominantní stížnost
 - **dysomnia** – *neorganická nespavost, hypersomie, porucha rytmu spánek–bdění*
 - **parasomie** – *somnambulismus, pavor nocturnus, noční můry*

– NEORGANICKÁ NESPAVOST

- = *insomnie*
- až **40%** lidí trpí nespavostí
- etio:
 - **stres** – buď krátkodobý → krátkodobá nespavost, nebo dlouhodobý → nespavost závisí na tolerančních mechanismech a osobnosti každého z nás
 - **genetická predispozice**
- symptomy:
 - **nekvalitní a neosvěžující spánek**
 - ovlivnění **denního fungování** – únava, poruchy pozornosti, dysforie, anxieta, bolesti hlavy
 - minimálně **3x týdně po dobu 1 měsíce** (> 1 měsíc = chronická)
 - spánek může být narušen: **porucha iniciace** spánku, **opakované probouzení** se v průběhu noci, **časné ranní probouzení**
- přetrvávání spouštěčů nespavosti vede k **psychofyzilogické insomnii** – tj. naučená neschopnost usnout v důsledku somatické tenze (stres → přemýšlení nad problémem → nemožnost usnout → nevyspání → další stres → strach, že zase neusnu → neusnu → nevyspání... a furt dokola)
 - **tranzientní psychofyzilogická insomnie** – krátkodobě změněné podmínky → přechodná porucha spánku
 - **sy insuficientního spánku** – způsobeno zvoleným životním stylem
 - **pseudainsomnie** – narušené vnímání spánku, člověk je mylně přesvědčen, že nespí (četná probouzení s pocitem nevyspání)
- vyšetření:
 - spánková anamnéza (režim, rušivé vlivy, práce, stres)
 - spánkový deník
 - polysomnografie (při podezření na organ. příčinu)
- léčba:
 - psychoterapie, režimová opatření
 - přechodná farmakoterapie – **zolpidem, zopiklon, eszopiklon**
 - u chronické nespavosti antidepresiva – **trazodon, mirtazapin + melatonin**

– NEORGANICKÁ HYPERSOMNIE

- nadměrná denní spavost – časté v pubertě, většinou ustoupí samo
- etio:
 - poruchy **mechanismů** udržujících **cyklus spánek–bdění** – příčina není známá
- symptomy:
 - **prolongovaný noční spánek**
 - pozor – odlišit musíme tzv. *long sleepers*, kteří fyziologicky potřebují delší spánek
 - **obtížné ranní probouzení**
 - **spánková opilost** – porucha koordinace pohybů, zpomalené myšlení, neschopnost fyzické aktivity
 - **několikahodinové epizody denní spavosti** – není to imperativní, je potlačitelné vůlí
 - spánek není osvěžující
- dif. dg.: long sleepers, hypersomie vlivem poškození CNS (trauma, infekce), kompenzace noční insomnie, organické poruchy mozku
- vyšetření:
 - spánkový deník 14 dní → polysomnografie → test mnohočetné latence usnutí (monitorace po hodinách, usnutí/neusnutí, latence usnutí, jednotlivá stadia spánku)

* SPÁNKOVÁ HYGIENA

1. nepít kávu, černý/zelený čaj nebo energetiky 4–6 hod před spaním
2. večer nejíst těžká jídla
3. po večeři neřešit věci, které nás mohou rozrušit
4. fyzicky necvičit 3–4 hod před spaním
5. nepít alkohol před spaním
6. nekouřit před usnutím
7. ložnici používat pouze ke spaní a sexu
8. chodit spát a vstávat ve stejnou dobu každý den
9. omezit pobyt na lůžku v bdělém stavu
10. v ložnici mít chladněji, omezit hluk a světlo

- **NEORGANICKÁ PORUCHA RYTMU SPÁNEK–BDĚNÍ**
 - etio: **směnný** provoz, **cestování** (jet lag), **polymorfismy cirkadiálních genů** (CLOCK a jiné)
 - symptomy:
 - **potřeba spánku nebo bdění v jiné době**, než je v dané společnosti normou
 - problémy **denně** minimálně **1 měsíc**
 - **jet lag** – insomnie, únava během dne, porucha koncentrace, snížená chuť k jídlu, bolesti hlavy, porucha menstruačního cyklu → upravení do 3–5 dní
 - **syndrom zpožděné fáze** – časový posun usínání o 2 hod v porovnání s normou, typické v adolescenci
 - fototerapie v ranní době
 - **syndrom přesunuté fáze** – posun spánku do odpoledních nebo časných večerních hodin (min o 2 hod), typické pro starší věk
 - fototerapie ve večerních hodinách
 - léčba: **fototerapie, melatonin**
- **SOMNAMBULISMUS**
 - etio: **genetická** predispozice + **instabilita non-REM** + další **predisponující** faktory (spánková deprivace, stres) + někdy **vlivem léků** (hypnotika, antipsychotika, antidepresiva, anxiolytika)
 - projevy zhoršuje abúzus **alkoholu** nebo **návykových** látek
 - symptomy:
 - **pohybové automatismy** v první třetině noci
 - **chůze** ve spánku – nebezpečné > odcházení z bytu, vypadnutí z okna
 - často i **komplexní úkony** – uklízení, řízení auta, vaření
 - při snaze o probuzení je somnambulik **zmatený** nebo **agresivní**
 - vyšetření – **polysomnografické vyšetření, video-EEG**
 - je častější v dětství, děti z něj většinou vyrostou
 - léčba:
 - preventivní bezpečnostní opatření
 - dodržování pravidelného spánkového režimu + eliminace spouštěčů (alkohol, horory, těžké jídlo na noc)
 - nízké dávky *klonazepamu* nebo *imipraminu* na noc
- **PAVOR NOCTURNUS (spánkové děsy)**
 - u **dětí** častější, v dospělosti minimálně
 - **familiární** výskyt
 - spouštěč – tělesné onemocnění s horečkou, stres se spánkovou deprivací
 - symptomy:
 - náhlá epizoda děsu s **posazením na lůžku**, provázeno **výkřikem** nebo **pláčem**/autonomní aktivací (**tachykardie, pocení, mydriáza**)
 - vyjádření intenzivního **strachu**
 - pacient je z děsu těžko probudný, je zmatený, na děs si částečně nebo vůbec nepamatuje
 - vyšetření – spánková anamnéza, polysomnografie, video-EEG
 - epizody většinou vymizí během adolescence
 - léčba viz somnambulismus
- **NOČNÍ MŮRY**
 - 11% dětí, 5% dospělých (ženy)
 - etio: **genetika, neurotici**, úzkostnost, **trauma, návykové** látky
 - symptomy:
 - **živé děsivé sny** → plné **probuzení** s jasným **uvědomováním** si hrůzného snu
 - provázeno **úlekovou reakcí**, někdy až **panickou atakou**
 - objevují se v epizodách **REM** spánku
 - můrám předchází – stresová situace, nepravidelný spánkový režim, somatické onemocnění, léky, návykové látky, deprese, PTSD
 - vyšetření – spánková anamnéza + snaha dopátrat se spouštěče a ten vyřešit

