**PSYCHIATRIE**

**OBECNÁ PSYCHIATRIE**

**1. HISTORIE PSYCHIATRIE**

* psychiatrie - psyché = duše, iatreia = lékařství - obor zabývající se prevencí, diagnostikou a léčbou duševních poruch
* **duševní porucha** = klinicky rozpoznatelný soubor příznaků nebo způsob chování (syndrom), které jsou ve většině případů spojeny s pocitem tísně a znesnadňují fungování ve společnosti - klinicky významné narušení kognice, emoční regulace a chování s určitým časovým trváním
* celoživotní prevalence duševních chorob v populaci je asi 50% - příčina ztráty pracovní schopnosti nebo předčasného úmrtí
* v historii se objevují dva hlavní postoje k duševním chorobám:
  + **restriktivní** - vyčleňující, trestající
  + **permisivní** - medicinizující, začleňující
  + kombinace obou přístupů podle historické epochy jeden dominuje - trest za hříchy, hněv magických mocností, lidové léčitelství, šamani, vymýtání zlých duchů
* první zmínky o duševních poruchách - **Ebersův papyrus** - 15. století př. n. l.
  + modlitby k zaříkávání zlých duchů způsobujících posedlost
  + doba specializovaných chrámů pro duševně choré
* **Bible** - popisy duševních poruch
  + šílenství krále Saula - bipolární afektivní porucha - střídání velikášství, zádumčivosti, vztahovačnosti, pokus o vraždu, sebevražda
  + muzikoterapie - David se ho snažil uklidnit hrou na harfu
* **Řecko**
  + asklepiony - útulky pro duševně nemocné zřizované při chrámech boha lékařství Asklépia
  + **Hippokrates** - biologický přístup - nauka o tělesných tekutinách (sanguis, chole, melanchole, flegma) - typologie osobnosti podle jejich převažující koncentrace v mozku - sanguinik, cholerik, flegmatik, melancholik
    - při nerovnováze tekutin v mozku vznikají duševní choroby = **paranoia** - mánie, melancholie, frenitis, parafrenitis (odpovídají deliriu) - první humorální teorie
    - terapie: emetika, projímadla, pouštění žilou
* **Řím** - **Celsus** - Hippokratova teorie; terapie - muzikoterapie, na druhé straně i mučení
  + **Galén** - sídlem duše jsou nervová centra, mozek = centrum psychických funkcí
* **středověk** - duševní choroby vyjmuty z medicíny; posedlost zlými duchy, ďáblem - **Codex Theodosianus**
  + moderní přístup - arabské Španělsko - **Avicenna**
  + **hospitaly** - zařízení u klášterů, kde poskytovali péči zdravotnicky vzdělaní mniši - nemocniční péče, cílem ochrana zdravých osob před duševně nemocnými
  + od 11. století vládnou církevní dogmata - šílenství je posedlost, léčí se exorcismy, modlením, očistnými ceremoniály
  + přelom **1487 - Malleus maleficarum** - mučení a upalování v rámci čarodějnických procesů
* **novověk**
  + nástup medicinizujících procesů
  + **Paracelsus** (1493-1541) - duševní choroby jsou obdoba tělesných, terapie - chemické látky
  + **Johann Weyer** (1515-1588) - první klinický psychiatr; proti démonologii, popisy psychopatologie (odsouzen inkvizicí) - **1. PSYCHIATRICKÁ REVOLUCE**
  + **René Descartes** (1596-1650) - oddělení duševních a tělesných procesů, duševní poruchy začleňuje do medicíny
  + **Felix Platter** (1536-1614) - tvůrce systematické klasifikace psychických nemocí
* **18. století** - začátek moderní psychiatrie, jeden ze základních oborů medicíny
  + **Philipp Pinel** - předělával francouzské věznice na léčebny duševně chorých (Bicetre, Salpetriere) - režimová terapie, práce, psychodrama, psychologické a pedagogické metody
    - systematická klasifikace duševních nemocí - mánie bez bludů a s bludy, melancholie, demence, idiotismus; popis hysterie, anorexie, bulimie, hypochondrie a obsedantně kompulzivní poruchy
    - **2. PSYCHIATRICKÁ REVOLUCE** - SKUTEČNÁ PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ
  + **Praha** - 1790 otevřena první všeobecná nemocnice s Ústavem pro duševně choré
* **19. století** - psychiatrie jako medicínský obor
  + **Griesinger** - biologická psychiatrie; neuropatologie spojena s psychiatrií, duševní porucha = abnormalita neuronů
* **19. - 20. století**
  + **Emil Kraepelin** - klasifikace psychóz, schizofrenie = dementia praecox (deteriorace intelektu již v časném věku); prosazení názvu Alzheimerova choroba; učebnice
  + **Eugen Bleuler** - schizofrenie = rozštěp mysli
  + **Alois Alzheimer** - patologické změny v mozku při demenci
  + **Arnold Pick** - popis prefrontální demence
  + **Jan Janský** - popis krevních skupin
  + **Sigmund Freud** - základ psychoanalýzy, analýza snů
    - teorie nevědomí, metoda volných asociací, psychosexuální vývoj, přenos a protipřenos
  + izolace nemocných, ústavní psychiatrie (věž bláznů - Narrenturm)
  + farmakoterapie - kafr, terpentýn, opium; tělesné cvičení, odpočinek, hydroterapie, elektroterapie
  + vliv anatomické školy - Rokitanský, Škoda
* **Čechy**
  + první léčebna - klášter sv. Kateřiny (Neurologická klinika), později přistavěn Nový dům, v Brně Ústav pro pomatené
* **20. století** - biologické metody v terapii psychiatrických nemocí
  + progresivní paralýza - malarioterapie (Wagner)
  + leukotomie - **Egas Moniz** - mozkové operace
  + šokové metody - benedictio maris v Holandsku, kardiazolové šoky (Meduna), inzulínová kómata (Sackel)
  + budování velkých léčebných center mimo hlavní obydlená místa
  + elektrokonvulzivní terapie - **Bini a Cerletti**
  + **repetitivní transkraniální magnetická stimulace mozku** - 1999, George
* **Watson** - kognitivně behaviorální terapie
* **psychoterapie** - Freud, Jung, Adler
* nacistické Německo - vyvražďování duševně nemocných včetně dětí, sterilizace
* **2. polovina 20. století** - rozvoj psychiatrie, bio-psycho-sociální přístup - **Engel**
  + 50. léta - rozvoj psychosomatiky
  + psychofarmaka - lithium, chlorpromazin (první neuroleptikum), imipramin (první antidepresivum)
  + rozvoj sociálního přístupu, pátrání po sociálních problémech, komunitní psychiatrie
  + epidemiologické studie, MKN klasifikace psychiatrických onemocnění
  + **3. PSYCHIATRICKÁ REVOLUCE**
  + molekulární mechanismy vzniku nemocí, zobrazovací metody, genetické podklady chorob
  + 2000 - Nobelova cena za dopamin a psychomotoriku, teorii neurotransmiterů, molekulární mechanismy ovlivnění synapsí
  + použití EBM

**2. EPIDEMIOLOGIE DUŠEVNÍCH PORUCH**

* duševní poruchy - jako hromadný jev, studuje jejich výskyt ve vztahu k demografickým, ekologickým, ekonomickým, sociálním a kulturním charakteristikám prostředí
* cíl - nalézt faktory ovlivňující vznik duševních poruch a další rozvoj (preventivní opatření)
* sebevražednost - v posledních desetiletích výrazně klesá
* dnes přibývá depresivních poruch - spolu s kardiovaskulárními onemocněními v r. 2030 největší zdravotní zátěž
* nejčastější - neurotické poruchy, afektivní poruchy
* největší nárůst - poruchy nálady, demence
* 3 skupiny otázek:
  + jaká je **prevalence** duševních chorob v rizikových skupinách?
  + jaké jsou **sociální a klinické charakteristické rysy, syndromy, chování**?
  + **faktory** důležité v etiologii
* *schizofrenie* - stejný výskyt všude na světě, dětství, vznik kolem 15. -25. roku
  + - patří mezi 10 nejzávažnějších příčin pracovní neschopnosti
* *afektivní poruchy* - nejčastější, ⅕ lidí, ekonomické důsledky
* *poruchy příjmu potravy* - incidence i prevalence stoupá
  + - častější bulimie - 14-18 let, ale už i děti
* *poruchy spánku* - asociace s kardiovaskulární komorbiditou
* *demence* - Alzheimer - nejčastější, ˃62 let, v ČR 70 000 pacientů
* *delirium* - nejčastěji - při hospitalizace (15-30%), geriatrie (30-60%), po velkých operacích (40-60%), pokročilá stařecká demence (20-40%), terminální stádia (80%)
* *neurotické poruchy* - až 20% výrazné poruchy, častěji mírnější chronické a při zátěži
* **epidemiologie** (*epi*–nad,*demos*–lid,*logos*– nauka; termín může být volně přeložen jako „studiumtoho, co je nad lidmi“ nebo „studium toho, co postihuje lid“)
  + je vědní obor zabývající se studiem rozložení zdraví a nemoci v populaci a faktory, které zdraví a nemocnost obyvatel ovlivňují
  + je považována za základ metodologie výzkumu ve zdravotnictví a úzce souvisí s [medicínou](http://www.wikiskripta.eu/index.php/Medic%C3%ADna_zalo%C5%BEen%C3%A1_na_d%C5%AFkazech) [založenou na důkazech](http://www.wikiskripta.eu/index.php/Medic%C3%ADna_zalo%C5%BEen%C3%A1_na_d%C5%AFkazech) (*evidence based medicine*, *EBM*) – pomáhá rozpoznat [rizikové faktory](http://www.wikiskripta.eu/index.php/Rizikov%C3%BD_faktor_a_zav%C3%A1d%C4%9Bj%C3%ADc%C3%AD_faktor) pro vznik chorob a určuje optimální postup jejich léčby (*guidelines)*
* rozdělení oboru epidemiologie
  + **obecná epidemiologie** – poskytuje teoretické základy, např. proepidemiologickou metodupráce
  + **speciální epidemiologie** –studujeproblematiku konkrétních onemocnění a navrhujekonkrétní preventivní či represivní opatření
  + **epidemiologie prostředí** – zabývá se zajišťováním prevence zdravotních rizik proobyvatelstvo ve vztahu ke kvalitě prostředí
  + **klinická epidemiologie** – zabývá se klinickou aplikací epidemiologických poznatků aposuzováním výstupů klinických testů
* zakladatelem moderní československé epidemiologické školy je **Karel Raška** (1909–1987). Byl autorem metody epidemiologické bdělosti [(*surveillance*](http://www.wikiskripta.eu/index.php/Surveillance)), kterou roku 1968 přijalo Valné shromáždění WHO jako základ moderní epidemiologie ve světovém měřítku.
* **psychiatrická epidemiologie** -zabýváseduševními poruchami jako hromadným jevem a studujejejich výskyt ve vztahu k demografickým, ekologickým, ekonomickým, sociálním a kulturním charakteristikám prostředí s cílem nalézt faktory, které ovlivňují jejich vznik, další rozvoj epidemiologie byla v minulosti spojena především s infekčními nemocemi; postupnou eliminací a potlačením infekčních nemoci se staly zdravotnickou prioritou chronické neinfekční nemoci, především nemoci KVS, nádory ale i **duševní poruchy**
* u chronických neinfekčních nemocí však při existenci multifaktoriálních příčin a možnosti mnohočetných následků při expozici jedné příčině bylo třeba mnohem složitější metodologie pro jejich úspěšné studium



* epidemiologie v psychiatrii:
  + kromě Durkheimovy práce z roku 1897 lze připomenout výzkumy tzv. chicagské školy z 20. let 20. století, nabízející prostorový model města podle výskytu negativních sociálních jevů včetně duševních poruch. V 60. letech se studie označované jako „sociálně-ekologické“ zaměřily na vliv urbanizace na duševní zdraví. Farris a Dunham odvodili v roce 1960 pomocí analýzy bydliště hospitalizovaných pacientů tzv**. typickou ekologickou distribuci duševních** **poruch**. Nejdůležitějším prvkem lokalits vysokým rizikem psychopatologie byla jejich socioekonomická heterogenita a nestabilita (migrace). Dosud nejrozsáhlejší výzkum výskytu duševních poruch v populaci proběhl v 80. letech v USA, kdy bylo cílem studie poskytnout kvalifikovaný odhad prevalence specifických psychiatrických poruch. Program významně přispěl k rozvoji metod epidemiologie v psychiatrii (Dragomirecká a Csémy). Dále se u nás psychiatrické epidemiologii věnoval především C**. Škoda** – psychiatrická nemocnost a odhad osob s duševními potížemi v klientele praktických lékařů v letech 1976 a 1990 a mezinárodní studie schizofrenie sledující dlouhodobý průběh a vyústění závažných duševních poruch. V oblasti výzkumu závislostí pracoval L. Kubička a kol., pokud jde o drogy – T. Zábranský a V. Mravčík. V oblasti psychického vývoje nechtěných dětí pak Z. Dytrych a kol.
  + v roce 2011 bylo na oddělení a pracovištích psychiatrie bylo provedeno 2 799 000 vyšetření - ošetření (o 5 % více než v roce 2010 a o 36 % více než v roce 2000) a ošetřeno 556 456 pacientů (o 12 % více než v 2010), péči vyhledávají více ženy (60%)

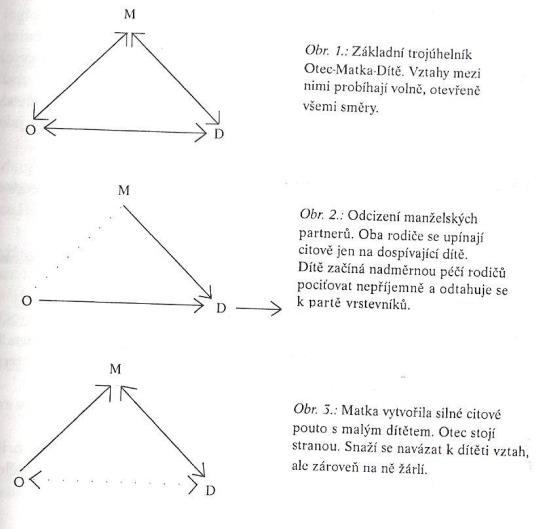
**3. KLASIFIKAČNÍ SYSTÉMY V PSYCHIATRII**

* klasifikační systém - poskytuje jazyk všem pracovníkům, efektivní komunikaci, efektivní diagnózu
* agnostický model - koncepce jedné psychózy, nelze rozlišovat jednotlivé duševní poruchy
* současný přístup - empiricko-klinický - přebírá MKN (mezinárodní klasifikace nemocí)
* pojetí klasifikace:
  + **deskriptivní** - popis symptomů a syndromů psychopatologií
  + **nosologické** - snaha o pochopení etiopatogeneze (není známa u většiny chorob)
    - diagnostické školy s vlastním pojetím etiologie nemocí - biologické, psychologické, sociální
  + **kategoriální přístup** - určitý počet příznaků, určitá doba a intenzita; časté komorbidity
  + **dimenzionální přístup** - kontinuálně hodnotí trsy příznaků - neuroticismus, extroverze, psychoticismus; neobsahuje informace týkající se léčby
* od 1938 jsou duševní poruchy uznány jako příčiny smrti
* americká klasifikace DSM-I - Diagnostický a statistický manuál duševních chorob
  + detailní popisy duševních chorob
  + ateoretická - neobsahuje teorie o vzniku (vychází ze symptomatologie)
  + fenomenologická kategorizace - porucha definovaná přítomností diagnostických kritérií nebo jejich nepřítomností
* aktuálně využívaná klasifikace **MKN-10, kapitola V, písmeno F**
  + F 00-09 - organické duševní poruchy včetně symptomatických
  + F 10-19 - duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek
  + F 20-29 - schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy
  + F 30-39 - poruchy nálady
  + F 40-49 - neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem, somatoformní poruchy
  + F 50-59 - behaviorální syndromy
  + F 60-69 - poruchy chování a osobnosti u dospělých
  + F 70-79 - mentální retardace
  + F 80-89 - poruchy psychického vývoje
  + F 90-98 - poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci
  + F 99 - nespecifikovaná duševní porucha
  + klinický popis, diagnostická vodítka, vylučující kritéria, diferenciálně diagnostické úvahy
* tříosý diagnostický systém:
  + I - klinické diagnózy - všechny zdravotní poruchy, kterými pacient trpí, včetně somatických
    - splňuje-li kritéria pro více duševních poruch - komorbidita duševních poruch
  + II - postižení (DAS-S - short disability assessment schedule - škály pro hodnocení poškození duševního stavu) - A péče sebe sama, B práce, C rodina a domácnost, D širší sociální kontext
    - DAS-S: 0 - žádné postižení, 1 - odklon od normy v několika rolích, 2 - nápadný odklon a dysfunkce, 3 - odklon od normy ve většině rolí, 4 - odklon od normy ve všech rolích, 5 - krizový stupeň, pacient neschopen samostatného fungování
  + III - související faktory - vnější prostředí, vliv na průběh duševních obtíží
* syndrom, symptom, epizoda = výskyt syndromu v daném čase

**4. PŘÍČINY VZNIKU DUŠEVNÍCH PORUCH**

* není zcela jasná primární příčina vzniku duševních chorob
* porušen normální přenos nervového signálu - v oblasti chemických synapsí
  + 1. vstup Ca2+ přes napěťově řízené kanály
  + 2. reakce Ca2+ vede k exostóze váčků
  + 3. inaktivace nitrobuněčného Ca2+
  + 4. difúze mediátorů a interakce s postsynaptickými receptory
  + 5. změna propustnosti postsynapitcké membrány pro ionty
* příčiny:
  + neurobiologické
    - neuroanatomie - strukturální a funkční změny v mozku (neuroinfekce, trauma, vaskulární)
    - genetika - náchylnost k duševní poruše
    - stres - zvýšená citlivost po opakování určitých událostí (vliv chronického stresu na plasticitu hippokampu)
    - chronobiologie - desynchronizace biologických rytmů
  + neurochemické
    - neurotransmitery - dostupnost, syntéza, metabolismus
    - receptory, přenašeče - hustota, afinita, senzibilita
    - postreceptorové (nitrobuněčné) procesy - G-proteiny, systém druhých poslů, fosforylace a defosforylace
  + imunoneuroendokrinní
    - osa hypotalamus-hypofýza-nadledviny - zvýšená aktivita
    - imunitní funkce - různé změny, zánětlivé procesy

**DUŠEVNÍ PORUCHY**

* narušení ukládání, přenosu a zpracování signálu v CNS - vznik symptomů duševní poruchy
* vývojové i neurochemické vlivy
* abnormality nelze brát jako specifický diagnostický znak choroby; pouze příspěvek ke stanovení etiologie a nastavení terapie
* vizualizace neurochemických systémů - PET, SPECT, MRI - syntéza transmiterů, přenašeče, receptory
* využití neurologických měření (EEG, polyseomnografie, EP)
* chemické a stresové faktory a jejich vliv na přenos signálu
* **schizofrenie**
  + neuroanatomické změny - snížení objemu celého mozku a šedé hmoty, zvětšení objemu komor, redukce bílé hmoty (šedá hmota v hippokampu, snížení nebo obrácení mozkové asymetrie) - malé změny, nespecifické
  + změny v bílé hmotě - asociativní myšlení, kognitivní deficit
  + glutamátergní model onemocnění
  + **neurofyziologie** - změna EP, abnormální sluchové komponenty; poruchy sledovacích očních pohybů, narušení architektoniky spánku
  + genetický základ - ovlivnění glutamátergního systému
  + **neurochemie** - snížení koncentrace NAA (n-acetylaspartát - marker životnosti neuronů), snížení syntézy membránových fosfolipidů prefrontálně
  + **dopaminová hypotéza** - dopaminergní hyperaktivita v mozku (mezolimbicky, striatum); dopaminergní deficit prefrontálně (vznik negativních symptomů)
  + **glutamátergní hypotéza** - změna dopaminové transmise je sekundární ke změnám glutamátu - hypofunkce kortikostriatálně, následně změny v thalamokortikální smyčce - senzorické přesycení, změny v dopaminové koncentraci, psychotické symptomy
    - podpora hypotézy: phencyclidin a ketamin (NMDA antagonisté) vyvolají symptomy psychózy
    - možný vliv současného deficitu GABA
* **poruchy nálady**
  + změny prefrontální kůry a limbického systému - cingulum, amygdala, hippokampus
  + kognice: narušení koncentrace a pozornosti, deficit v explicitní paměti - abnormality funkce prefrontální kůry, hippokampu, temporálního laloku
  + vliv mezolimbického dopaminergního systému - anhedonie, snížená motivace a energie; narušení funkce ncl. accumbens
  + narušení gliogeneze
  + velký vliv genetické složky - riziko bipolární poruchy 20% pro příbuzné 1. stupně
  + chronobiologická hypotéza - účast poruch cirkadiánních rytmů; možnost léčby světlem nebo spánkovou deprivací
  + zvýšená aktivita osy HPA při depresi
  + interleukinová hypotéza deprese - změny v koncentracích interleukinů IL-1 a IL-6
  + **neurochemická hypotéza** - vliv změny koncentrace neurotransmiterů; účinky antidepresiv dány i změnou regulace receptorů
  + monoaminová hypotéza - základem deprese snížení koncentrace monoaminů
  + neurotrofní hypotéza - změny plasticity určitých oblastí mozku (možný vliv koncentrací BDNF)
  + zánět a neurodegenerace - vylepší se díky protizánětlivým účinkům antidepresiv
* ***teorie vycházející ze studia rodinné interakce:***
  + polovina 20. století
  + rodina - malá skupina, která je specificky odlišná od jiných sociálních skupin
  + základní interakce - matka-dítě
  + nukleární rodina
  + rovnováha, někdy za cenu „obětního beránka“ (scapegoat) - např jedno dítě furt zlobí, tak rodiče řeší jeho přestupky a ne neshody mezi sebou, to může hrát roli při vzniku schizofrenie
  + **Nexální rodina:**
    - uzavřená vůči světu a druhým
    - ztráta autonomie jednotlivých členů, všichni se

musí podřídit vnitřním pravidlům rodiny

* + - nedostatek individuální a rodinné perspektivy,

potlačuje vývoj dětí

* + Vývoj onemocnění v nexální rodině:
    - 1. fáze - dítě se rodí s obtížemi ve vyjadřování

svých potřeb, rodinou nejsou rozpoznány, rodina

dítě popisuje jako hodné, bezproblémové,

ale vlastně ignoruje jeho potřeby

* + - 2. fáze - dítě začne mít potřebu projevovat své

vlastní já, snaha uniknout kontrole rodiny, je

hodnoceno jako „zlé“ dítě, rodina hledá vinu

venku (kamarádi, škola)

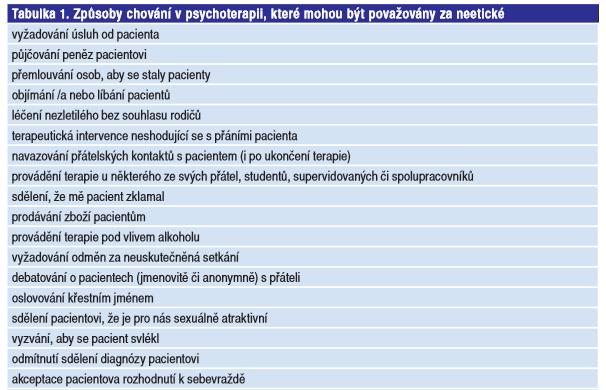
* + - 3. fáze - jedinec odporující rodinným normám je označen za šíleného, rodina se zbavuje viny a hledá problém venku, bludný kruh
  + **Zdravá rodina**
    - komunikace je přátelská, nedorozumění se neskrývají, diskutuje se
    - uspokojuje citové potřeby členů, otevřená podnětům z okolí
    - otec a matka - přirozená autorita, dítě má vlastní prostor
    - citové odezvy stálé a jisté
    - je jim jasné, že smysl života je v nich samých
* *t****eorie duševních chorob vycházející ze sociální interakce:***
  + duševní choroba má výraznější charakter sociálního stavu
  + trojí zisk z psychického onemocnění (Freud)
    - primární - regulace úzkosti
    - sekundární - změny v sociální situaci, únik
    - terciální - prospěch pro okolí (možnost, pečovat, litovat, zbavit se viny)
  + status nemocného přináší
    - výhody - zproštění povinností, nemocný není zodpovědný za svůj stav
    - sankce - úsilí o dočasnost stavu, léčba
  + psychiatrické stigma - buď jedinec vlivem pocitu hanby jedná tak, že ho okolí vnímá méněcenně nebo ho znehodnocují ostatní a pacient se přizpůsobuje
  + stereotyp duševně nemocného ve společnosti - násilný, útočný, zákeřný, nebezpečný
  + mnozí lidé se obávají psychiatrického vyšetřování a tají léčbu
  + teorie „labelingu“ - duševní choroba vzniká proto, že je tak označen společností či rodinou, teorie antipsychiatrie

**5. GENETIKA V PSYCHIATRII**

* polygenní typ dědičnosti psychiatrických onemocnění - interakce genového základu a vlivů prostředí
* vývoj názorů na dědičnost podle kulturních, filosofických a technických znalostí doby
  + teorie o rodinném výskytu nemocí již od Římských dob (Lucretius)
  + vliv dědičných a environmentálních faktorů měněn - studie na dvojčatech, adopce, jiné studie
* **problémy genetických studií v psychiatrii:**
  + genetické metody účinkují lépe tam, kde se hodnotí kvalitativní znaky - jsou nebo nejsou přítomny, definované
  + velký význam u chorob, kde jsou znaky jasně dané - Huntingtonova chorea, vrozené metabolické poruchy a cytogenetické poruchy s mentální retardací
  + většina častých chorob multifaktoriální, nelze odhalit podíl jednotlivých faktorů na vzniku; podobný klinický obraz má různou etiologii
  + výzkum je jednodušší tam, kde je přítomen jasný marker (př. Alzheimerova demence)
  + markery lze nahradit kandidátními geny = geny s jasnou lokalizací, jejichž funkce je spojena s patogenezí chorob
* **genealogické studie** - postižení v rodině zvyšuje riziko výskytu psychiatrických chorob u příbuzných 1. stupně
  + hlavní metoda - zkoumání rodokmenu (retrospektivní pohled)
  + nejvíce familiárně podmíněné poruchy: bipolární porucha, schizofrenie, bulimia nervosa, panická porucha, alkoholismus
  + hlavní problém u kvantitativních znaků je definovat fenotyp
  + **schizofrenie** - významný vzestup relativního rizika - normální populace 1%; rodiče nemocného 5%, sourozenci 10%, děti 13%
    - teorie: gen většího účinku + multifaktoriální genetické pozadí + vnější prostředí
  + **poruchy nálady** - vysoký familiární výskyt
    - u bipolární poruchy riziko bipolární poruchy i deprese, u těžké deprese pouze riziko depresí, nikoliv bipolární poruchy
    - roste riziko pro ročníky narozené v pozdějších dekádách 20. století
* **teorie vzniku onemocnění:**
  + **schizofrenie** - chromozomy 5q, 6p, 8p, 13 a 22; geny nejsou určeny
    - zásadní chromozom 22 - nalezen marker - postižené osoby sdílí alely; téměř celý zmapován, původce schizofrenie, velo-kardio-faciálního syndrom (DiGeorge)
    - studie na dvojčatech - nalezena změna chromozomu 5 (i u strýce)
    - poruchy na úrovni neuronálních okruhů, poruchyglutamátové nebo dopaminergní transmise
    - geny: **neuroregulin, dysbindin** - gen vnímavosti pro schizofrenii
  + **poruchy nálady** - geny neprokázány
* **psychofarmakologie a genetika:**
  + zjištění struktury receptorů - noví agonisté a antagonisté
  + genotypizace enzymů skupiny CYP 450 - predikce účinku léku před nasazením
    - IPP, warfarin, antidepresiva
    - rychlí a pomalí metabolizéři
    - metabolismus antidepresiv a antipsychotik - **CYP 450 2D6**
* **biologická teorie vztahu mozku a mysli (5 principů):**
  + všechny psychologické procesy jsou založeny na operacích mozku - i psychické choroby jsou poruchou funkce mozku
  + geny ovlivňují propojení neuronů a jejich funkci - genetický příspěvek poruchám
  + významný příspěvek sociálních a vývojových faktorů - zpětná vazba, ovlivnění genové exprese a funkce nervových buněk; učení produkuje změny v genové expresi
  + alterace genové exprese vede ke změně zapojení neuronů - základ individuality, udržování změn chování včetně patologických
  + působení psychoterapie a poradenství - na základě učení, které vede ke změně genové exprese, vede ke strukturálním a anatomickým změnám neuronální sítě
* Gershonova koncepce: zjišťování genetických znaků a vulnerability = chronická konstituční zranitelnost disponovaného jedince, přítomná i ve stavu klinického zdraví
* polygenní hypotéza: předpokládá dědičný přenos onemocnění prostřednictvím genů, jejichž účinek se většinou sčítá
* Galtonova koncepce: pro kvantitativní analýzu behaviorálních fenotypů používá biometrickou metodu, umožňuje zjištění účasti genetického faktoru při vzniku určitých vlastností, ale nevede k vysvětlení genetického mechanismu přenosu těchto jevů