36. Mentální retardace

- **3%** populace: častěji **muži**
- etio:
 - **genetika**, významná **heritabilita** (až 0,8)
 - geneticky podmíněné **choroby metabolismu** – lipidy: Tay-Sachs, Niemann-Pick; mukopolysacharidy: Hurlerův sy; amk: fenylketonurie, homocystinurie → patologické hromadění v mozku
 - mikrodelece, mikroduplikace DNA
 - **chromozomální aberace** – Down sy, Turner sy, Klinefelter sy
 - **faktory zevního prostředí při intrauterinním vývoji a při porodu** (rubeola v těh., toxoplazmóza, syfilis, HIV, alkohol, radiace, malnutrice matky, hypoxie u porodu, encefalitidy, meningitidy, jaterní encefalopatie u Rh-inkompatibility, poranění hlavy)
 - **nedostatečná senzorická stimulace** během raného vývoje
 - **intelektuální, sociální a citová deprivace** v dětství
- symptomy:
 - **nedostatečně rozvinutý intelekt**
 - narušení **poznávací, řečové a pohybové** schopnosti
 - snížená schopnost **přízpůsobení se požadavkům** běžného života
 - pokud se porucha rozvine až **po 2. roce věku**, není to retardace, ale **demence**
 - těžší formy mentální retardace:
 - **eretické formy** – neklid, agresivita, impulzivita, sebepoškozování
 - **torpidní formy** – apatie, abulie
 - těžší formy spjaté i s dalšími chorobami – **autismus, epilepsie, obrna, mikrocefalie, katarakta, hluchota**
 - zvýšené riziko **zneužívání těchto lidí** – sexuální, ekonomické, právní
 - někdy pozorujeme **mimořádné schopnosti** výtvarné, matematické, paměťové nebo hudební
- rozdělení retardací:
 1. **LEHKÁ**
 - IQ = 50–69
 - postiženo abstraktní myšlení + schopnost číst a psát
 - mechanická paměť zachována, někdy nadprůměrná → kompenzace intelektu
 - mluví a řeč aktivně používají
 - děti dobře vychovatelné pro základní úkony (jídlo, mytí, oblékání)
 - selhávání ve škole → speciální školy, schopni se vyučit v jednoduchém manuálním oboru
 - schopnost pracovat, založit rodinu, pečovat
 2. **STŘEDNĚ TĚŽKÁ**
 - IQ = 35–49
 - neschopnost číst a psát
 - úroveň řeči nízká, pouze základní slova
 - v omezené míře vychovatelní
 - neschopni vzdělávání ve škole, neschopni se vyučit a vykonávat práci
 - neschopni založit rodinu ani vést samostatný život → potřeba dohledu
 3. **TĚŽKÁ**
 - IQ = 20–34
 - nemluví, nevychovatelní, nevzdělavatelní
 - neschopni vést samostatný život → ústavy sociální péče
 - poruchy motoriky, tělesné defekty
 4. **HLUBOKÁ**
 - IQ = méně než 20
 - neporozumí požadavkům ani instrukcím, imobilní, inkontinentní
 - pouze leží, vyžadují krmení a hygienu + postižení zraku, sluchu, motoriky

- vyšetření:
 - genetická a metabolická vyšetření
 - neurologické vyšetření
 - sledování psychomotorických projevů dítěte
 - inteligenční testy
 - zobrazovací metody mozku
- průběh:
 - stav je ireverzibilní
 - někdy částečné zlepšení tréninkem, jedinec občas schopný adaptace
- léčba: není

37. Psychické poruchy v dětství – přehled

1. Poruchy psychického vývoje

- specifické vývojové poruchy řeči a jazyka
 - porucha artikulace řeči
 - expresivní porucha řeči
 - receptivní porucha řeči
 - získaná afázie s epilepsií
- specifické vývojové poruchy školních dovedností
 - poruchy čtení, psaní, počítání
- specifická vývojová porucha motorické funkce
- pervazivní vývojové poruchy
 - dětský autismus
 - Aspergerův sy
 - Rettův sy
 - jiná dětská dezintegrační porucha

2. Poruchy chování a emocí

- hyperkinetické poruchy – ADHD
- poruchy chování
- smíšená porucha chování a emocí
 - depresivní porucha chování
- emoční poruchy
 - separační úzkostná porucha v dětství
 - fobická úzkostná porucha v dětství
 - sociální úzkostná porucha v dětství
 - porucha sourozenecké rivality
 - generalizovaná úzkostná porucha v dětství
- poruchy sociálních vztahů
 - elektivní mutismus – dítě nemluví, ačkoli nemá organickou poruchu mluvidel, úzkost
 - reaktivní porucha přichylnosti v dětství – abnormality v soc. vztazích, strach vztah navázat
 - desinhibovaná přichylnost v dětství – tulí se i k cizím lidem
- neorganická enuréza – pomočování v noci/ve dne nad 5 let
- neorganická enkopréza – úmyslná defekace na nevhodných místech nad 4 roky věku
- poruchy příjmu potravy
- pika – požívání nestrávitelných látek
- balbuties (koktavost)

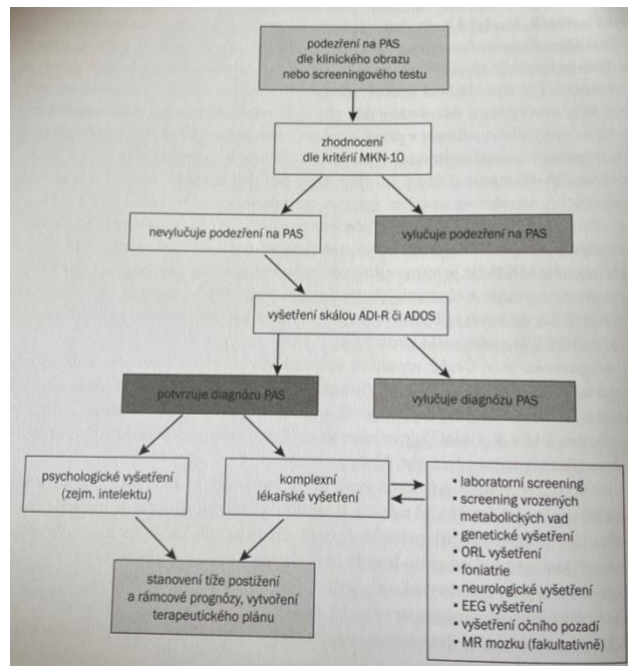
+ diagnózy dospělého věku se začátkem v dětství

- schizofrenie
- bipolární porucha
- deprese
- panická porucha
- PTSD
- týrání a zneužívání