**6. ETICKÉ PROBLÉMY V PSYCHIATRII**

* humanizace psychiatrie – od 90. let 18. století, Filip Pinel, zlepšení péče o duševně nemocné - klade důraz na léčbu prostředím, prací, zavádí do léčby psychoterapeutické postupy
* objev farmak – rozvoj ambulantní péče, snížení počtu lůžek
* Hippokrates postuloval zásady etického chování vůči nemocným
* etické normy péče o duševně nemocné:
  + Ženevská konvence (1948)
  + Helsinská deklarace o pravidlech biomedicínského výzkumu (1964)
  + Deklarace práv duševně postižených lidí (1971)
  + Listina základních práv a svobod
  + Etický kodex České lékařské komory (1991) - etická komise
  + MVČR - Centrální etická komise
  + Listina práv psychiatrických pacientů
* historie - mnoho psychiatrických nemocných bylo považováno za nežádoucí
* etické problémy v psychiatrii - velmi náročné
* 4 základní principy:
  + respekt k pacientově individualitě a jeho právům - *autonomie*
  + „dobřečinění“ - *beneficience*
  + neškození - *nonmaleficience*
  + spravedlnost při rozdělování zdrojů pro nemocné (služeb a péče) - *justice*
* problémové oblasti:
  + informovaný souhlas psychiatrického nemocného, dobrovolná/nedobrovolná léčba, právní zajištění nedobrovolné léčby
  + omezení způsobilosti k právním úkonům vztáhnout i na základní práva (mít dítě?)
  + komunikace s pacientem, informování pacienta o jeho psychickém stavu, informace druhým osobám, odhad společenské nebezpečnosti
* důležité v etice:
  + ochrana pacientů před nevhodným zacházením, neoprávněným zásahem do jejich svobod, včetně soudního posuzování, ochrana před nátlakem
  + zdůraznění práv pacienta - aby mohli rozhodovat sami o sobě a způsobu svého života
  + snaha o změnu přístupu společnosti k psychiatrickým pacientům, spolupráce zdravotnictví a veřejné správy (administrativy a soudů) ve prospěch nemocných



**7. SYSTÉM PSYCHIATRICKÉ PÉČE V ČR, KOMUNITNÍ PSYCHIATRIE**

* zařízení lůžková, ambulantní, komplementární, komunitní
* mezinárodní doporučený standart – optimální počet jednotlivých typů péče
* 100 000 obyv. – 50 lůžek, 14-15míst na denní klinice, 38-39 míst v chráněném bydlení (z toho 14 míst s úplným dozorem), 30 míst v chráněných dílnách, 25 míst dlouhodobé rehabilitace, 5 míst u ambulantních psychiatrů
* **Lůžkové zařízení**
  + ve formě samostatných psychiatrických léčeben a klinik nebo psychiatrických oddělení nemocnic
  + ambulantní složka (psychiatrická ambulantní péče), psychosociální služba
* **Komplementární péče**
  + denní a noční stacionáře, kliniky a sanatoria
  + pacienti si zachovávají větší díl soběstačnosti a společenských kontaktů
  + nemocní bez potřeby trvalé hospitalizace, přechod mezi hospitalizací a ambulantní léčbou
* **Komunitní péče**
  + hlavně schizofrenní pacienti
  + součást psychosociální rehabilitace (chráněné dílny, chráněné bydlení, pracovně-tréninková centra)
  + cílem rozvoj schopností, fungování s co nejmenší mírou trvalé podpory, návrat k premorbidnímu fungování
  + socioterapeutické kluby, svépomocné skupiny nemocných a jejich příbuzných
  + pacienti s těžší neurózou a poruchy osobnosti
  + chráněné dílny – osoby závislé, s organickým psychosyndromem, mentální retardací a těžkými poruchami osobnosti
  + úzdrava - úspěšná životní adaptace
  + rehabilitace
    - začíná diagnostickou fází (vyhodnocení připravenosti pacienta k rehabilitaci)
    - vytvoření plánu rozvoje dovedností
    - vlastní intervence (rozvoj dovedností)
* komunitní léčbu řídí multidisciplinární tým, jehož členy jsou psychiatři, psychiatrické sestry, psychologové, psychoterapeuti, sociální pracovnice, ergoterapeuti a další
* multidisciplinární tým spolupracuje s praktickým ošetřujícím lékařem, stacionářem, terénním mobilním týmem (asertivní tým) a dalšími složkami na několika úrovních; může být přítomna i podpora občanských sdružení, kulturních či církevních spolků
* terénní mobilní tým se většinou skládá ze sociální pracovnice a speciálně vyškolené psychiatrické sestry, která pacientům pomáhá s braním léků, psychologická podpora - forma zvýšení compliance
* vedle samotné léčby je důležitý **systém rehabilitace** duševně nemocných:
  + **zaměstnání** — chráněné dílny, přechodné zaměstnávání (vytvořené pracovní místo propacienta s pomocí sociálního pracovníka, kde se zacvičí různým dovednostem a po čase odchází, aby si našel místo sám), podporované zaměstnání (klient si sám najde pracovní místo, je podporován a má možnost poradenství; efektivnější), centrum denních aktivit (rozvoj vzdělání a *aktivizace*: trénink práce na počítači, výuka jazyků,…)
  + **bydlení** — chráněné bydlení, podporované bydlení
  + **další služby** — případové vedení (možnost konzultace osobních problémů), poradenství(právní, sociální,…), socioterapeutické kluby
* **příklady komunitní terapie**
  + [Občanské sdružení Green Doors](http://www.greendoors.cz/)
  + [Klinika ESET](http://klinikaeset.cz/) a [občanské sdružení ESET-HELP](http://www.esethelp.cz/)

**8. VĚDOMÍ A JEHO PORUCHY**

* **vědomí:**
  + stav bdělosti = vigilita, arousal
  + uvědomování si sebe sama a svého okolí, individualita oproti zevnímu světu, schopnost uvědomit si a správně zařadit (integrovat) a interpretovat vlastní vnitřní prožitky (původ + časová lokalizace vjemů, vzpomínek, myšlenek, snů)
* dynamický stav, **tok vědomí** - tvořeno okamžitými vjemy, myšlenkami a pocity
* uvědomování si sebe sama - pocit tělesného schématu, pocit vlastního těla, aktivní orientace v prostoru, ověřování si vlastní podoby
  + vývoj psychiky - uvědomování si vlastních přání a cílů, odlišnosti od okolí, otázky bytí a nebytí
  + 7-8 let - uvědomění si vlastního myšlení
* vědomí - vztah mezi subjektem a objektivní zkušeností, který dovoluje anticipovat budoucí děje
* pro fungování vědomí je nutná účast psychických děj, důležitá je funkce paměti a řečových funkcí
* **bdělost** = optimální stav CNS, která je schopna reagovat na změny ve vnějším prostředí
* neurofyziologie - protiklad stavu bezvědomí
  + bdělost umožňuje senzorickou a percepční diskriminaci
  + příjem informací: ideační ráz - vedou ke komunikaci symbolickými projevy; emoční ráz - projevují se v oblasti emocí
* pro bdělost je nutný určitý stupeň fungování nervových drah a center - zásadní role retikulární formace (ARAS) + thalamus a projekční dráhy do kůry
* fyziologické změny: spánek, hypnóza (uměle navozená změna vědomí)

**PORUCHY VĚDOMÍ**

* **kvantitativní poruchy vědomí** = alterace vigility; krátkodobé/dlouhodobé; podle intenzity stavu
  + **synkopa** - krátkodobá reverzibilní ztráta vědomí způsobená přechodnou hypoxií mozku; reflexní, na podkladě emočním, náhlá hypotenze
  + **somnolence** - stav zvýšené ospalosti, kdy jedinec se zvýšenou námahou je schopen reagovat na vnější podněty
    - příznak somatického onemocnění, intoxikace, úrazů
  + **sopor** - patologický stav, kde jedinec reaguje pouze na velmi silné podněty, po kterých opět upadá do bezvědomí; reakce na bolest
  + **kóma** - stav hlubokého bezvědomí, kdy s postiženým jedincem není možné navázat kontakt
    - vyhasínají základní reflexy
    - zornice - lehké kóma mydriáza, těžší mióza; se zhoršením stavu paralytická mydriáza zornic
* **kvalitativní poruchy vědomí** = alterace vlastní identifikace v zevním světě, schopnosti určit původ a časovou lokalizaci prožitků
  + zachovaná vigilita; celková porucha psychiky - dezorientace, zkreslení vnímání okolí, poruchy chování, narušení vštípivosti paměti, porucha jednání
  + klinický obraz: obluzené vědomí, mrákotný stav
  + **stav obluzeného vědomí = delirium** - organická duševní porucha charakterizována skupinou psychologických a behaviorálních příznaků způsobených mozkovou dysfunkcí
    - symptomatická psychóza - většinou komplikace celkového stavu - intoxikace, úrazy, odvykací stavy, narušení mozkového průtoku (šok, hypotenze, hypertenze, arytmie), epilepsie, urémie, těžké endokrinopatie, horečky, sepse, léky
    - kritéria: 1) snížení dlouhodobé pozornosti na zevní podněty; 2) dezorganizace myšlení, 3) aspoň 2 z následujících: snížení úrovně vědomí, kterou je nutné udržet během vyšetření, poruchy vnímání (iluze, halucinace), poruchy cyklu spánek-bdění (spavost ve dne, nespavost v noci), snížení/zvýšení psychomotorické aktivity, dezorientace časem, místem nebo osobou, zhoršení paměti, neschopnost učit se novému, 4) rozvoj příznaků během hodin, maximálně dnů; přes den kolísá intenzita (pozdní odpoledne, večer)
    - ztráta orientace časem a místem, bezradnost, úzkost, úleková reakce na běžné podněty, často psychomotorický neklid, někdy včetně neúmyslného sebepoškození nebo zabití; případně agrese i proti okolí, vzácně i bez zjevného neklidu
    - amnézie - úplná nebo ostrůvkovitá
    - další příznaky: mozková dysfunkce - tremor, ataxie, dysartrie, horečka, tachykardie, mydriáza, zvýšené pocení
    - méně bouřlivé delirium - dříve **amence** - dezintegrace psychiky, halucinace, bludy, psychická dezorientace (osoba, místo, čas)
      * etiologie: dekompenzace DM, ateroskleróza mozkových tepen
      * dlouhodobé nebo krátkodobé (tranzitorní)
      * amnézie na stav
    - terapie: hospitalizace, omezující prostředky, symptomatická léčba, ideální je haloperidol
  + **mrákotný stav = obnubilace** - záchvatovitý stav; začátek a konec během okamžiku
    - klinika pestrá: stav připomínající schizofrenii, psychotická porucha s neklidem, halucinace, bludy; vzácně stupor nebo automatická forma (vigilambulantní mrákotný stav) - nenápadné projevy, chování adekvátní situaci, pouze strnulý výraz, bledost
    - úplná amnézie na proběhlou obnubilaci
    - etiologie: epilepsie, hypoglykemie, intoxikace, hladovění, úžeh
    - zvláštní případy: patický afekt, patická opilost, patická rozespalost
    - formy podle klinického průběhu:
      * ***stuporózní forma*** - chudá na příznaky, bez pohybu, bez mimiky, nereaguje na otázky, zrak upřený do neurčita, nepřijímá potravu, inkontinence
        + katatonní stupor, melancholický stupor, dissociativní stupor
      * ***deliriózní forma*** - stálý pohyb, hlučnost, zvýšená motorická aktivita, bludy, zvýšená afektivita, úzkost, agresivita, poruchy koncentrace
        + u patické opilosti
      * ***automatická (vigilambulantní forma)*** - nenápadná; nemocný si počíná zdánlivě normálně, v rozporu s běžnou osobností; nemluví, ale přiléhavě odpovídá, vykonává běžné úkony
        + *fuga* - odcestuje z domova; často na emočně významné místo; amnézie úplná; etiologie epileptická nebo dissociativní
      * ***Ganserův syndrom***- psychogenně navozený mrákotný stav v tíživé životní situaci (vazba - vazební psychóza), u predisponovaných osob s histrionskými rysy
        + klinika: bizarní příznaky, nehorázné odpovědi, dětinské šišlání, výpadky vzpomínek - budí dojem simulace

**9. EMOCE A JEJICH PORUCHY**

* **emoce** = složky psychických dějů, které ve formě psychických a fyziologických projevů charakterizují reakci jedince na určité situace a umožňují subjektivní prožitek na něho působících zevních i vnitřních vlivů; vyjádření citového postoje ke skutečnosti, vliv na motivaci a chování, ovlivnění fyziologických funkcí
  + usměrnění aktivity subjektu při adaptaci na biologické a sociální potřeby
  + řídící a regulační funkce
  + vliv na chování a myšlení jedince
  + př. radost, překvapení, hněv, úzkost, strach, smutek
  + projevy: orgánové a systémové fyziologické změny, stereotypní motorické reakce (svalstvo obličeje) - doprovázeny subjektivními prožitky
* poruchy emocí jsou častým nebo hlavním projevem u závažných duševních poruch
* **projevy emocí:**
  + autonomní nervový systém - aktivace mozkového kmene, hypothalamu, amygdaly, pregangliových neuronů oblongaty, autonomních ganglií a periferních efektorových systémů
  + koordinace emočních reakcí: **limbický systém**
  + vyvolání reakce: aferentní senzorické podněty, idiosynkratické stimuly (aktivace telencefala) - očekávaná událost, dojemný film, hudba
  + centrum: **hypothalamus** - projekce do RF - návaznost na regulaci funkce KVS, respirace, zvracení, polykání, močení + somatické funkce
    - Papezův okruh - propojení mozkové kůry a hypothalamu
    - účast amygdaly
* **lateralizace emocí**
  + pravá hemisféra - vyjádření a pochopení emočního náboje, ladění řeči
    - léze - **aprozodie** - neschopnost vyjádřit emoce řečí; vlevo - Brocova afázie
  + funkce hemisfér asymetrická v řízení emocí ve vztahu k náladě - levá ovlivňuje v pozitivním slova smyslu, pravá v negativním
* **rozdělení emocí:**
  + **kladné** - pozitivní, příjemné, **záporné** - negativní, nepříjemné
  + **stenizující** - zlost, **astenizující** - demobilizující, smutek
* **hierarchie emocí:**
  + **nižší** - vyvolané podněty z vitální oblasti, uspokojení základních potřeb
  + **vyšší** - specificky lidské; součást tendencí člověka ke společenskému soužití
    - city intelektuální, tvůrčí, estetické, etické, morální, sociální
    - sdružování, zvídavost, lítost, stud, zahanbení
    - jsou nutné kognitivní procesy
* **podle intenzity, časového trvání a průběhu:**
  + **emoční zabarvení počitků a vjemů**
  + **afekty** - krátkodobé, prudké emoční reakce; náhlý začátek, rychle odezní
    - reakce na zážitek - stud, hněv, radost, úžas, děs, nadšení
    - s vegetativními projevy a mimikou
    - vznik závisí na konstituci a aktuální emotivitě
    - vybití nebo přesun (vybití na jiném objektu, než je původce afektu)
    - městnání afektu - nasčítání více afektů, při překročení mezí dojde k výbuchu i po zdánlivě nepatrném impulsu
  + **nálady** - protrahované, různě intenzivní emoční stavy - pohotovost k určitému typu emočních reakcí
    - vliv na pozornost, vštípivost paměti, motivaci, afekty, myšlení
    - modifikovatelná vnějšími vlivy - počasí (tlak, déšť), denní doba (ranní pesimum u deprese), chemické, metabolické, psychologické
* **temperament** = základní emoční dispozice, charakter reakcí a převažující druh nálady, intenzita a stálost nálady, tempo a intenzita jednání
  + vrozené dispozice + vnější modifikace