38. Pervazivní vývojové poruchy u dětí

- zahrnují:
 - dětský autismus
 - Aspergerův sy
 - Rettův sy
 - jiná dětská dezintegrační porucha
 - hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací
 - stereotypní poruchy
- etio:
 - genetika – heritabilita je 90%
 - rizikové faktory v těhotenství – vaproát, thalidomin, rubeola, virové infekce
 - dle MRI změny na mozku
- nejčastější komorbiditou dětského autismu je mentální retardace
- **DĚTSKÝ AUTISMUS**
 - patologie v oblasti soc. vztahů, jazyka/řeči, komunikace, hry, zájmů
 - nástup příznaků před 3. rokem
 - častý je pomalý nástup příznaků již před 1. rokem
 - může nastat i autistická regrese, kdy dochází k nárazovité ztrátě již získaných dovedností v oblasti řeči, soc. chování a hry
 - abnormality soc. interakce – vyhýbání se očnímu kontaktu, nejeví zájem o lidské tváře a hlasy, nevytvářejí attachment k matce, nezájem o vztahy s lidmi
 - abnormality v komunikaci a hře – rozvoj řeči opožděn, řeč připomíná robota, neemotivní řeč, echolalie, málo výstižné vyjadřování, neschopnost dialogu, bez gestikulace, oploštělá mimika, nedostatek fantazie a tvořivosti, neschopnost si hrát, stereotypní soustředění se na detail (otáčení koleček u auta, otevírání a zavírání dveří)
 - obsedantní lpění na neměnnosti života a prostředí, dodržování rituálů – malý přesun věcí nebo změna programu vyvolá vztek
 - motorické manýrismy – opakované pohyby končetin (stres, nepohoda, úzkost – zmírni)
 - nepřiměřené reakce na běžné zvuky, pachy a chutě
 - zvýšená odolnost k bolesti → poškozování
 - často ostrůvky speciálních dovedností – eidetická paměť, matematické schopnosti, hudební talent
 - *atypický autismus* – nejsou zcela naplněna dg. kritéria, je opožděný nástup
- **ASPERGERŮV SYNDROM**
 - méně závažná forma autismu
 - vyšší IQ a verbální IQ než autisti
 - řečové schopnosti skoro neporušené – občas trochu umělé věty, egocentričnost, dlouhé monology na téma zajímaví pouze mluvčího, obtíže s dialogem
 - mají zájem o okolí, přátele a vztahy, jen mají někdy velké obtíže vztahy navazovat – svoji izolaci si ale uvědomují a snaží se s ní něco dělat
 - motorické stereotypní manýrismy
 - stereotypní zájmy a koníčky
 - často shromažďují velké množství informací o problematice, která je zajímavá – např. technické parametry lokomotiv od r. 1850
- **RETTŮV SYNDROM**
 - jen u žen
 - genetická příčina – mutace genu → abnormální protein → změna gen. exprese
 - normální vývoj do 18. měsíce, poté ztráta řeči, manuálních dovedností, zpomalení růstu hlavy
 - kroutivé, svíravé, tleskové pohyby rukou
 - nepravidelné dýchání – apnoické pauzy, hyperventilace
 - skolióza, epilepsie
 - výsledkem je těžké mentální i motorické postižení → invalidita, imobilizace už v pubertě (max 40 let)

– diagnostika autismu:



– léčba autismu:

- **speciálněpedagogická a behaviorální** intervence
- **oxytocin** – podpora prosociálního chování > zatím není v praxi
- agresivita: **risperidon** → **aripiprazol** → **olanzapin, ziprasidon, valproát**
- obsedantní sy, repetitivní chování, rituály: **fluoxetin** → **citalopram** → **klomipramin**
- hyperkinetický sy: **atomoxetin, metylfenidát**

39. Hyperkinetické poruchy u dětí

- **ADHD** = *attention deficit, hyperactivity disorder* – širší pojem, méně závažné (12%)
- **HKP** = hyperkinetická porucha – užší spektrum, i nejzávažnější formy nemoci (1%)
- jedná se o **neurovývojovou** poruchu, roli hraje zejména **genetika**
 - menší objem mozku
 - porucha fce genů pro **dopamin** a **serotonin**
 - změněná struktura **prefrontálního kortexu** souvisí hlavně s:
 - **aktivací** – narušené organizování, stanovování priorit
 - **soustředění** – snížené, nemožnost udržet
 - **výkon** – narušená schopnost udržet úsilí
 - **emoce** – snížená schopnost modulace emocí
 - **paměť** – zhoršené užití pracovní paměti a výbavnosti
 - **akce** – zhoršené sebeovládání
 - zásah do **serotoninového** a **noradrenergního** systému *psychostimulancii*
- diagnostika na základě 3 okruhů – symptomy alespoň **6 měsíců, před** dovršením **7 let**, splnění ve **více situacích** (škola, domov, vyšetřovna):
 - 1. nepozornost**
 - hlavně ve škole, děti se neumí soustředit na úkol, který jim přijde nudný nebo těžký
 - hodiny se ale dokážou soustředit na činnosti, které je baví
 - nenaslouchá druhým
 - má potíže s organizováním aktivit
 - dá se snadno rozptýlit vnějším stimulem
 - zapomnětlivost, časté ztráty věcí
 - 2. hyperaktivita**
 - excesivní aktivita, dotěrná, zlobivá
 - vysoce rušivé chování
 - neklid a vrtění se i v klidu
 - při hře je nadměrná hlučnost
 - nepřiměřená motorická aktivita
 - 3. impulzivita**
 - vyhrkne odpověď na otázku, co ještě nebyla dokončena
 - není schopno stát ve frontě/čekat
 - vnucuje se lidem, přerušuje jejich konverzaci
 - přespříliš mluví
- další symptomy:
 - **nesnáze vycházet s lidmi** – narušení vztahů s rodiči, sourozenci, kamarády
 - **špatné školní výsledky**
 - **nízké sebevědomí** (nepopularita, školní selhání)
 - **komorbidita** – úzkost, opoziční vzdor, poruchy učení, poruchy nálady, abúzus alkoholu, tiky
- HKP/ADHD může být i u **dospělého člověka**
- HKP je soubor dvou diagnóz:
 - porucha aktivity a pozornosti
 - porucha chování
 - narušení chování je zřetelné, násilné, bezohledné – výbuchy zlosti, lhaní, zlomyslnost, pomstichtivost, krádeže, rvačky, krutost vůči lidem/zvířatům
- vyšetření = **anamnéza** – rodiče, učitelé
- léčba:
 - **psychostimulancia** – *metylfenidát* (3x denně, rychlý nástup, krátké trvání), *atomoxetin* (nástup za 4 tý, jedna ranní dávka, nižší efekt, není to stimulant), *imipramin/nortriptylin*
 - **edukace** → **režimová opatření** → **psychoterapie (KBT)**

40. Tikové poruchy

- **mimovolné, náhlé, rychlé, opakující se, nerytmické, stereotypní pohyby** nebo **hlasové** produkce
- **neslouží k žádnému účelu, nejsou podloženy neurologickou poruchou**
- rozdělení:
 - **jednoduché**
 - **motorické** – mrkání, otáčení hlavy, plazení jazyka, záškuby ramen, cvakání zubů, trhání šjí
 - **vokální** – kloktání, popotahování, štekání, kašláání, škytání, zvířecí zvuky
 - **komplexní**
 - **motorické** – grimasování, poplácávání, skákání, třesení nohama, plivání, líbání, olizování
 - **vokální** – opakování vlastních zvuků a slov, opakování slyšeného, sprostá slova, zvýšená hlasitost a rychlost, přízvuk
- frekvence **kolísá během dne**, mění se v různých **prostředích** a **čase**, závislost na **stresu** a teplotě
- máme **přechodnou** tikovou poruchu, **chronickou** motorickou/vokální poruchu, **kombinovanou** vokální a motorickou poruchu (*Tourettův sy*)
- u dětí jsou tiky celkem časté, u chlapců více
- etio:
 - **genetika** – zejm. u Tourettova sy
 - vlivy **prostředí**
 - stres matky v těh., vyšší věk otce, kouření a abúzus v těh.
 - abnormality v mozku, zejm. v BG
 - návaznost na **streptokokovou infekci** ? – **PANDAS** (*pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections*)
- většina tiků je v oblasti **ramen, hlavy a krku**
- množství narůstá při **psychické zátěži**
- přechodně je lze zmírnit soustředěním se (sport, recitace)
- **PŘECHODNÁ TIKOVÁ PORUCHA**
 - jednoduché motorické tiky (mohou být i vokální)
 - alespoň 4 týdny, ne více než rok
 - nejčastěji mimické svaly
- **CHRONICKÁ MOTORICKÁ/VOKÁLNÍ PORUCHA**
 - motorické nebo vokální tiky, ne obojí
 - alespoň jeden rok po většinu dní
- **TOURETTŮV SYNDROM**
 - mnohočetné, komplexní tiky
 - motorické i vokální
 - více než 1 rok, každý den
 - mohou se jevit jako účelné (*kopropraxie* – sexuální nebo obscénní gesta)
 - vypadají jako by imitovaly někoho druhého (*echopraxie*)
 - opakování vlastních zvuků a slov – *palilalie*
 - opakování posledního slyšeného slova nebo věty – *echolalie*
 - objevují se typicky mezi 5.–7. rokem věku – jednoduché tiky, postupně se rozšiřují
 - nejhorší průběh kolem 10.–12. roku, v adolescenci se zmírňují (u malé části vydrží i do dospělosti)
 - sociálně velmi nepříjemné onemocnění, děti bývají terčem posměchu a stydí se za sebe
 - riziko rozvoje depresivní poruchy
 - komorbidity: hyperkinetická porucha, OCD, úzkostná porucha
 - léčba:
 - **edukace, psychoterapie** – redukce stresu, edukace okolí
 - farmakoterapie – BZP (klonazepam), guaifenesin, **neuroleptika** (tiaprid, risperidon, olanzapin, ziprasidon)

C – Klinický management

1. Delirium

- rozdělení
 - **odvykací/intoxikační** = vyvolané návykovou látkou
 - anamnéza, neurologické vyšetření
 - léčba: *klomethiazol*, **BZP** (*diazepam*) + vit. B, hydratace, nutrice
 - **organické (somatogenní)** (bez vlivu návykové látky)
 - hospitalizace, starší lidé, vliv chorob
 - horečka, traumata, tumory, jaterní encefalopatie, pooperační stav, sepse, infekce, hypoglykemie, léky (anticholinergika, dopaminergika)
 - na demenci/bez demence
 - hyper-, hypoaktivní a smíšené
 - postup řešení:
 1. **stanovit příčinu deliria**
 - zobrazovačky mozku – CT + neurologie
 - 7-test na pozornost, vyš. orientace, paměti (3 slova), abstrakce (vysvětlit přísloví), pojmenovat předložené předměty
 - rtg hrudníku, laboratoř krev a moč
 - vyloučit infekci a intoxikaci (toxi moč)
 2. **odstranit precipitující faktory**
 - iatrogenní anticholinergní medikace, fyzické omezení, vliv nového prostředí, dehydratace, malnutrice
 3. **symptomatická a podpůrná léčba**
 - hydratace, nutrice, příznivé prostředí, mobilizace
 - hyperaktivní delirium – injekčně antipsychotikum *haloperidol* nebo *tiaprid*
 - *midazolam* u m. Parkinson (antipsychotika nevhodná)
 - hypoaktivní delirium – *melperon*, *quetiapin*, *tiaprid*
 4. **psychoterapeutická podpora**
 - klidné vřelé prostředí, tolerance, podpora rodinou

2. Neklid a agresivita

- v *agresivitě* hraje roli **serotonin** (tlumí ho), **NOR** a **D** (potencují)
- *agrese* je pak následek agresivity – je to způsob jednání (zlost, násilí)
- *psychomotorický neklid*
 - urgentní, přechodný
 - vzniká v důsledku somatické nebo psychické příčiny
 - schizofrenie – akutní exacerbace, psychotické poruchy
 - úzkostné deprese, akutní manický sy (bipolární porucha)
 - mentální retardace – eretická forma
 - intoxikace, odvykací stavy
 - nejčastěji pouze neklid a agitovanost, někdy raptus (bezhlavé útoky na okolí a sebe, snaha ukončit život, ječení, sluchové halucinace, derealizace)
 - terapie:
 - přítomnost více osob (5), připravená úniková cesta, dbát na bezpečnost pacienta
 - snaha navázat slovní kontakt – klidně, bez imperativů pacienta začít uklidňovat a přesvědčovat, aby si např. naspět lehnul, pustil zbraň
 - v případě neúspěchu použijeme fyzickou převahu a aplikujeme i.v. nebo i.m. zklidňující látku
 - i.v. – *diazepam*, *midazolam*, *haloperidol*, *chlorpromazin*
 - i.m. – *haloperidol*, *chlorpromazin*
 - obecně:

- psychotické stavy – *antipsychotika II. gen.* (olanzapin), *diazepam i.m.*
- nepychotické stavy – *BZP*, u organicky podmíněných = *tiaprid*, *melperon*
- pacienta znehybňujeme na lůžku (kurtace)
- farmakoterapie jednotlivých stavů:
 - intoxikace – haloperidol
 - epilepsie – diazepam
 - schizofrenie – neuroleptika, trankvilizéry
 - katatonie – haloperidol, BZP
 - manie – neuroleptika, lithium, valproát
 - depresivní sy – alprazolam, klonazepam, bazální neuroleptika
 -

3. Depresivní syndrom

- 3 cíle:
 1. zmírnit nebo odstranit příznaky
 2. navrátit původní pracovní a sociální schopnosti
 3. zabránit relapsu a recidivě, zabránit zhoršování onemocnění
- farmakoterapie
 - akutní epizoda deprese (1–2 měsíce)
 - antidepresiva nástup za 2–4 týdny – výhodná kombinace s BZP a hypnotiky
 - SSRI, trazodon, moklobemid, mirtazapin
 - olanzapin + quetiapin při úzkosti
 - pozor na TCA pro jejich anticholinergní účinek
 - pokračovací fáze (6 měsíců)
 - doporučuje se ponechat stejné antidepresivum jako v akutní fázi
 - udržovací fáze (6–12 měsíců)
 - nutnost monitorovat toleranci antidepresiva a adherenci k léčbě
 - po roce je možné začít antidepresivum vysazovat (v průběhu 8–12 tý – jinak hrozí syndrom z vysazení)
 - * v těhotenství a při laktaci jsou relativně nižší rizika u fluoxetinu, sertralinu a bupropionu → doporučuje se ve 3. trimestru vysadit (hypertenze)
 - možnost i terapie quetiapinem jako antipsychotikem II. gen.
- psychoterapie
 - KBT, interpersonální terapie
 - psychoedukace nemocného i rodiny
- elektrokonvulzivní léčba
 - nejtěžší formy deprese ohrožující život (suicidium, anorexie)
 - farmakorezistentní formy deprese
- repetitivní transkraniální magnetická stimulace
 - pro pacienty rezistentní k antidepresivní léčbě
- fototerapie
 - vystavení jasnému světlu v ranních hodinách (5:00–6:00)
- spánková deprivace
 - v počátku léčby deprese, zlepšuje nástup antidepresiva
- vagová nervová stimulace
- hluboká mozková stimulace