**PORUCHY AFEKTŮ**

* nezvládnutý afekt - afekt, který by byl u normálního člověka zvládnut, ale došlo k němu u člověka agresivního nebo výbušného, asociálního
* **patický afekt** - velmi intenzivní afekt, na jeho vrcholu dojde ke krátkodobému mrákotnému stavu s následnou amnézií; vzácný; může dojít k závažnému jednání (vražda)
  + vztahuje se na něj klauzule o úplném vymizení rozpoznávacích a ovládacích schopností
  + organické poškození mozku, hladovění, nevyspání, vyčerpání, alkoholické opojení
* **patická afektivní dráždivost** - sklon k nadměrně silným afektům; organické poruchy mozku (multiinfarktová a paralytická demence), emočně nestabilní osobnosti, oligofrenie, intoxikace
* **paroxysmální afekty** - velká úzkost, někdy i zlost
  + vyvolány biologickými činiteli - feochromocytom, epilepsie, léze temporálního laloku
* **emoční labilita** - proměnlivé emoce i na slabé podněty
  + histrionská porucha osobnosti, multiinfarktové postižení
* **emoční inkontinence** - reakce se spastickým pláčem i na neemoční podněty
  + vaskulární demence
* **hypersenzitivita** - dojímavost, lítostivost
* **afektivní ambivalence** - přítomnost protichůdných emocí v témže okamžiku; schizofrenie, těžká deprese
* **fobie** - vtíravé strachy s emoční součástí, nejčastěji agorafobie a klaustrofobie

**PORUCHY NÁLADY**

* **patická nálada** - z vnitřních příčin
  + proti normální náladě intenzivnější, dlouhodobější (měsíce až léta)
  + více demobilizuje, zpomaluje tělesné i psychické funkce
  + neodklonitelná = nezávislá na kvalitě psychogenních faktorů
  + hluboký vliv na osobnost postiženého, jednání, postoje; není ovlivnitelná příznivými prožitky ani přístupná racionálnímu a logickému přesvědčování okolí
  + manická, apatická (bezradná), depresivní (úzkostná)
* popisy nálad:
  + **euforická nálada** - blažená, spokojená; bez zvýšené aktivity
    - u poškození frontálního laloku a paralytické demence
  + **expanzivní nálada** - vysoká aktivita, sebevědomí, zasahování do okolí
    - manická porucha, hebefrenie
  + **exaltovaná, extatická nálada** - pocit blaha, nadšení, vytržení, jednostranně zvýšená aktivita
    - epilepsie, psychózy, disociativní stavy
  + **explozivní nálada** - výbušná, sklon k agresi, hněvu, vztek
    - epilepsie, alkoholismus, poruchy osobnosti
  + **apatická nálada** - snížené psychomotorické tempo, lhostejnost, postižení volní stránky, ztráta iniciativy
    - deprese, demence, toxikománie, těžká onemocnění
  + **bezradná nálada** - neschopnost rozhodování
  + **depresivní** - smutek, bezútěšnost, strach, zpomalení vitálních a psychomotorických funkcí, sebeobviňování, výčitky, riziko sebevraždy
    - deprese, schizofrenie, epilepsie, demence
  + **manická** - blaženost, nadměrné štěstí, vysoká aktivita, zvýšené psychomotorické tempo (přeskakování v pozornosti a činnostech), mohou se u ní střídat nálady - euforická, expanzivní, exaltovaná, extatická, explozivní
    - bipolární poruchy, paralytická demence
  + **hypomanická** - snížený stupeň příznaků manické nálady - umožňuje kvalitní aktivitu

**CITY A JEJICH PORUCHY**

* **poruchy vyšších citů** - nerozvinutí, ztráta, snížení
  + na vrozené bázi nebo při poškození CNS
  + otupení - alkoholismus a jiné závislosti, schizofrenie, organické poruchy
* **disociální porucha** - anetičnost, nedostatek soucitu, ohledů a pochopení pro okolí, nelítostnost, bezohlednoust vůči společenským normám, pravidlům a závazkům, neschopnost cítit vinu a poučit se z trestu
* **histrionská porucha** - nezralost, mělká a labilní emotivita, povolnost vůči sobě, nadměrná vřelost, oddanost, závislost; na druhé straně egocentrismus a nenávist
* **schizoidní osobnost** (totéž u schizofreniků) - emoční chlad, odstup, necitlivost pro normy a konvence, netaktnost, neomalenost
* **nadměrný vývoj vyšších citů** - hypersenzitivní osoby, přehnaně svědomité a pečovatelské; vášně blízké nebo totožné s ovládavými představami - sběratelství, hráčství, žárlivost

**10. MYŠLENÍ A JEHO PORUCHY**

* **myšlení** = logické, racionální zpracovávání vjemů a paměťových stop za účasti ostatních psychických funkcí včetně emocí (!)
* **kognitivní funkce**
  + zpracování informace, která probíhá mezi motorickými a senzorickými vstupy
  + různorodé funkce asociační mozkové kůry (parietální, temporální, frontální; 75% kůry)
  + věnovány procesu poznávání okolního světa
  + schopnost účastnit se, identifikovat a plánovat smysluplné odpovědi, reakce na zevní podněty a vnitřní motivace
* poruchy kvalitativní a kvantitativní
* základní prvek myšlení: **pojem**
  + k vytvoření pojmu vede abstrakce - odhalení základní vlastnosti elementu a jeho spojení se slovem
  + generalizace - zobecnění
  + chápání vztahů - na základě přesouvání předmětů; jedinec si postupně přesouvá manipulaci s předměty pouze do svého vědomí a je schopen si představit, k čemu by došlo, kdyby ji uskutečnil
* hodnocení myšlení - zejména na základě slovního sdělení vyšetřovaného

**PORUCHY MYŠLENÍ**

* **kvantitativní poruchy myšlení** - tempo myšlení, zaměření (cíle)
  + **útlum myšlení, bradypsychismus** = pomalé tempo myšlení, málo spontánních projevů, odpovědi s latencí, rychlá únava nemocného; **mutismus** - nemocný nepromluví ani slovo
    - únava, vyčerpání, tělesné choroby, demence, mentální retardace, depresivní stavy
  + **překotné myšlení, tachypsychismus** = zrychlené myšlení; **logorea** - pacient mluví tak rychle a hodně, že se řeč stává nesouvislou, myšlenkový trysk; ztráta determinace, přeskakování myšlení z tématu na téma
    - jednodušší výbava představ, myšlenky se rychle objevují, vliv emocí a asociací
    - teoreticky využitelné, ale pouze do stupně, kdy rychlost brání soustředění, determinaci a schopnosti dokončit některé úmysly
    - mánie a hypománie, lehká intoxikace alkoholem a jinými drogami, krátkodobě při šťastném zážitku
  + **poruchy cíle myšlení** - tempo v pořádku, problém udržení determinace
    - *roztržité myšlení* - subjekt je zaměstnán problémem, který ruší myšlení; subjekt se špatně soustředí na úkoly, které má provádět
      * někdy způsobeny dominující nebo ovládavou myšlenkou
    - *zabíhavé myšlení* - směřuje k danému cíli, ale neustále odbočuje k jiným tématům
    - *ulpívavé myšlení* - lpí na slově nebo větě, neustále ho zapojuje do myšlení i řeči (perseverace)
      * únava, rozespalost, útlumové stadium opilosti, organická mozková onemocnění (difuzní)), počínající demence
    - *nevýpravné myšlení* - neustále se zaobírá jednou myšlenkou
      * u normálního stáří; ve větší míře u demence, epilepsie, mentální retardace
* **kvalitativní poruchy myšlení**
  + **myšlenkový záraz** - nemocný se náhle, bez vnějšího podnětu zarazí v řeči
    - u schizofrenie
  + **nesouvislé (inkoherentní, roztříštěné) myšlení** - tok myšlenek, rozvolněné asociace, myšlenky nenavazují, věty nemají logickou souvislost
    - slovní salát
    - *roztříštěné myšlení* - u schizofrenních poruch; velké rozvolnění asociací, vlastní logická pravidla
    - *zmatené myšlení* - doprovází obluzené vědomí, nejasné vnímání, iluze, otupění soudnosti
  + **autistické (dereistické) myšlení** - volně unášené vlastní fantasií; patické v případě, kdy jej nemocný není schopný vlastí vůli přerušit podle potřeby nebo když jej přestane odlišovat od skutečnosti
  + **magické (symbolické)** **myšlení** - blízké pověrám; jevům přisuzuje magický význam; schizofrenie, některé kulturní vlivy
  + **obsese** - vlastní myšlenky, které jsou vnímány jako obtěžující
  + **bludy** - samostatná kategorie
* **bludy** = nevývratná přesvědčení, vzniklá z chorobných duševních předpokladů na chorobném psychotickém podkladu, kterému nemocný věří a které má patický vliv na jeho jednání
  + **vývyšné, megalomanické** - u mánie s psychotickými projevy, progresivní paralýzy
    - doprovázené expanzivní náladou
    - chorobné přesvědčení o bohatství, mimořádných schopnostech, sexuálních schopnostech, původu (originární blud)
  + **úkorné,** **mikromanické** - u těžké deprese, úzkostné nálady
    - chorobné přesvědčení o vážném provinění (autoakusační blud) nebo onemocnění (hypochondrický), popření skutečností, které se týkají osoby (negační)
    - pesimistické hodnocení vlastních duševních a psychických schopností
    - pseudomegalomanický blud - zničím celý svět; blud enormity (nikdy se nenasytí, vymočí se a zatopí celý svět)
  + **bludy pronásledování, perzekuční** - schizofrenie, paranoidní psychotické stavy
    - přesvědčení o pronásledování, odposlouchání apod.
    - u citlivých jedinců i za běžných podmínek (stres, cizí prostředí) - poznámky okolí
* **vtíravé myšlenky, obsese a kompulze** - OCD a neuróz
  + **obsese** - přetrvávající myšlenky, představy nebo impulsy, vnímá jako rušivé a nesmyslné
    - snaha potlačit, neutralizovat - následně vzniká úzkost
    - subjekt má náhled, ví, že vznikají spontánně v jeho mysli
    - obsah:
      * nejistota a pochybnosti - podobné ovládavým nebo dominantním myšlenkám - přetrvávající myšlenky, subjekt ví, proč se vracejí (emoční náboj, důležitost); E - emoční porucha - od běžné úzkosti po patické poruchy
      * fobie - **klaustrofobie** - strach z uzavřených prostor, **aichmofobie** - strach z ostrých předmětů, **hypsofobie** - strach z výšek, **agorafobie** - strach z otevřených prostor, **myzofobie** - strach ze znečištění, **ereutofobie** - strach ze zčervenání na veřejnosti, **dysmorfofobie** - strach ze znetvoření, **nozofobie** - strach z nemoci (karcinofobie)x hypochondrie, **arachnofobie**
      * konkrétní myšlenka - nutnost vykonat něco, co odporuje vžitým konvencím
      * nutkavé jednání - vykonat čin, s kterým nesouhlasí a nemá k němu důvod
  + **kompulze** - opakující se jednání s určitým cílem, které subjekt koná jako reakci na obsesi podle určitých ceremoniálních a rituálních pravidel nebo stereotypním způsobem
    - účel chování: neutralizace obsese
    - subjekt má náhled na nesmyslnost a nadbytečnost chování

**11. VNÍMÁNÍ A JEHO PORUCHY**

* **vnímání:**
  + proces organizace a interpretace senzorických dat na základě jejich kombinací s předchozí zkušeností
    - aktivní děj spojený s činností seřaďovací, pozorovací, vyhodnocování podnětů z analyzátoru za účasti paměti
    - na základě signálu ze smyslového orgánu dojde ke vzniku výboje v senzorických vláknech kůry
  + celostní podnět - smyslový vjem a prvky z paměti ve formě představ
* vědomá zkušenost, percepce, stopa má protějšek v časoprostorové aktivitě neuronů kůry a subkortikálních jader
* uvědomělé vnímání - část skutečnosti, která je srovnávána se zkušeností a následně interpretována; percepce je subjektivní symbolický obraz objektivního světa
* do vnímání se zahrnuje:
  + psychický pochod - objekt poznáván asociacemi z paměti s jinými kvalitami v oblasti daného smyslu - chuť, čich, zrak atd.; jedinec si uvědomuje okolní svět pomocí smyslových podnětů
  + emoční a intelektová interpretace vnímaného, porovnání se zkušeností a informacemi z běžného života; selekce a integrace podnětů senzorických orgánů
* **teorie percepce:**
  + **teorie počitková** - základní smyslový údaj = počitek, vjem = vyšší jednotka, skládá se z řady počitků
  + **teorie tvarová** - původním útvarem vědomí je tvar, celistvý
  + **teorie vztahová** - vnímání vzniká z primárních senzoricko-motorických reakcí
* **vnímání ve zkratce:**
  + subjektivně zkreslený obraz reality vnímaný našimi smysly
  + proces organizace a interpretace senzorických dat na základě jejich kombinace s předchozí zkušeností
* auditivní typ - vnímá lépe slyšené; vizuální typ - lépe zrakem
* **smyslové klamy**
  + normální fenomén vnímání; subjektivní zpracování smyslové zkušenosti, střed fyzikální skutečnosti a výbavy smyslových analyzátorů
  + perspektivní hříčky - hůl ve vodě vypadá jako zlomená, perspektivní klamy
  + **pareidolie** - schopnost vidět v útvarech (mraky, skvrny) obrazy a tvary; podíl cíleného jednání, jedinec aktivně doplňuje (Rorschachovy testy)
  + **paraobraz** - doznívání zrakového vjemu, typicky charakter negativu (černá místo bílé) - př. po celodenním sbírání hub je vidím i doma
  + **eidetická vloha** - u dětí; schopnost popsat velmi konkrétně to, co delší dobu pozorují
    - pomáhá při učení; věkem se ztrácí
  + **živá představivost** - osoby zvýšeně senzitivní a s histrionskými rysy
    - ztráta náhledu, rozvoj představ
    - **vize** - představa nabývá hodnoty reálného zážitku
  + **synestezie** - asociování vjemů dvou různých smyslů (barevné slyšení)