4. Anxiózní syndrom

- terapie:
 - **psychoterapie**
 - kognitivně-behaviorální terapie
 - expoziční terapie
 - **farmakologická terapie**
 - anxiolytika
 - benzodiazepinová – bromazepam, oxazepam, klonazepam, lorazepam, ...
 - nebenzodiazepinová – guafenesin, buspiron, hydroxyzin, prometazin, ...
 - antidepresiva – SSRI nejčastěji
 - antipsychotika – quetiapin, olanzapin
 - antikonvulziva – gabapentin, lamotrigin, topiramát
 - beta-blokátory

5. Panický záchvat

- opakované **panické ataky** (5–20 min)
- panické ataky jsou neočekávatelné, přichází samovolně, v různých situacích
- průběh je chronický, střídají se remise a exacerbace
- zvýšené riziko **suicidia**
- léčba: dlouhodobá **KBT**, ovládání **relaxačních technik**, popř. **antidepresiva, anxiolytika**
- okamžitá intervence:
 - navázání kontaktu s pacientem – direktivní vedení
 - zklidnění paniky – **kontrolované dýchání**, Valsalvův manévr, dýchání **do pytlíku**
 - **relaxace**, případně **diazepam** p.o.
 - prevence rekurence záchvatu – edukace o možnostech kontroly

6. Somatizující pacient

- vyjadřování emočních stavů pomocí tělesných fcí
- přítomnost tělesných příznaků bez prokazatelných organických změn
- nejsou pod vědomou ani volní kontrolou
- nutno odlišit od simulace, která je vědomá a slouží k definovanému cíli
- rozvoji somatizace může předcházet: ztráta, zklamání, bezmoc, izolace
- predispozice: zážitek závažné nemoci u rodinného člena, zanedbávání v dětství, zneužívání
- pacient nesimuluje ani nepodvádí
- pacient obvykle nepřijímá fakt, že by byl psychicky nemocný a nechce se od psychiatra nechat vyšetřit → je těžké navázat terapeutický vztah
- cílem léčby je předejít roli nemocného, zabránit invalidizaci pacienta
 - dlouhodobá, obtížná psychoterapie
 - jeden lékař
 - pravidelné návštěvy
- několik forem:
 - **somatizační porucha** – rozmanité a proměnlivé somatické příznaky, mnoho léků, lékařů, častý začátek v adolescenci, vzniká často v důsledku potlačování hněvu
 - **hypochondrická porucha** – neustálá starost o své zdraví, vyhledávání lékaře, pozorování se
 - **somatoformní vegetativní dysfunkce**
 - **somatoformní bolestivá porucha**

7. Ebrieta

- účinky alkoholu závisí na pohlaví, tělesné konstituci, únavě, přijímané stravě
- 4 stadia opilosti:
 - *excitační* – lehká opilost
 - *hypnotické* – středně těžká opilost
 - *narkotické* – těžká opilost
 - *asfyktické* – intoxikace alkoholem (útlum DC, opilec se zadusí zvratkami)
- pacient se většinou dostane na JIP, někdy pouze na záchytku
- po ústupu intoxikace se rozvíjí kocovina – bolest hlavy, nauzea, zvracení, slabost, nechutenství
- *patická ebrieta* = forenzní význam
- terapie ebriety
 - tekutiny → naředění + hemodialýza
 - neklid – haloperidol nebo chlorpromazin i.v.
 - BZP KI pro riziko utlumení dechu
 - fyzické omezení na lůžku při agresivitě
- odvykací stav
 - po vysazení alkoholu po jeho mnohaleté konzumaci, která vedla k závislosti
 - tachykardie, pocení, třes, zarudnutí obličeje, kolísání tlaku
 - nespavost, úzkosti, poruchy soustředění, nevykonnost
 - může být i epileptický záchvat
 - *diazepam* nebo *tiaprid*
- závislost na alkoholu řešíme psychoterapií

8. Akutní intoxikace stimulanty

- budivý efekt na CNS
- metamfetamin (pervitin), amfetamin, efedrin, MDMA, kofein
- kouření, šňupání, inhalace, i.v., p.o.
- MÚ: zvýšení koncentrace D, NA a S na synapsi → aktivace systému odměny v mozku
- akutní intoxikace:
 - zvýšená bdělost, energie, euforie, megalomanie, urychlené PM tempo a myšlení
 - zvýšená výbavnost paměti, nabídka asociací
 - potlačení hladu, spánku
 - družnost, ale i agresivita
 - paranoia, iluze
 - somaticky – poruchy rytmu, vzestup tlaku a tepu, bronchodilatace, pocení, zimomřivost, nauzea, zvracení, mydriáza, svalová slabost, křeče
- léčba:
 - BZP – diazepam p.o. nebo i.m.
 - tachykardie + HT → beta blokátory
 - urychlení eliminace pomocí acidifikaci moči (askorbát) nebo kyselou forsií. diurézou

9. Akutní intoxikace sedativy

- **barbituráty, BZP, anxiolytika**
- MÚ: obsazení vazebného místa na receptoru pro **GABA** → **tlumivý** efekt v CNS
- účinky: **sedace, hypnóza, antidepresivní, anxiolytický, myorelaxans, spasmolýza**
- **akutní intoxikace BZP**
 - kolísavá chůze, poruchy ve stoji, setřelá řeč, nystagmus, poruchy vědomí
 - tupá euforie, desinhibice, emoční labilita, poruchy chování, útlum, apatie, zhoršení pozornosti a psychomotoriky
 - vyšší dávky – útlum DC, hypotenze, hypotermie
 - léčba: monitoring vitálních fcí, forsirovaná alkalická diuréza, hemoperfuze, **flumazenil** jako antidotum u BZP

10. Akutní intoxikace halucinogeny

- přírodní látky: psilocybin, mekalin, atropin, skopolamin, kys. ibotenová
- syntetické látky: LSD
- per os
- akutní intoxikace:
 - dysfunkční chování (agrese, hyperaktivita), změny emocí (euforie, deprese, anxieta)
 - změny vnímání (čas, prostor), halucinace – barvy, květy, točící se barevné terče
 - pokles kritičnosti, bludná interpretace reality – derealizace, depersonalizace
 - afektivní labilita, impulzivní jednání
 - somaticky – pocení, vzestup TK a SF, zimomřivost, třes, hypersalivace, poruchy akomodace, cefalgie, sucho v puse, mydriáza
 - někdy se objevují flashbacky, psychózy, nehody
 - bad trip – panické ataky, neklid, děsivé iluze
 - terapie – stálý dohled, klidné prostředí, krátká doba od užití > vyvolat zvracení, **BZP, tiaprid, haloperidol**
- **není zde závislost ani odvykáací stav!!!!**
- mohou vyvolat **toxickou psychózu!**