**PORUCHY PERCEPCE**

* **halucinace** = klamné (šalebné) vjemy vznikající nezávisle na smyslovém podnětu
  + nejzávažnější porucha vnímání
  + subjekt je přesvědčen o reálnosti halucinací, mohou ovlivňovat chování
  + u intoxikací a psychóz
  + **pedunkulární halucinace** - zrakové halucinace při organickém poškození v oblasti III. komory a pedunculi cerebri
  + halucinace mají psychotický podklad, základem chorobná představa nemocného s emoční akcentací
  + **pseudohalucinace** - nemocný získá náhled, uvědomuje si poruchu (rozliší realitu)
    - **hypnagogické halucinace** - při usínání, vzácně při probouzení; uvolnění snového automatismu ve fázi, kdy je nemocný ještě orientován (zrakové a sluchové)
  + **sluchové halucinace** - nejčastější; záslech špatně určitelných zvuků (akoasmata), věty, rozhovory
    - obsah někdy neutrální, často nepříjemný, nepřátelský (nadávky, výhružky, kritika), příkazy, rozkazy (imperativní halucinace)
    - nebezpečí sebepoškození, suicidia, vraždy
    - **čtení nebo vyzrazování myšlenek** - nemocný slyší cizí hlas, který opakuje myšlenky a odpovědi nemocného
    - **antagonistické halucinace** - více hlasů najednou (protichůdné), u alkoholu
  + **zrakové halucinace** - málo časté, různě složité, i vidění cizích osob (hrůza)
    - paranoidní schizofrenie, intoxikace (LSD, psilocybin), vaskulární demence
    - alkohol - mikrozoopsie - vidí malá zvířátka (delirium tremens)
  + **hmatové (taktilní)** **halucinace** - organická poškození mozku (halucinace svědění parazity)
    - **útrobní (viscerální, coenestetické) halucinace** - tělové pocity, které vycházejí s různých orgánů; často sexuální charakter
  + **čichové a taktilní halucinace** - často společně; známé i neznámé vůně a chutě; u paranoidní schizofrenie pocity, že se jedná o otrávené jídlo, plyn
  + **pohybové, motorické, kinestetické halucinace** - klamný pocit pohybu končetin, změna polohy těla (vysvětlení: někdo ovládá pacientovy končetiny), Séglasovy verbálně motorické halucinace u schizofrenie
  + **intrapsychické halucinace** - vkládání myšlenek mezi myšlenky nemocného, jiné jsou odebírány - vnímání jako manipulace v mozku, vliv cizí moci (schizofrenie)
  + kombinované halucinace
    - **reflektorické** - při vnímání předmětu asociuje vjem (pohled na nůž - řezavá bolest)
    - **inadekvátní halucinace** - smyslové vjemy v jiných částech těla (slyší zubama)
    - **extrakampinní halucinace** - domnělé jevy, které nemocný halucinuje mimo dosah smyslu (vidí postavy za sebou)
    - **negativní halucinace** - nemocný neregistruje existující podnět
* **iluze** - pacient přidává cizí, neskutečné znalosti tomu, co skutečně vnímá; věří, že platí skutečnost i jím přidaná část (= zkreslený vjem, v lékaři vidí svého kamaráda)
  + z psychóz a delirií
  + **pseudoiluze** (nepravé iluze) - zkreslení vjemu za běžných okolností (strach, únava, emoční vypětí) - běžná přeslechnutí a překouknutí
    - subjekt je schopen vjem korigovat
  + spolu s nepravými halucinacemi je lze považovat za známku postižení smyslu - únava, zeslabení periferních nebo centrálních smyslových aparátů

**12. PAMĚŤ A JEJÍ PORUCHY (VČETNĚ ANAMNESTICKÉHO SYNDROMU, SYNDROMU DEMENCE, PSEUDODEMENCE)**

* **paměť** = schopnost ukládat, uchovávat a vybavovat informace v CNS i po odeznění podnětu
* paměť určuje identitu, umožňuje vnímání identity; všechny prožitky, vědomosti, naučené úkony; v širším pojetí i integrace se zkušenostmi, představami
* patří mezi kognitivní funkce - uvědomění si prostředí a sebe sama (pozornost, rychlost zpracování informací, paměť, učení, exekutivní (výkonné) funkce, řečové funkce)
* pro paměť je zásadní učení - vytváření paměťové stopy dlouhodobého charakteru postupným opakováním + pozornost
* struktury - okolí III. mozkové komory (limbický systém, hipokampus, diencefalon)
* neurotransmiter - acetylcholin (cholinergní systém)
* ontogenetická a fylogenetická paměť:
  + ***fylogenetická*** - nepodmíněné reflexy, složitější instinkty
  + ***ontogenetická*** - tvořena individuálními prožitky - krátkodobá/dlouhodobá
* **dělení podle jednotlivých modalit** (analyzátory, smysly, které zaznamenaly paměťové obsahy)
  + verbální paměť (sluchová)
  + zraková paměť (grafická)
  + čichová paměť, chuťová paměť
  + prostorová paměť
* **dělení paměti podle časové následnosti:**
  + **ultrakrátká (okamžitá)** - informace, které si je jedinec schopen zapamatovat okamžitě bez aktivního učení; pozornost, bdělost, filtr podnětů
  + **krátkodobá (recentní)** - informace přetrvávají minuty až hodiny (někdy déle); některé zanikají, jiné přetrvávají = **vštípení**
    - součást pracovní paměti - pracování s informacemi, ne pouze pasivní zapamatování; informace krátkodobého významu
    - přesun znovuvybavených paměťových obsahů z dlouhodobé paměti
    - pracuje s fonologickou smyčkou (informace 2-3s)
  + **střednědobá paměť = paměťová konsolidace** - schopnost zpracovat, uložit a uchovat vštípenou informaci
  + **dlouhodobá paměť** - uchovávání a znovuvybavení informací, zmnožení dendritických trnů
    - dlouhodobá paměťová stopa = **engram**
* dělení:
  + **vštípivost** - schopnost ukládat informace
  + **konsolidace** - schopnost zpracovat a uchovávat informace
  + **vybavení** - schopnost vybavit uložené informace (oddálené vybavení), schopnost vyvolat recentní informace
    - spontánní, s pomocí nápovědy, znovupoznání - výběr z množiny možností, se kterými se už jedinec setkal
* **dlouhodobá paměť podle obsahu:**
  + **deklarativní** - explicitní, obsah lze vědomě vybavit a popsat slovy
    - potřebuje intaktní hipokampy
    - ***epizodická*** - prožitky, zážitky; autobiografická
    - ***sémantická*** - naučené znalosti, význam slov, faktografie (slovník)
    - otázky kdo, co, kdy, kde
  + **nedeklarativní paměť** (procedurální) - ostatní složky paměti
    - nelze vědomě vybavit a popsat slovy, implicitní
    - naučené řečové stereotypy, motorické stereotypy (chůze)
    - naučené mechanismy - jízda na kole, řízení auta
    - podmíněné reflexy, instrumentální podmiňování (systém odměny a trestu), kognitivní a percepční dovednosti (schopnost číst), návyky
    - otázka jak
* proces zapamatování ovlivňují emoce - pozitivní i negativní; lépe se pamatuje emočně zabarvená informace
* **paměť můžeme dále rozlišovat:**
  + **logickou** - pracuje s asociacemi umožňujícími vyvolávat souvislosti
  + **mechanickou** - založena na opakování poznatků
    - zpravidla slábne s postupujícím věkem – hůře si zapamatovávají nové věci, logická paměť odolnější
* u paměti se rozlišují se 4 základní složky paměti:
  + **impregnace** (vštípivost – schopnost ukládat paměťové stopy)
  + **retence** (schopnost uchovávat)
  + **konzervace** (schopnost uchovávat v nezměněné podobě)
  + **reprodukce** (schopnost vybavit)
* kvalita paměti - velmi individuální, lze ji zdokonalovat pravidelným zatěžováním (studiem)
* **vzpomínkové klamy** - zkreslené paměťové projevy
* **sy falešné paměti**
  + s ním se musí počítat při psychoterapii, v jejímž průběhu si pacient chybně „vybaví“ (sexuální zneužití v dětství rodičem)
* **podle časové souvislosti s učením se paměťových obsahů:**
  + **anterográdní paměť** - naučit se nové paměťové obsahy a dále je uchovat
    - narušení: centrálně působící anticholinergika (skopolamin) - brání osvojení nových informací; kontuze mozku (včetně recentní retrográdní)
  + **retrográdní paměť** - vybavení si starších, dříve uložených paměťových obsahů
* za ultrakrátkou paměť jsou zodpovědné frontální laloky
* krátkodobá paměť - hipokampus a frontální laloky
  + reverberační okruhy - přechodné zapojení okruhů neuronů, po kterých krouží vzruch
  + podíl acetylcholinergní transmise
* střednědobá paměť - konsolidace v hipokampech
  + mechanismus dlouhodobé potenciace (LTP) - glutamátergní neurony (excitační AMK)
  + postsynaptické receptory typu AMPA - depolarizace; spuštění aktivity NMDA receptorů
  + opakovaná stimulace - změna genové exprese, zesílení postsynaptického potenciálu, biochemické změny - tvorba **engramu** - podklad dlouhodobé paměti
    - zvýšení počtu dendritických spines, větší počet synapsí
  + engramy uloženy podle modalit - vizuální v okcipitálním laloku
  + pro jednu vzpomínku je více negramů v různých částech mozku - interakce s jinými paměťovými obsahy, předchozími zkušenostmi, s představami
  + emoční vlivy, uplatnění principu odměny a trestu
  + zlepšení - fysostigmin, amfetaminy, strychnin
* stopa přetrvává celý život, málo používané zanikají nebo se stávájí nevědomými
* **zapomínání** = proces postupného zániku engramů, pokud nejsou používány
  + engram může přetrvat v nevědomé formě - vyvolání hypnózou, halucinogeny, elektrickým drážděním určitých oblastí mozku
* **vyhasínání** = proces postupného zanikání paměťové stopy nesoucí informaci, která není pravdivá
* pro funkci je zásadní prefrontální kortex a bazální ganglia

**PORUCHY PAMĚTI**

* **amnézie** = porucha schopnosti zapamatovat si nové informace, porucha deklarativní paměti
  + izolovaná nebo kombinovaná s poruchou dalších kognitivních i nekognitivních funkcí
  + **izolovaná amnézie**
    - časově ohraničená - **tranzitorní globální amnézie** - anmnestický iktus - porucha epizodické paměti (nepamatuje si nové události) - bezradnost, dezorientace
    - přetrvávající - alkoholový nebo nealkoholový Korsakovův syndrom
  + **kombinovaná** - celoživotní při *mentálních retardacích* - po vytvoření základů kognitivních funkcí okolo 2-5 let; získaná - *demence*
  + **dissociativní amnézie** - psychogenního původu (taky fuga a porucha osobnosti); nevědomé vytěsnění vzpomínek na nepříjemné události; posthypnotická sugesce
  + úplná nebo parciální: parciální s ostrůvky amnézie a zapamatování, většinou nepřesného (deliria)
* **demence** - typická je získaná, přetrvávající, progredující porucha paměti
  + amnézie je většinou první příznak demencí
  + Alzheimerova choroba - porucha epizodické paměti
  + podkorové demence (Parkinsonova choroba) - postižení exekutivních funkcí (motivace, plánování činnosti, seřazení úkonů, provedení, zpětné hodnocení)
* **hypomnézie** = lehčí porucha deklarativní paměti, synonymum: **deteriorace kognitivních funkcí**
  + parciální poruchy uchování paměťové stopy, zkreslení
  + organické poruchy mozku, začátek demencí, únava, léky a toxiny
* **paramnézie** - celkové zkreslení vzpomínky
* **ekmnézie** - časové zkreslení vzpomínky (špatné časové zařazení)
* **kryptomnézie** - paměťové obsahy rázu neúmyslných plagiátů
* **alkoholový palimpsest (okénko)** - časově ohraničená amnézie na pokročilejší úsek ebriety; vzniká až po vyspání (nedojde ke konsolidaci paměťových obsahů)
* **hypermnézie** - nadměrná schopnost si zapamatovat
  + hudební hypermnézie - melodie a texty písní, hypermnézie na čísla (i u osob s mentální retardací), na situace (úzkostné osoby, mánie, paranoia)
  + často na škodu - nadměrné pamatování si zbytečných vzpomínek, neadekvátní zátěž na psychiku, brání soustředění se
  + někdy vázaná na užití halucinogenů
* **Korsakovův syndrom** = porucha vštípivosti, konfabulace, amnestická dezorientace
  + **konfabulace** - pacient odpovídá zdánlivě přiléhavě, ale pokaždé jinak, mimo kontext (okamžitý nápad, kterým vyplňuje mezeru v paměti - podává mylný údaj)
  + amnestická dezorientace - nepamatuje si nic ze základních časoprostorových údajů
  + alkoholová demence, Alzheimerova demence
* **pseudologia phantastica** = bájná lhavost - bohatá produkce představ, v důsledku snížení kritičnosti osoba ztrácí přehled o tom, co je ještě pravdivé

**POZORNOST - PROSEXIE**

* **pozornost** = psychická funkce, zaměřené vnímání, schopnost záměrně vybírat určité vjemy z komplexu vnímaných podnětů
* charakteristiky:
  + **koncentrace** - intenzita, se kterou se zaměřuji na určité vjemy
  + **kapacita** - ukazatel extenzity; počet vjemů, které je člověk schopen sledovat
  + **tenacita** - stálost
  + **iritabilita** - práh intenzity podnětů, které jsou schopny vyvolat pozornost
  + **vigilita** - distribuce, schopnost zaměřit se na jeden podnět
* pasivní (mimovolní) a aktivní (volní)
* **hypoprosexie** - snížení pozornosti, celkové nebo selektivní; u autistického myšlení
  + demence, těžká deprese (selektivní zvýšení na určitou oblast), oligofrenie
  + farmaka - barbituráty, neuroleptika - součást celkového útlumu
* **hyperprosexie** - zvýšení pozornosti, častěji selektivní
  + mánie - zvýšení iritability, tenacity, distribuce pozornosti; pozornost labilní, výrazně osciluje
  + psychostimulancia - zvýšení iritability a kapacity pozornosti na úkor koncentrace
* **paraprosexie** - nesprávné zaměření
  + schizofrenie - zaměření na bludy; oslabení pozornosti vůči vnějšímu světu