11. Odvykáací syndrom při závislosti na alkoholu

- **syndrom závislosti na alkoholu**
 - znaky závislosti:
 - silná touha
 - užívání navzdory znalosti poškození organismu
 - užívání na úkor jiných aktivit
 - potíže v kontrole užívání
 - somatický odvykáací stav
 - tolerance – pozor, u chronických ethyliků tolerance naopak klesá
 - závislost psychická i fyzická
 - znaky rozvinuté závislosti:
 - potřeba denní konzumace
 - odvykáací potíže při vysazení
 - palimpsest – okna
 - třes
 - společenské selhávání
 - pokles tolerance k alkoholu
 - typy závislosti dle Jellineka
 - typ alfa – občasné alkoholové excesy s problémy
 - typ beta – pravidelná konzumace
 - typ gama – závislost, ztráta sebekontroly, víkendové excesy, období abstinence
 - typ delta – každodenní hladinková konzumace, po odnětí abstinence sy
 - typ epsilon – jednou za několik měsíců pije v tahu
 - **odvykáací stav**
 - po vysazení alkoholu po jeho mnohaleté konzumaci, která vedla k závislosti
 - tachykardie, pocení, třes, zarudnutí obličeje, kolísání tlaku
 - nespavost, úzkosti, poruchy soustředění, nevykonnost
 - může být i epileptický záchvat
 - *diazepam* nebo *tiaprid*
 - **delirium tremens**
 - rozvoj do 24–48 hod po odnětí alkoholu
 - většinou odpolední/večerní hodiny
 - prodromy – nespavost, nervozita, epileptický záchvat

- zmatenost, dezorientace, mikrozoopsie, úzkost, psychomotorický neklid, agresivita, inverze spánkového cyklu
- třes, profuzní pocení, zarudlý obličej, tachykardie, zvýšená teplota
- trvá několik dní > spánek, ostrůvkovitá amnézie
- někdy přejde do Korsakovovy psychózy nebo končí smrtí
- *klomethiazol, diazepam + vit. B, hydratace*

12. Odvykací syndrom při závislostech na opiátech

- **závislost na opioidech:**
 - nechutenství, preference sladkého
 - hubnutí, obstipace
 - labilita, útlum aktivity, ztráta zájmů, snížení libida
 - rychlý nástup, silný craving, zvyšování tolerance dávek, těžké abstinenní příznaky
 - paranoidní psychózy (ne moc často), delirium, deprese
 - často i.v. aplikace heroinu → endokarditida, stafylokoková pneumonie, abscesy v místě vpichu
 - děsivé sny, tinnitus, hubnutí, poruchy spánku
 - léčba: detoxifikace (snižující dávky opioidů, kombinace antagonisty + klonidin, naltrexon) > další léčba v centrech
- **odvykací stav:**
 - lehčí – bolest břicha, svalů, neklid, průjem
 - těžší – pocení, kýchání, slzení, sekrece z nosu, bolesti a křeče svalů, útrobní bolesti, průjem, mydriáza, pilorekce, teplota, nechutenství, třes, craving
 - terapie – substituční léčba (naltrexon, metadon, buprenorfin), symptomaticky (spasmoanalgetika, anxiolytika, hypnotika)

13. Disociativní (konverzní) křeče

- tzv. PNES = *psychogenic nonepileptic seizures*
- projevy:
 - náhlé neočekávané pohyby, připomínají epileptický záchvat – ale jsou nahodilé, asynchronní, přerušované, s kolísavou frekvencí a někdy s objevením volní aktivity (toto u epilepsie nikdy není)
 - nenásleduje ztráta vědomí, pomočení ani pokousání jazyka – je zde volní kontrola! (u epilepsie ne)
 - motorická aktivita je bizarní
 - záchvaty je možné navodit sugescí
 - oproti epilepsii je frekvence záchvatů vysoká, záchvaty špatně reagují na antiepileptika a objevují se v přítomnosti lidí – nejsou ve spánku
 - pláč někdy doplňuje nebo střídá křeče - u epilepsie toto není
 - terapie – i.v. BZP nebo thiopental → narušení disociativní bariéry a vymizení záchvatu
 - je nutná dlouhodobá dynamická psychoterapie, hypnózy, behaviorální terapie
 - dif. dg. epilepsie – rozlišení podle symptomů a podle video-EEG
- nevědomé využívání disociace a konverze s tvorbou psychických a neurologických příznaků
- ze symptomatiky získává pacient druhotný zisk, ale nejedná se o vědomou simulaci, nemocný příznaky nemá pod kontrolou
- vzniká psychogenně – potlačování psychického konfliktu nebo vyjádření impulzů agresivních/sexuálních → snížení vnitřního napětí → získání pozornosti, péče

14. Konverzní porucha hybnosti

- narušení schopnosti vykonávat volní pohyby bez somatické příčiny či neurolog. onemoc.
- může být i ztráta řeči
- příznaky napodobují apraxii, akinezu, afonii, dysartrii, dyskinezu, epileptické záchvaty, obrnu či ataxii
 - často poruchy chůze, nemožnost stát na nohách
- důsledkem těchto projevů je neschopnost žít bez cizí pomoci
- důležité je při dg. vyloučit somatickou poruchu
- léčba: psychoterapie

15. Stupor

- rozvoj stuporu souvisí s psychosociálním stresem, nedávnou traumatickou událostí → nástup je náhlý, odezní spontánně – doporučená je podpůrná psychoterapie
- náhlá nepřítomnost pohybu, ztuhnutí
- pacient nekomunikuje, je bez mimiky, zrak do neurčita, nereaguje na podněty
- zachován postoj, dýchání a svalový tonus
- katatonní stupor v rámci katatonní schizofrenie
- disociační stupor – zřejmě souvislost s nedávnou stresovou událostí, začíná a končí náhle, odezní spontánně
 - stupor v rámci akutní stresové reakce
- depresivní stupor – nekomunikuje, nejí, nepije, nehýbe se

16. Intoxikace lithiem

- lithium je thymopropylaktikum
 - léčba akutní manické fáze afektivní nebo schizoafektivní poruchy
 - potenciace úč. antidepressiv – deprese
 - bipolární porucha
 - poruchy osobnosti, mentální retardace
 - posilování abstinence od návykových látek
- intoxikace
 - nechutenství, průjem, zvracení
 - encefalopatie, cerebelární sy – svalová slabost, poruchy koordinace, ospalost, letargie
 - závratě, ataxie, nystagmus
 - tinitus, rozmazané vidění, dysartrie
 - myoklonus, extrapyramida
 - dehydratace, AV blok, poruchy elektrolytů
 - hladina > 2–3mmol/l = renální insuficience, zmatenost, křeče, kóma, smrt
 - léčba:
 - není antidotum
 - okamžitě přerušit léčbu a sledovat hladiny lithia v krvi
 - hemodialýza je lék volby – až do odstranění veškerého lithia (několik dní)
 - ještě po týdnu je možnost, že se lithium bude uvolňovat z tkání a navyšovat hladinu v krvi

17. Extrapiramidový syndrom (polékový)

- projevy motorické i psychické
- léky s EPS:
 - **antidepresiva**, thymopropylaktika (**lithium**) → tremor, myoklonus, choreatické hyperkineze, akatizie
 - **levodopa**, agonisté dopaminu (**antiparkinsonika**) → choreatické projevy, dystonie
 - **antiepileptika** (valproát) → tremor, choreatické hyperkinézy
 - sympatomimetika (bronchodilatancia) → tremor
 - **neuroleptika/antipsychotika** (antidopaminergní účinky) – zejména I. generace
 - **metoklopramid** (Degan)
- rozdělení EPS:
 - **akutní** – ihned po začátku léčby, do několik dnů → blokáda dopaminových receptorů v BG
 - **parkinsonský syndrom**
 - hypokineza, rigidita, tremor
 - porucha stoje, chůze
 - seborhea, sialorhea
 - tremor není obvykle moc vyjádřený
 - vedlejší příznak léčby typickými neuroleptiky (5.–70. den léčby) – až u 90% pac.
 - terapie – snížení dávky (pokud pacient není psychotický), záměna za atypické neuroleptikum + můžeme podat anticholinergika
 - **dystonie**
 - komplikace neuroleptik, metoklopramidu
 - bolestivá několikaminutová dystonie – generalizovaná, fokální, segmentální
 - trismus, dystonie jazyka, opisthotonus, blefarospasmus, tortikolis
 - terapie: anticholinergika (biperiden), amantadin (dopaminergikum)
 - **akatizie**
 - po léčbě antipsychotiky
 - nutkavé pohyby – nutnosti změny polohy DKK, křížení DKK, pohyby prstů, sedání a vstávání ze židle → zmírnění tenze
 - terapie: snížit dávku, vyměnit preparát, anticholinergika (biperiden), amantadin (dopaminergikum)
 - **chronické** – mnohem později, i po vysazení terapie → kompenzační hypersenzitivita D-rec.
 - **tardivní dyskineze**
 - neuroleptika
 - jakékoli abnormální pohyby svalových skupin
 - choreiformní stereotypní pohyby (obličej), motorický neklid jazyka v ústech, vyplazování jazyka, grimasování, pohyby rtů, žvýkání, pohyby prstů jako při hře na kytaru
 - !!! ne anticholinergika – zde musíme snižovat dávky neuroleptik
 - myoklonus – mimovolní záškuby sval. snopců
 - tiky
 - tremor
 - dystonie
 - akatizie

18. Halucinující pacient, bludy

- kontakt pacienta s realitou je narušen, myšlení je porušeno bludy
- nemocní jsou většinou neklidní, negativističtí → spolupráce velmi obtížná
- nejdříve navážeme komunikaci a citlivě se ptáme, jak pacient svůj stav prožívá
- u toho si všímáme objektivních známek – samomluva, vyděšený pohled, třes, katatonní příznaky
- hovoříme klidně, dáváme prostor ke komunikaci, halucinace a bludy nevyvracíme
- léčba – farmakologická = antipsychotika (haloperidol, chlorpromazin, levomepromazin), BZP (sedace, úzkost), někdy i II. generace antipsychotik (olanzapin, aripiprazol, ziprasidon)
- v případě farmakorezistentního stavu nebo život ohrožujícího chování indikujeme ECT

19. Manický pacient

- typické projevy:
 - povznesená/podrážděná nálada (až příliš dobrá nálada)
 - zvýšená aktivita, psychomotorický neklid, logorrhea
 - myšlenkový trysk → (pseudo)inkohherentní řečový projev (úplná inkoherece je u schizofrenie)
 - zhoršená pozornost, snížená potřeba spánku (2–3 hod), zvýšené libido, sex. netaktnost, nezodpovědné chování (zvýšené utrácení peněz), zvýšené sebehodnocení, velikášství
 - pacient je často vůči změně v náladě a chování nekritický, přijde mu to normální
 - často narušení vztahu k realitě → psychotické příznaky (bludy – výjimečné schopnosti, urozený původ; sluchové halucinace)
- velmi často právní problém s nedobrovolnou hospitalizací – pacient přímo neohrožuje sebe a své okolí, ale v rámci bezpečnosti by hospitalizace byla vhodná
- terapie:
 - antipsychotika II. generace – risperidon, olanzapin, quetiapin, ziprasidon, aripiprazol
 - kombinace s thymoprofylaktiky – lithium nebo antikonvulziva (karbamazepin, valproát)
 - u neklidných a agitovaných pacientů používáme do úvodu léčby antipsychotika I. generace pro jejich rychlý nástup (haloperidol) + BZP
 - farmakorezistence → ECT

20. Insomnie

- etio:
 - **stres** – buď krátkodobý → krátkodobá nespavost, nebo dlouhodobý → nespavost závisí na tolerančních mechanismech a osobnosti každého z nás
 - **genetická predispozice**
 - symptomy:
 - **nekvalitní a neosvěžující spánek**
 - ovlivnění **denního fungování** – únava, poruchy pozornosti, dysforie, anxieta, bolesti hlavy
 - minimálně **3x týdně po dobu 1 měsíce** (> 1 měsíc = chronická)
 - spánek může být narušen: **porucha iniciace** spánku, **opakované probouzení** se v průběhu noci, **časné ranní probouzení**
 - přetrvávání spouštěčů nespavosti vede k **psychofyzilogické insomnii** – tj. naučená neschopnost usnout v důsledku somatické tenze (stres → přemýšlení nad problémem → nemožnost usnout → nevyspání → další stres → strach, že zase neusnu → neusnu → nevyspání... a furt dokola)
 - **tranzientní psychofyzilogická insomnie** – krátkodobě změněné podmínky → přechodná porucha spánku
 - **sy insuficientního spánku** – způsobeno zvoleným životním stylem
 - **pseudainsomnie** – narušené vnímání spánku, člověk je mylně přesvědčen, že nespí (četná probouzení s pocitem nevyspání)

* SPÁNKOVÁ HYGIENA

11. nepít kávu, černý/zelený čaj nebo energetiky 4–6 hod před spaním
12. večer nejíst těžká jídla
13. po večeři neřešit věci, které nás mohou rozrušit
14. fyzicky necvičit 3–4 hod před spaním
15. nepít alkohol před spaním
16. nekouřit před usnutím
17. ložnici používat pouze ke spaní a sexu
18. chodit spát a vstávat ve stejnou dobu každý den
19. omezit pobyt na lůžku v bdělém stavu
20. v ložnici mít chladněji, omezit hluk a světlo

- vyšetření:
 - spánková anamnéza (režim, rušivé vlivy, práce, stres)
 - spánkový deník
 - polysomnografie (při podezření na organ. příčinu)
- léčba:
 - psychoterapie, režimová opatření – poučení o spánkové hygieně
 - přechodná farmakoterapie – **zolpidem, zopiklon, eszopiklon**
 - u chronické nespavosti antidepressiva – **trazodon, mirtazapin + melatonin**

21. Suicidální pacient

- SEBEVRAŽDA – vědomé a úmyslné ukončení vlastního života → cíl je smrt
- TENTAMEN SUICIDII (sebevražedný pokus) – člověk sebevraždu přežije
- dynamika: stádium zvažování → ambivalence → rozhodování → suicidium
- vzniká nejčastěji na podkladě duševní choroby – deprese, schizofrenie, závislost na alkoholu, abstinenci sy, akutní halucinóza, porucha osobnosti, PTSD
- nejdříve musíme zhodnotit závažnost suicidálního záměru:
 - musíme dle toho rozhodnout, zda daného pacienta hospitalizujeme, nebo pustíme domů
 - pátráme po okolnostech – subjektivní anamnéza + konfrontace s obj. hodnocením
 - zajímáme se o přípravu sebevražedného pokusu (plánované? dopis? závěť?), okolnosti sebevražedného pokusu (byl sám? načasoval skutek tak, aby pomoc nebyla po ruce?), chování po sebevražedném pokusu (nadále chce zemřít? neusiluje o pomoc? lituje, že čin selhal?)
 - ! velký nárůst sebevražd v období úlevy od těžké deprese → pacient má dostatek energie na realizaci plánu – pacient dosáhl smíření, jeho stav se paradoxně zlepšil
- zásady přístupu k suicidálnímu pacientovi:
 - navázat kontakt
 - zachovat klid, nepanikařit
 - zhodnotit situaci (opravdu pokus o sebevraždu?)
 - zhodnotit míru ohrožení jedince
 - snížit míru nebezpečí – přimět pacienta, aby odhodil zbraň, položil léky, ...
 - neobviňovat, neodsuzovat, nemoralizovat, neanalyzovat příčiny, nehádat se
 - vyjádřit zájem a zaujetí
 - identifikovat záchytný bod (proč má pacient dále žít)
 - určit motivaci suicidálního jednání
 - nabídnout jinou alternativu řešení situace
 - specifický plán řešení, možnost pomoci
 - uzavřít kontrakt o nespáchání sebevraždy
- je-li pacient hluboce depresivní nebo psychotický, má stále suicidální plán nebo pokud lituje záchrany, je hospitalizace nutná i bez souhlasu
- musíme zhodnotit i somatický stav pacienta po suicid. pokusu
- léčba: podle diagnózy + monitoring suicid. úvah, minimalizace depresogenních látek (alkohol), léky nepředepisovat do zásoby nebo ve velkých dávkách
 - farmako – BZP, lithium, antipsychotika, antidepressiva
 - psychoterapie