**ORGANICKÝ AMNESTICKÝ SYNDROM**

* porucha deklarativní paměti různého stupně a trvání (epizodická a sémantická) - postižení obou složek současně nebo pouze jedné z nich
  + není zasažena paměť procedurální
* dělení:
  + **retrográdní** - výpadek paměťových obsah před vznikem amnézie
  + **anterográdní** - výpadek po vzniku amnézie
  + kombinace - úrazy hlavy,
* podle rozsahu globální nebo parciální
* bez postižení jiných kognitivních funkcí (intelekt)
* postižený je schopen bezprostředně zopakovat učený materiál, ale nedochází ke vštípení, porušena je konsolidace paměti (narušení krátkodobé paměti)
* vznik **amnestické dezorientace**, postižený nahrazuje výpadky **konfabulacemi** - postižený konfabulaci věří, ale nepamatuje si ji - při opakovaném dotazu ji nahradí jinou
* **nealkoholický Korsakovův syndrom** = amnestický sy. s konfabulacemi, amnestickou dezorientací, někdy s emočními změnami (apatie) a nedostatečným náhledem choroby
* **etiologie:** úrazy hlavy (mozkové kontuze, mozková krvácení), krvácení z ruptury cévního aneurysmatu (hlavně v oblasti thalamu), nádory, encefalitidy (herpes viry), hypovitaminózy (thiamin a další B), alkohol (alkoholový Korsakovův syndrom)
  + poškození thalamu, hypothalamu a hipokampu, bazálního telencefala, ložiskové postižení bílé hmoty, které přeruší některé mozkové dráhy
* amnézie může být plně reverzibilní
* **tranzitorní globální amnézie**
  + náhle vzniklá porucha, trvá několik hodin
  + začátek - nepříjemný, stresující zážitek
  + u starších osob
  + postižení epizodické paměti, zachována sémantická a procedurální
  + postižný bdělý, úzkostný, amnesticky dezorientovaný; nemůže se vyznat v aktuální situaci
* **terapie:**
  + léčba základní příčiny
  + nootropika, scavengery ROS, látky modulující mozkový metabolismus

**SYNDROM DEMENCE**

* **demence** = syndrom vzniklý následkem organického poškození mozku včetně metabolických změn bez výrazných morfologických změn
* poruchy, u kterých došlo k deterioraci inteligence od premorbidní úrovně
* hlavní RF: věk (65 let - 2%, 80 let - 15%, 90 let - přes 30% populace)
* **KO: úpadek kognitivních funkcí od původní kapacity**
  + poznávací funkce - paměť, vnímání, fatické funkce, inteligence
  + exekutivní funkce - motivace, plánování, provedení a zpětné hodnocení smysluplné činnosti
  + narušení soudnosti, schopnosti logického uvažování, chápání
  + poruchy nekognitivních funkcí a omezení funkcí - běžné denní aktivity
  + behaviorální a psychické změny - afektivita, emoce, chování, poruchy cyklu spánek-bdění
* **diagnostická kritéria:**
  + vícečetné poruchy kognitivních funkcí
    - porucha paměti
    - aspoň 1 nebo více dalších: afázie (porucha schopnosti tvořit řeč nebo porozumět řeči při zachovalé funkci mluvidel a sluchu); apraxie (neschopnost vykonávat naučené motorické úkony); agnozie (porucha identifikace předmětů); porucha řídících funkcí (abstrakce, plánování, organizování)
  + postižení sociálních a pracovních funkcí v důsledku úpadku kognitivních funkcí
  + postupný nástup a trvalá progrese
* **etiologie:**
  + **primární demence - atroficko-degenerativní původ**
    - Alzheimer, demence s Lewyho tělísky, parkinsonská demence, frontotemporální demence, u Huntingtona, u multisystémové atrofie, vzácné neurodegenerativní dememce, smíšená etiologie
    - vliv akumulace patologických hmot, ROS, poruchy metabolismu mitochondrií
    - vliv poruchy transmise - hlavně ACH
  + **sekundární (smyptomatická) demence**
    - vaskulární, infekční, prionové, metabolicky podmíněné, traumatické, toxické, při endokrinopatiích a hypovitaminózách, u normotenzního hydrocefalu, ostatní
* trvání aspoň 6 měsíců - odlišení od nepravé demence (př. u deprese)
* podle postižené oblasti:
  + **kortikální demence** - postižení kůry
    - poruchy paměti (nové informace), afázie, apraxie, agnózie, poruchy orientace v čase a prostoru
    - Alzheimer, frontotemporální demence, Lewy
  + **subkortikální demence** - podkoří, bílá hmota, BG a thalamus
    - porucha exekutivních funkcí - narušení motivace, rozhodování, seřazení podúkolů, provedení činnosti; extrapyramidové sy., zpomalení psychomotorického tempa, poruchy výbavnosti, deprese
    - Parkinson, Huntington, podkorová vaskulární demence

**PSEUDODEMENCE**

= Ganserův sy (F44.80)

* vzácný fenomén
* typické jsou přibližné nebo zcela nehorázné odpovědi
* nevědomá simulace duševní poruchy
* rozvíjí se u lidí v tíživé osobní situaci (vazební pobyt, válka) – směřuje k úniku z této situace a k vyhnutí se odpovědnosti
* dgn. tehdy pokud splněna obecná kritéria disociační poruchy
* nápadná souvislost mezi rozvojem symptomatologie a psychogenní zátěží

**13. JEDNÁNÍ, CHOVÁNÍ, VŮLE A JEJICH PORUCHY**

* jednání - směřuje k určitému cíli, dáno vůlí a motivací
  + projevy: chování, mimika, gestikulace, postoje
  + motiv = uvědomělý podmět vyvolávající uspokojení potřeb od základních po vyšší

**PORUCHY JEDNÁNÍ**

* **kvantitativní poruchy** - změna psychomotorického tempa
  + **hypagilnost** - ↓ aktivita; tělesná i duševní onemocnění (deprese, schizofrenie, demence)
  + **hyperagilnost** - mnohomluvnost, expanzivní nálada, nadměrná podnikavost
    - mánie, intoxikace, hypertyreóza
  + **agitovanost** - neúčelný neklid, bezcílné pohyby, vystupňovaný stav - pohybová bouře
    - těžká mánie, nesnesitelná úzkost
* **kvalitativní poruchy**
  + **katatonické symptomy** - primitivní psychomotorické projevy

- nemocní často nenavazují kontakt s okolím, ale není porucha vědomí

- vyskytují se v:

* ***produktivní formě*** – nadbytek mimických a pantomimických pohybů, většinou stereotypních, bizarní mimika a gestikulace (grimasování, manýrismus)
* ***stuporózní formě*** – útlum různého stupně, příčina buď psychogenní (náhlý katastrofický a tragický zážitek) nebo endogenní (melancholie, schizofrenie)
* diferenciálně diagnosticky je třeba odlišit stuporózní mrákotné stavy, zpravidla na epileptické bázi (hluboká porucha vědomí s amnézií) a hysterické mrákotné stavy (vědomí je postiženo méně)
  + - **stupor** - neproduktivní katatonie
    - schizofrenie, symptomatické psychózy, reakce na katastrofický zážitek, těžké deprese
  + **flexibilitas cerea** (katalepsie) - pacienta lze polohovat do jakéhokoliv stavu, v něm potom drží - pasivní poloha horizontálně se zvednutou hlavou - psychická poduška, schizofrenie
  + **záraz** - zarazí se v jednání bez příčiny, u schizofrenie
  + **povelový automatismus** - vykoná jen rázně pronesený příkaz bez váhání (přes bolest)
  + **negativismus:** odpor vůči pokynům - **pasivní** - nevyhoví pokynu, **aktivní** - udělá opak
  + **stereotypie, iterace** - mechanické opakování slovních výroků (verbigerace), pohybu nebo mimiky (grimasování)
  + **manýrování**- provádění bizarních a zkarikovaných pohybů a ceremoniálů při jídle, oblékání a jiných běžných činnostech
  + **schizofrenní impuls** - realizace patického nápadu; náhlý čin bez srozumitelné motivace a doprovodného afektu, zachovalá vzpomínka (krátké trvání) = **impulzivní jednání**
    - psychotická porucha - uznávána jako nepříčetnost
    - dlouhodobé impulzivní jednání: kleptomanie, pyromanie, dromomanie (chorobná toulavost)
    - **sekundární impulz** - vzniká vybitím velkého napětí
      * je doprovázen silnou emocí – vztekem, trvá krátkou dobu
  + **raptus** - explozivní, bouřlivé chování s agresí vůči okolí nebo vlastní osobě
    - schizofrenie, těžká úzkostná deprese
  + **automatismy** - pohybový stereotyp; volně ovlivnitelný, ale při poklesu pozornosti se opět objeví; shizofrenie, mentální retardace, hospitalizační syndrom dětí, málo podnětů (nuda)
  + **zkratkové jednání** - vede k cíli nejkratší cestou, bez rozmyslu, zbrkle; někdy i s přípravou
    - plánovaná sebevražda; nepovažuje se za chorobné jednání
  + **tiky** - zafixované mimovolní, rychlé, opakující se pohyby; na chvíli potlačitelné vůlí
    - motorické nebo vokální - zvuky, slova, věty, často obscénní

**PORUCHY VŮLE**

* **hypobulie** - snížení volní aktivity (nerozhodnost) - deprese, simplexní schizofrenie, demence, únava, somatická onemocnění
* **abulie** - ztráta volní aktivity
* **hyperbulie** - zvýšená životní energie a elán; součást osobnosti, paticky u mánie (krátkodobě)
* **apatie** = hypobulie + emoční otupělost

**14. SUICIDÁLNÍ JEDNÁNÍ A SEBEPOŠKOZOVÁNÍ**

**PUD SEBEZÁCHOVY**

* vrozená obranná reakce na zachování vlastní existence - projevuje se: („fight or flight“) - agresivním chováním/útěkem; vzácně thanatosis (stupor)
* poruchy pudu sebezáchovy – projevují se ***sebepoškozováním*** (automutilací)
* u některých povahových abnormalit, těžkých depresí, schizofrenie přikládání cigerety na kůži, autokastrace, amputace prstů
* nejzávažnější projev – ***sebevražda*** (suicidium)

**SUICIDÁLNÍ JEDNÁNÍ**

* sebevražda = uskutečnění dobrovolného rozhodnutí připravit se o život
* přání zemřít, volba prostředků k uskutečnění (x nechtěnému sebezabití a sebeobětování)
* jediná možnost, jak se s ní setkat pro psychiatra - **sebevražedný pokus** (tentamen suicidii) 3x-8x častěji než dokonaná sebevzažda
* spíše než přání zemřít šlo o zastrašování, vydírání okolí, snaha získat výhody, vyhnout se odpovědnosti, důrazné upozornění na svou neúnosnou situaci („volání o pomoc“)
* ***demonstrativní suicidální pokusy*** – typické pro histrionské osobnosti
* **incidence** **-** celosvětově asi 1 milión dokonaných sebevražd ročně
  + trend není moc nadějný – zhoršuje se zvláště u mládeže
  + v ČR ročně 17 suicidií na 100 000 obyvatel (nejvíce v Litvě 46 sebevražd na 100000)
  + obecně lze říci, že počet klesá směrem na J a Z
* **hlavní příčiny -** akutní nebo chronické *zátěžové situace*, lehčí depresivní a zkratkovité reakce
  + *bilanční sebevražda**-* vychází z každému srozumitelné motivace – uniknout neodvratnému utrpení: nevyléčitelná trýznivá choroba, internace v koncentračních nebo zajateckých táborech, kruté výslechy apod.
    - nevychází z duševní odchylky či poruchy
  + *afektivní psychózy* a *schizofrenie* – důkladně až drasticky provedené dokonané sebevraždy (cca1/3)
  + velký význam má *návykové požívání alkoholu a drog*
    - závislí na alkoholu - sebevražda 5 – 15x častěji
    - u drogově závislých – obdobné + část sebevražd se překrýva s předávkováním pocit prohry při relapsu, psychosociální důsledky
  + *pokročilý věk* (60 a víc)
    - nejvyšší sebevražednost, dokonaná suicida převažují nad pokusy
    - motivace: vleklá nebo infaustní onemocnění, skleslá nálada, psychologické nevýhody stáří (ubývání přátel, odchod do důchodu, rostoucí izolovanost)
  + *věk 15 – 19*
    - druhé rizikové období 2x-3x více u chlapců
    - rostoucí konzumace alkoholu a návykových látek, nedostatek času a zájmu ze strany rodičů, časté rozpady rodin, rostoucí agresivita a šikanování ve škole
  + **presuicidální sy**
    - u dětí a adolescentů
    - zvrat zlosti a agrese obrácené proti sobě (anger-in) v agresivitu vůči okolí (anger-out), zejména vůči rodičům
    - může také přejít v difuzní agresivitu spojenou s impulzivitou, podrážděností, disociální aktivitou, provokativním chováním zvláště proti autoritě
    - často předcházejí školní neúspěchy, záškoláctví, suicidia často neuvážlivý, zkratkovitý charakter
* **rizikové faktory**
  + zužování zájmů a kontaktů, skleslost, úvahy o smrti
  + někdy sdělované sebevražedné fantazie až konkrétní plán provedení
  + před provedením až nezvyklý klid, přerušení slovních kontaktů
  + výskyt sebevražd v rodinné anamnéze
  + předcházející suicidální pokusy a pohrůžky sebevraždou
  + nadměrné pití a zneužívání drog
  + skoro všechny formy depresivní poruchy, zvláště psychotické s úzkostí, agitovaností, autoakuzačními a hypochondrickými bludy
  + zdánlivé zlepšení deprese při medikamentózní léčbě (zvýšení dynamogenie aniž by se zlepšila nálada) – dostanou sílu k tomu to udělat
  + dlouhodobé poruchy spánku, pocity osamělosti a izolace, chybění náboženské nebo jiné víry, existenční starosti, některé povahové vlastnosti
* **prevence a léčba**
  + zčásti se kryjí s včasným zjištěním a léčením depresivních nebo jiných duševních poruch
  + skoro polovina dojde k praktikovi – se somatizujícími, larvovanými depresemi – léčba omezena
  + řada suicidujících je spíš nešťastná než nemocná - linka důvěry, centra krizové intervence
    - snaha navázat kontakt
    - projevit lidskou účast a porozumění
    - zvolit další postup (např. zapojení do psychoterapeutické skupiny)
* **forenzní hledisko**
  + **rozšířená sebevražda** - zároveň zabije děti nebo jiné rodinné příslušníky (obvykle z altruistického úmyslu – pod vlivem bludů se domnívá, že jim hrozí ožebračení a záhuba, nepsychotik nechce nechat děti osiřelé apod.)
  + **účast na sebevraždě** - někdo někoho k sebevraždě pohne nebo mu napomáhá (hrozí 3-6 let vězení) párová sebevražda – 1 přežije a ještě si může jít sednout
  + **párová sebevražda** – nešťastní milenci, staří nemocní manželé
  + **hromadné sebevraždy** - pseudonáboženské sekty – kriminální pozadí vůdce sám se neúčastní a ponechává si majetek obětí