22. Sebepoškozování

- *automutilace*
- angl. self-harming – záměrné sebepoškození, kdy dochází k narušení integrity těla
- primárním úmyslem NENÍ zemřít, přesto je sebepoškozování chování přímo život ohrožující
- nejčastější formy – řezání, pálení, bití, propichování kůže, drásání ran, požití toxické látky, škrcení...
- nejčastější okruhy duševních onemocnění:

- **psychóza**

- pod vlivem bludů a halucinací, častěji brutální formy sebepoškození (včetně např. kastrace, amputace, vypíchnutí očí apod.)

- **hraniční porucha osobnosti**

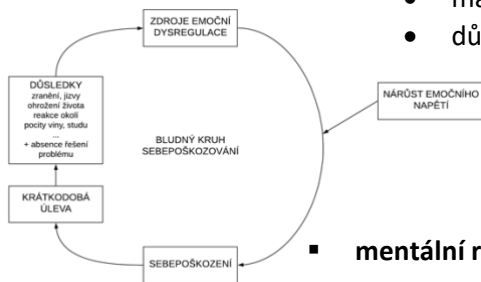
- maladaptivní způsob regulace emocí / řešení problémů
- pacienti mají extrémně intenzivní emoce a chybějí jim zdravé způsoby regulace emocí
- mají zvýšený práh bolesti, bolest u nich vede ke snížení aktivity amygdaly
- důvody k sebepoškozování uváděné pacienty:
 - dosažení úlevy od emočního napětí / emoční bolesti
 - „přebít“ psychickou bolest fyzickou bolestí
 - cítit alespoň něco (při pocitech prázdnoty nebo ve stavech disociace)
 - potrestání se (úleva od pocitů viny)
 - udělat bolest viditelnou, komunikace s druhými

- **mentální retardace, demence**

- pod vlivem snížení kognitivních funkcí, jako důsledek stereotypních pohybů

- **Léčba**

- vždy je primární zajištění bezpečí pacienta
- **psychotická onemocnění:** nutná léčba psychózy
- **hraniční porucha osobnosti:** nutná systematická psychoterapie, pacienti se potřebují naučit zdravé způsoby regulace emocí a řešení svých potíží adaptivními způsoby
- **mentální retardace, demence:** úprava prostředí, zajištění dohledu nad pacientem



23. Akutní reakce na stres

- hlavní roli při rozvoji hrají stresové a adaptační mechanismy každého člověka
 - závažnost a trvání stresu
 - způsob účasti jedince na události
 - odolnost jedince
 - osobnostní charakteristiky
 - sociální podpora, zážitky z dětství
- projevy:
 - vystavení mimořádné duševní nebo fyzické události → během hodiny rozvoj somatických a emočních příznaků úzkosti
 - akutní sociální izolace (nesmyslný útěk z daného místa)
 - zúžení pozornosti
 - dezorientace
 - hněv, verbální agrese
 - zoufalství
 - hyperaktivita
 - nekontrolovatelný zármutek
 - až disociativní stupor
- porucha je přechodná, vzniká náhle po expozici stresoru → do 8 hod odezní
- léčba – podpůrná psychoterapie, metody krizové intervence + při velké úzkosti BZP i.v. a hypnotika na spaní

24. Behaviorální poruchy u demence

- **BPSD** – behaviorální a psychologické příznaky demence
 - behaviorální – agitace, křik, agresivita, bloudivost, hromadění věcí, ztráta sebekontroly
 - psychologické – deprese, halucinace, podezřivost, bludy, záměna osob, úzkost
- kognitivní poruchy – paměť, intelekt
- alterace myšlení – zpomalení, ulpívavé, zabíhavé, bludy
- dezorientace
- deoresivita
- pokles vůle
- halucinace
- selhávání v denních aktivitách, ztráta soběstačnosti
- léčba:
 - **úprava životního stylu** – zdravá strava, pohyb, režim, intelektuální stimulace, vyhýbání se stresu, harmonické soc. vztahy
 - **aktivace** nemocných, **trénink** paměti, **edukace** okolí
 - farmakologicky:
 - **kognitiva** (*memantin, rivastigmin, donepezil, galantamin*)
 - **deprese** – antidepresiva *SSRI*
 - **poruchy chování** – kognitiva, popř. *tiaprid a melperon*
 - **bludy, halucinace, poruchy spánku** – *tiaprid, melperon, quetiapin*
 - **neklid** – *haloperidol*
 - **noční neklid** – *trazodon*
 - při **psychotických poruchách** používáme spíše atypická antipsychotika – *risperidon*

25. Psychofarmaka a gravidita

- velmi **komplikované, nedostatek údajů** o bezpečnosti a vlivu na dítě
- všechna psychofarmaka **procházejí placentou** → plodová voda
 - úmrtí plodu
 - teratogenita
 - neonatální toxicita
 - intoxikace, abstinenční příznaky
 - neurobehaviorální účinky
- klasifikace **FDA** pro posouzení teratogenity léčiv
- výběr léku v graviditě probíhá **individuálně** – zvážení konkrétních rizik, anamnézy, klinické odpovědi a průběhu onemocnění
- je třeba **zvážit rizika** – poškození plodu vs. duševní nemoc
- na prvním místě používáme **nefarmakologické postupy** – psychoterapie, ECT
- medikace ve formě **monoterapie v co nejnižší dávce** (preference prep. s méně metabolity, vyšší vazbou na proteiny a nižším interakčním potenciálem)
- nejčastěji – **SSRI**, někdy **SNRI**
 - paroxetin, venlafaxin v I. trimestru zvyšuje riziko potratu
 - SSRI v pozdějším těh. = nižší porodní hm., abstinenční příznaky
 - **! neléčená deprese matky** = předčasný porod, nižší hm., omezení růstu, poporodní komplikace
- podávání psychofarmak při **kojení** – zvážení zástavy laktace
 - jinak celkem bezpečné jsou haloperidol, olanzapin, amitryptilin, klomipramin, imipramin, fluoxetin, paroxetin, sertralin, trazodon, valproát, karbamazepin
 - riziko – quetiapin, ziprasidon, lithium, diazepam
- **vysoké riziko v těh.:** paroxetin, reboxetin, valproát, lithium, karbamazepin, diazepam, oxazepam