**SEBEPOŠKOZOVÁNÍ**

* automutilace
* povahové abnormality, těžké deprese, schizofrenie
* přikládání hořících cigaret k vlastní pokožce, autokastrace, vypichování očí, amputace prstů
* nejzávažnějším projevem je sebevražda

**15. INTELEKT A JEHO PORUCHY**

* ***inteligence*** – schopnost vhodně používat nashromážděné poznatky a vědomosti
  + slouží k orientaci v širokém slova smyslu, k rozhodování, zaujímání postojů a řešení
* ze stejného slovního základu (intellegere = vědět, porozumět) pochází slovo ***intelekt*** = označuje se tak jen množství nashromážděných vědomostí
* úroveň inteligence je dána:
  + dědičností (až 50%)
  + zevním působením výchovou, školou, povoláním, zálibami
* podle toho, ve které oblasti se inteligence nejzřetelněji u jedince projevuje:
  + inteligence ***abstraktní***, ***praktická*** a ***sociální***
* rozvíjí se s postupujícím věkem, vrcholu dosahuje kolem 20 let, poté dochází k velmi pomalému ubývání, které je ale bohatě kompenzováno zkušenostmi
* inteligenci měříme pomocí inteligenčního kvocientu (IQ)
  + u dětí - (mentální věk **:** kalendářní věk) x 100 (dosažený výkon **:** výkon stanovený pro danou věkovou kategorii a tento podíl x 100)
  + u dospělých – ve jmenovateli hodnota odpovídá průměrnému výkonu populace
  + u testů je nutné podávat plný výkon, u dětí často několik vyšetření v průběhu času
  + **podprůměr**:70 – 89 (zahrnuje se ještě do oblasti širší normy)
  + **IQ norma**: 90 - 109
  + **nadprůměr**: 110 - 119
  + **zjevný nadprůměr**: 120 - 129
  + **vysoký nadprůměr**: 130-139
  + **genialita**: 140 a vyšší
* ke kvalifikovanému hodnocení inteligence je kompetentní klinický psycholog, který využívá výkonových testů
  + ***Wechslerův (WAIS-R)*** *-* zjišťuje inteligenci verbální, tak nonverbální
  + ***Ravenův test*** *-* nonverbální test, spočívá v doplňování chybějících obrazců v úlohách s narůstající obtížností

**PORUCHY INTELEKTU**

* **mentální retardace** (dříve oligofrenie) – pokud jsou poruchy vrozené nebo získané běhemprvních dvou let života
* termín zavádí, dítě mentálně retardované může defekt dorovnat, oligofrenní ne
* vzniknou-li od konce 2. roku – hovoří se o **demenci**
* dle závažnosti rozlišujeme:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **lehká** mentální retardace |  | (dříve **debilita**) | IQ: 50 – 69 |
|  | **středně těžká** mentální retardace | | (dříve **imbecilita**) | IQ: 35 – 49 |
|  | **těžká** mentální retardace |  | (dříve **idiocie**) | IQ: 20 – 34 |
|  | **hluboká** mentální retardace | (dříve **vegetativní idiocie**) | | IQ pod 20 |
|  |  |  | |  |

* jednotlivé stupně se od sebe liší nejen intelektovou úrovní, ale i chováním, úrovní myšlení, emotivitou, defektním vývojem osobnosti
* u nižší inteligence nutno zjistit, zda je vrozená
* osoby nedovedou poznat nebezpečí, myšlení jednostranné, špatná schopnost abstrakce, sugestibilita
* nutné znát úroveň pacientova intelektu v předchorobí (vzdělání)
* pacientovi neříkáme, že zjišťujeme jeho rozum, inteligenci nebo jak je blbej, ale že vyšetřujeme jeho soustředění, dáváme mu jednoduché početní úkoly, ptáme se, co je hruška, banán

**16. OSOBNOST A JEJÍ PORUCHY**

**OSOBNOST**

* souhrn všech psychických a tělesných vlastností jedince, neboť na jejím utváření se podílejí vlivy biologické, psychologické a sociální, které ji udržují v dynamické rovnováze
* každý psychicky zdravý jedinec se považuje za jedinečného - **pocit „jáství“**
  + představuje vrcholnou integraci všech složek osobnosti a je podstatou jádra osobnosti
* navenek se osobnost projevuje uceleným souborem vlastností, který se označuje jako **povaha**
  + jedinec se slabou nebo silnou povahou (dle schopnosti prosazovat svoji vůli)
* **charakter** - v užším slova smyslu se rozumí etická hodnota jedince, jeho morální úroveň
* **temperament** - životní tempo, způsob emočního reagování, opět tedy trvalá vlastnost
* Hippokrates: dělí osoby na:
  + **sanguiniky** (živý, společenský, energický, rychle reagující)
  + **choleriky** (vznětlivý, vytrvalý až fanatický)
  + **flegmatiky** (klidný, pomalý, houževnatý)
  + **melancholiky** (uzavřený, plachý, citlivý, zranitelný)za základ bere temperament
* Kretschmer: sleduje zároveň somatický i psychický typ
  + **pyknik** (sklon k obezitě, objemnější trup, kratší končetiny, sklon k obezitě, robustní,živý, přizpůsobivý, s výkyvy nálad)
  + **leptosomní typ** (štíhlý, plochý hrudník, křehké kosti, přecitlivělý, někdy podivínský
  + **atletický typ** (mohutná svalovina, široká ramena, vyrovnanost, střízlivost)
  + **dysplastický typ** (zbytek)
  + typ pyknik a leptosomní jsou krajními projevy normy
  + většina lidí osciluje mezi oběma typy – **typ normostenický**
  + vedle somatotypů určil Kretschmer ještě *psychické konstituční typy*:
    - schizotymní (tíhnou k samotářství, snadno zranitelní, plaší nebo nedůtkliví se sklonem k abstraktnímu myšlení)
    - cyklotymní (lidé s živou emotivitou, společenští, realističtí)
    - viskózní (klidná emoční reaktivita, spíše pasivní a flegmatické)
  + spojoval jednotlivé somatotypy s dispozicí k rozvoji (klinicky to tam i trochu je)
    - schizofrenii (typ leptosomní)
    - afektivních poruch (typ pyknický)
* Jung: dělí osoby podle postoje k jiným lidem na **introvertní** a **extrovertní**
* I.P.Pavlov
  + typ umělecký s převahou 1. signální soustavy
  + typ vědecký intelektuální s převahou 2. signální soustavy
  + podle vztahu procesu podráždění a útlumu určil:
    - typ slabý (melancholik dle Hippokrata)
    - silný nevyrovnaný (cholerik)
    - silný vyrovnaný nepohyblivý (flegmatik)
    - silný vyrovnaný pohyblivý (sangvinik)
* Sheldon: viscerotonní - užívání života, somatotonní - asertivní, cerebrotonní osobnost - výrazná sebekontrola, symbolické vyjadřování místo přímé akce
* problém je v tom, že mnoho lidí je třeba zařazovat někam mezi typy, kde se ty charakteristiky stírají
* podle typu osobnosti různě reagují ve stresových situacích
  + agrese
  + únik (odchod, sebevražda)
  + racionalizace (nehledají problém v sobě, ale v situaci)
  + kompenzace - neúspěch někde se snaží kompenzovat úspěchem jinde
  + hyperkompenzace
* nejlépe nám vlastnosti nemocného přiblíží příbuzní a známí, něco vyčteme i z dosaženého vzdělání, z vysvědčení, záliby
* často mnoho řekne „první pohled“ - ale může být klamný!
* základní rysy může odhalit grafologie
* projektivní testy - umožňují rozličný výklad, popis situací na obrázku, jaký děj tam probíhá, pacient do toho projikuje náladu, problémy
  + Rorschachův test - abstraktní motýlovité tvary
* je i mnoho různých testů osobnosti - způsob reagování apod.
* drobné odchylky, které nelze považovat za patologie:
  + **akcentovaná osobnost** – člověk je obdařen nějakou nápadněji vyvinutou vlastností (např.výbušnost, zranitelnost), ale ještě to není v míře příliš vzdálené od normy
  + **osobnost anomální** – jsou-li odchylky výraznější
* hodnocení osobnosti:
  + vychází se především z klinického vyšetření
  + velkým pomocníkem je tzv. ***objektivní anamnéza*** (získaná od nejbližších rodinných příslušníků – rodiče, partneři, děti) – přímé dotazy na povahu mnozí pacienti odbudou (nemohou hodnotit)

**PORUCHY OSOBNOSTI**

* **depersonalizace** - poměrně běžná poruch subjektivního prožívání vlastního já, bývá řazena též mezi poruchy vnímání
* **transformace osobnosti** - vzácně se vyskytující vážná porucha, s níž se lze někdy setkat u schizofreniků
  + nevývratné přesvědčení jedince, že je někým jiným, než je ve skutečnosti (ignoruje vlastní identitu)
  + pokud si ji ponechá a další osobnost k ní přidá - *apersonalizace*
  + *rozpad osobnosti (dezintegrace)*
    - u pokročilých demencí a chronické schizofrenie
    - projevuje se přerušením vědomí kontinuity, ztrátou zájmů a citových vztahů, roztříštěným myšlením (až do pohody slovního salátu) a vyhaslou emotivitou
* **alterace osobnosti** - je vzácná porucha disociačního charakteru
  + velmi vzácná porucha u histrionských osobností, střídání dvou i více identit jedince
  + předpokládá se i současná kvalitativní porucha vědomí
  + vyskytuje se u osob s histrionskými rysy
  + projevuje se tak, že jedinec náhle ztrácí svojí původní identitu a vystupuje jako osobnost jiná, přičemž na dřívější zážitky má amnézii
  + většinou si na děje spojené s životem v druhé formě osobnosti nepamatuje
  + porucha se může opakovat a jedinec se navrací k již známé předchozí změně
* **rozštěp osobnosti** - historicky staré označení (dotazy příbuzných schizofreniků)
  + zlom životní linie – zásadní změna ve vývoji povahy nemocného
* **depravace osobnosti** - znamená její úpadek se sklonem k disociálnímu jednání
  + dochází k nim u jedinců závislých na psychotropních látkách (alkohol, drogy)
* **specifické poruchy osobnosti** - dříve dg. jako osobnosti psychopatické, psychopatie
  + hanlivý přídech → z oficiální terminologie vymizelo
  + může nastat v důsledku:
    - organického poškození mozku (F07) – po kontuzi
    - vlivem dlouhodobého zneužívání psychoaktivních látek (F10-F19) jako projev schizofrenie (F20.5)
    - jako reakce na prodělané psychické onemocnění (F62.1) důsledek katastrofické zkušenosti (F62.0)

**17. AGRESE A NÁSILÍ**

* **teorie instinktu**
  + ***agresivní instinkt***
    - přišel s tím Freud
    - vědomé jednání je determinováno neuvědomělými silami - pudy (jejich energetický potenciál spontánně narůstá, vyvolává tenzi a nutí k vybití) - primárně zaměřen proti okolí
    - lze s ním manipulovat, měnit jej v méně nebezpečné formy, ale zcela potlačit ho nelze
  + oblasti, odkud možné umělým drážděním vyvolávat projevy vzteku a agrese (x našli se i antagonistické oblasti)
  + terapeuticky se to však nevyužívá, výsledky jsou nespolehlivé
* **biochemické hypotézy**
  + fce neurotransmiterů a jejich receptorů
  + serotonin
    - hlavní inhibiční úloha při řízení agrese či násilí
    - nefce → impulzivní násilnické chování
    - → protiagresivní léčba (preparáty působící na serotoninergní receptory)
  + katecholaminy (NoA a dopamin)
    - zvyšují podrážděnost a pohotovost k útoku
  + alkoholové hypoglykémie (alkohol snižuje serotonin)
  + anabolické steroidy ve vyšších dávkách než terapeutická – možné záchvaty zuřivosti a destruktivity („steroid rage)
  + není pravý instinkt, jde o preformovanou reakci v organismu
* **teorie učení**
  + podmiňováním, nácvikem a učením lze vychovat jak agresivní, tak nebojovná zvířata
  + **agrese** - je to jednání, které je zdrojem škodlivých podnětů pro jiný organismus
    - slovní (urážky, nadávky, pomluvy), proti věcem, zvířatům, lidem
    - *zlost* a *vztek -* afekty doprovázející některé formy agrese
      * fyziologicky připravují organismus na boj
  + **agresivita** - vnitřní tendence reagovat útočným způsobem
    - může být zvýšená – geneticky, výchovně nebo i chorobně
  + **násilí**  - někdy synonymum agrese
    - přesněji ve významu neadaptivních, abnormálních forem agrese, o její degeneraci, která provází pouze lidské chování (nikoliv zvířecí)
    - lidské násilné chováníje ovlivněno:
      * princip odměny a trestů
      * nápodoba, učení, afektivita, předchozí zkušenost (úspěšné násilí má posilující efekt), pocity ohrožení nebo frustrace
      * ***násilí individuální***
        + odvozeno hlavně z genetických, chorobných a toxikomanických aj. vlivů a z defektního výchovného a sociálního prostředí
        + uplatňují se hlavně 4 faktory:
        + hrubosti a násilí v rodině
        + tolerování nebo podněcování dětské agresivity a egocentrismu
        + nedostatek rodičovské péče, zájmu
        + geneticky přenášená predispozice a nízká úroveň vzdělání
      * ***skupinové (kolektivní) násilí***
        + obvykle ideologicky podloženo, organizováno, povzbuzováno
        + vštěpováno nápodobou, identifikací, davovou sugescí, někdy i finančně podporováno jedinci, jejichž násilné sklony byly posilovány a odměňovány se mnohem pravděpodobněji zúčastní nebo budou iniciovat další akce

**PATOLOGIE NÁSILÍ**

* u psychotiků
  + schizofrenie
    - násilné projevy nejvýraznější na počátku onemocnění
    - zvláště u paranoidního typu
  + vraždy spáchané psychotiky 5-13%
    - chybí motiv, není snaha zastření činu, impulzivita, blízký emoční vztah (zvláště oni se dopouštějí vražd rodičů), brutální provedení a úplná lhostejnost po činu
* epilepsie
  + nejnebezpečnější při temporální epi u mrákotných stavů
  + podíl povahové změny nebo počínající demence
* mozková dysfce
  + nečekaná, impulzivní agresivita, včetně sexuální vraždy
  + hl. u mladých, sklon k asociální delikvenci
  + snížená hladina serotoninu
  + jde o narušení sebekontroly, projevuje se hyperkinezí, neklidem, těkavostí
* paranoici a sudiči
  + mimořádná hostilita, podezíravost, projikování vlastních pocitů na ostatní – třenice – někdy vyústí až k plánování vraždy
* poruchy osobnosti
  + pravá doména výtržníků, vandalů, lupičů, vrahů, sexuálních a jiných násilníků
  + 63% ze 150 pachatelů vraždy
  + celkový poměr na zločinnosti 30%, zvláště delikvence násilné – přes 40%
* skupina vrahů jako celek – do značné míry z defektních osob s nižší průměrnou inteligencí
* **spouštěcí mechanismy:**
  + alkohol
    - považován za nejmocnějšího podněcovatele násilí
    - snižuje hladinu tryptofanu, serotoninu, ale i thiaminu a cukru (na ně mozek citlivý)
    - potlačuje zábrany, podněcuje žárlivost, vede k afektivně zkratkovému jednání
    - podněcuje sexuální pudovou složku, brutalizuje vztahy v rodině
    - důležité psychologické a situační momenty (hospoda) x sám alkohol vyvolá agresi zřídka
    - požití alkoholu u cca 50% vražd, k ¼ vražd by vůbec nedošlo
    - x není to jen alkoholem – alkohol a delikventní sklony – stejné genetické a sociálně psychologické zdroje
    - alkoholik často také obětí vraždy – týraná manželka, loupežné přepadení
  + pervitin, kokain, halucinogeny, stimulancia, zvláště nebezpečné v kombinaci s alkoholem
    - boje gangu
    - získávání peněz na drogu (krádeže, loupeže)
    - rychlá degradace osobnosti + psychotické komplikace (deliria, halucinace, paranoidně schizoformní)
* **vlna násilí a kriminality:**
  + poslední vlny: nacismus a komunismus
  + USA vedou v oblasti vražd, ublížení na zdraví, loupeží
  + příčiny: migrace do měst bez tradičního zázemí, přelidnění, vysoká produktivita práce a úpadek duchovních hodnot
  + vzestup kriminality po pádu totality (obávali se SB a tvrdých trestů) – z 120000 na 400000/rok (o 330%)
  + zločinnost spojená s hracími automaty
  + změna osobností pachatelů (mnohem méně klasické psychopatologie, často mladí, s nezávadnou výchovou, s čistým rejstříkem)
  + zvýšila se úroveň intelektu
* násilí - typ chování, spojeno s různou psychopatologií - termíny:
  + **agrese** - fyziologická odpověď, směřuje k přežití organizmu
  + **násilné chování** - patologická agrese, se smyslem někoho záměrně poškodit
  + **agitovanost** - špatně organizovaná a psychomotorická aktivita (z duševní nepohody)
  + **verbální agrese** - vyhrožování a urážky, mohou být doprovázeny agitovaností
  + **antisociální chování** - komplexní chování od verbální agrese až po násilné chování s nedostatkem empatie
  + **pasivní agresivita** - nenásilní chování aktivně znemožňující dosažení rozumného kontaktu
  + **hostilita** - nepřátelský postoj jedince k jinému jedinci, nemusí se projevit násilím
  + **psychopatie** - porucha s impulzivitou, sebepřeceňováním, patologickou lhavostí
* **agrese a CNS:**
  + tlumivý účinek prefrontálního kortexu (orbitofrontální a frontomediální)
  + aktivace - útlum prefrontálního kortexu, aktivace amygdalárních okruhů a limbického systému (snížení denzity amygdaly, redukce hipokampu)
    - amygdala - nevědomé zpracování, ukládání a vybavování emočně významných informací (centrum emoční paměti)
    - hipokampus - ukládání a vybavování informací deklarativní paměti
* **terapie** - obecné zásady při jednání s agitovaným pacientem (nebýt s ním sám, neverbální signály), intervence - deeskalace (vyhodnocení situace, komunikace, taktiky vyjednávání)
  + farmakoterapie - dle etiologie
    - akutní nepsychotické násilné chování - benzodiazepiny (i.v. pomalu!/p.o)-midazolam
    - perzistentní nepsychotické násilní chování - SSRI, betablokátory
    - akutní psychotické násilné chování - určení etiologie:
      * jako nežádoucí účinek antipsychotické léčby (akatizie) - úprava medikace
      * při úzkostných symptomech - benzodiazepiny-diazepam p.o, midazolam i.m
      * při násilném chování - antipsychotika, benzodiazepiny
    - perzistentní psychotické násilné chování - clozapin, thymoprogilaktika, BB

**18. PRÁVNÍ POSTAVENÍ DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH, STIGMA DUŠEVNÍ NEMOCI A ZÁSADY PŘÍSTUPU K DUŠEVNĚ NEMOCNÉMU (VČETNĚ HOSPITALIZACE A LÉČBY BEZ SOUHLASU PACIENTA)**

* normální stav: pacient rozhoduje o tom, zda se podrobí vyšetření a terapii
* duševní onemocnění: postižení schopnosti vnímat normy chování, možná společenská nebezpečnost
* normy: občanský zákoník, trestní zákoník, trestní řád, zákoník práce atd.
* při převozu do nemocnice je nutno posoudit, jak moc je aktuálně pacient schopen o sobě rozhodnout, jak ovlivňuje nemoc jeho svobodnou vůli, zda je bezprostředně společensky nebezpečný
  + společenská nebezpečnost není nijak právně vymezená - podle projevů, ideologického klimatu ve společnosti
* **práva duševně nemocných**
  + nemusí si být vědom svých práv, může je chápat zkresleně nebo je nechápat vůbec
  + většina duševně nemocných nemusí být schopna svá práva prosadit
  + **deklarace práv duševně nemocných**
* **poučení nemocného**
  + povinnost informovat nemocného nebo členy jeho rodiny - všechny informace ve zdravotnické dokumentaci nebo v zápisech, které se vztahují k jeho zdravotnímu stavu; nesmí se dozvědět informace o třetí osobě
  + právo na pořízení opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace
  + určení osoby, které budou poskytovány informace/zákaz poskytování informací komukoliv
  + informace o diagnostickém a léčebném postupu
  + informace podle aktuálního duševního stavu, netraumatizovat
  + nezpůsobilost k právním úkonům, pokročilá demence - informace opatrovníka nebo blízkého člena rodiny
* **souhlas nemocného**
  + informovaný svobodný souhlas s diagnostickými a výkony; v případě, že pacient odmítá, je nutno nechat ho podepsat revers
  + u souhlasu je nutný podpis jenom na některé úkony - hospitalizace v psychiatrické léčebně, elektrokonvulzivní terapie
  + revers musí být svobodný, informovaný, se znalostí právních důsledků, zaznamenání rizika, které plyne z odmítnutí výkonu
  + revers je neplatný, pokud ho podepíše osoba nezpůsobilá k právním úkonům nebo osoba, která v důsledku akutního psychického onemocnění není právních úkonů schopná
  + při výkonu nutném k záchraně života lze provést cokoliv bez souhlasu pacienta, opatrovníků, rodičů a spol.
  + bez souhlasu lze hospitalizovat, pokud je psychicky nemocný nebo intoxikovaný tak, že ohrožuje své okolí, nebo když je nutné na něm zasáhnout za účelem záchrany života
* **povinná mlčenlivost**
  + podle zákona o zdravotních službách - povinnost zachovat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se zdravotník dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání, kromě případů, kdy informace sděluje se souhlasem pacienta nebo když byl této skutečnosti zproštěn v důležitém státním zájmu
  + **oznamovací povinnost - zvláštní skutečnosti**
  + lze porušit, když se potřebuji obhajovat v trestním řízení
  + souhlas s poskytnutím údajů musí pacient vždy vyjádřit písemně (pouze zletilý pacient); i státním orgánům až po vyjádření souhlasu
  + obecnímu úřadu lze hlásit, že pacient nesplnil podmínky pro udělení řidičského průkazu
* demence, organický amnestický syndrom, poruchy osobnosti a poruchy chování organicky podmíněné, akutní, chronické nebo neléčené psychotické poruchy, mentální retardace, pervazivní vývojové poruchy
* závislost na alkoholu a jiných omamných látkách
* další výjimka: důvodné podezření ze spáchání trestného činu
* **nahlížení do dokumentace**
* pacient, určená osoba, zdravotníci, osoby blízké zemřelému pacientovi

**HOSPITALIZACE BEZ SOUHLASU NEMOCNÉHO**

* indikace podle zákona o zdravotních službách:
  + nemoci, u kterých lze uložit povinné léčení
  + osoba, která jeví známky duševní choroby nebo intoxikace a ohrožuje sebe nebo své okolí
  + když vzhledem ke stavu není možné si souhlas vyžádat a výkon je nutný pro záchranu života a zdraví
* hospitalizace bez souhlasu se musí hlásit do 24 hodin soudu (pokud do té doby nemocný neprojeví souhlas) - ten do 7 dnů musí vydat **usnesení o přípustnosti převzetí pacienta do ústavu bez jeho souhlasu** - výslech pacienta a ošetřujícího lékaře
  + následně řízení o přípustnosti dalšího držení pacienta v ústavu - nezávislý soudní znalec - do 3 měsíců
  + držet pacienta můžu max 1 rok, potom se musí obnovit proces rozhodnutí
* hlásím i tehdy, kdy není možné pacienta propustit, ale ten odmítl další ústavní péči
* nebezpečný okolí pouze bezprostředně a vážným způsobem
* hospitalizace u pacienta potenciálně nebezpečného možná pouze v případě ochranného léčení
* po skončení stavu, kdy je pacient nebezpečný, ho nelze dále držet v hospitalizaci, i kdyby to jeho zdravotní stav vyžadoval
* když pacient opustí ústav - oznámení o útěku pacienta, s žádostí o zadržení
* nehlásí se u: souhlasu opatrovníka u osob zbavených způsobilosti, ochranné léčby a při hospitalizaci po rozhodnutí soudu
* dopravu osob do ústavu zajišťuje zdravotnická záchranná služba; pokud by je pacient ohrožoval, potom za pomoci policie nebo hasičů
* ochranné léčení - povinné léčení stanovené soudem pro pachatele trestného činu, který trpí duševní poruchou
  + v situaci **vymizení rozpoznávací schopnosti** - vlivem duševní poruchy přestal vnímat, co je společensky únosné a co ne
  + uzná se nepříčetným - není za svůj čin trestně zodpovědný - zabezpečovací detence (ústav se zvláštní ochranou)
  + zmenšená příčetnost - jen částečně

**ZPŮSOBILOST K PRÁVNÍM ÚKONŮM**

* svéprávnost
* začíná 18. rokem, část už od 15 let
* zbavení způsobilosti - zajištění práv, zejména majetkových, pro duševně nemocné osoby; rozhoduje soud na základě psychiatrického posudku
* nový občanský zákoník bude připouštět pouze omezení svéprávnosti
* řeší občanský soud
  + návrh - státní orgán, zdravotnické zařízení, sociální péče, způsobilá osoba, sám soud
  + nutný znalecký posudek
* za osobu zbavenou způsobilosti řeší právní úkony soudem určený opatrovník
* zbavená osoba nemůže vykonávat některé majetkoprávní a pracovněprávní úkony - musí být jasně vymezeny
* nezpůsobilost nevylučuje trestní zodpovědnost

**19. SODNĚ ZNALECKÁ ČINNOST PSYCHIATRIE (SVÉPRÁVNOST, OCHRANNÉ PSYCHIATRICKÉ LÉČENÍ, ZABEZPEČOVACÍ DETENCE, HODNOCENÍ BOLESTNÉHO, ZTÍŽENÍ SPOLEČENSKÉHO UPLATNĚNÍ)**

* odvětví psychiatrie, zabývající se diagnostikou, terapií a prevencí duševních poruch ve vztahu k právním normám
* mezioborový charakter, provázána se soudní sexuologií, psychologií a soudním lékařstvím
* hlavně diagnostická činnost (soudně znalecká posudková činnost), léčebně preventivní činnost, konzultační a výzkumnou
* ***soudní znalci*** *-* odborníci jmenovaní ministrem spravedlnosti nebo předsedou Krajského či Městského soudu, jsou zapsaní v seznamech soudů, seznamy jsou veřejné
  + jsou povinni vypracovat znalecké posudky na žádost státních orgánů, právnických i fyzických osob
  + vede se seznam ústavů, kde to lze provádět
  + zabývají se problematikou duševních poruch ve vztahu k trestnímu, občanskému i správnímu právu
* ***ochranná léčba*** *-* léčebně preventivní činnost (ochranné léčení) - vykonávají všichni lékaři pracující v oboru - ve standardních zařízeních
* ***svéprávnost*** - způsobilost [právně jednat,](http://cs.wikipedia.org/wiki/Pr%C3%A1vn%C3%AD_jedn%C3%A1n%C3%AD) například uzavírat jakékoli smlouvy p
  + podle § 4 odst. 1 [občanského](http://cs.wikipedia.org/wiki/Ob%C4%8Dansk%C3%BD_z%C3%A1kon%C3%ADk_(%C4%8Cesko,_2012)) [zákoníku](http://cs.wikipedia.org/wiki/Ob%C4%8Dansk%C3%BD_z%C3%A1kon%C3%ADk_(%C4%8Cesko,_2012)) platí vyvratitelná [právní domněnka,](http://cs.wikipedia.org/wiki/Pr%C3%A1vn%C3%AD_domn%C4%9Bnka) že každá svéprávná osoba má rozum průměrného člověka i schopnost jej užívat s běžnou péčí a opatrností a že to každý od ní může důvodně očekávat
  + není-li osoba plně svéprávná, je její právní jednání, ke kterému není způsobilá, neplatné
  + *nabytí svéprávnosti**-* plné svéprávnosti nabývá člověk [zletilostí,](http://cs.wikipedia.org/wiki/Zletilost) tedy dovršením 18 let věku
    - nezletilý není plně svéprávný, je způsobilý jen k takovým právním jednáním, která jsou svou povahou objektivně přiměřená rozumové a volní vyspělosti jeho vrstevníků
    - před nabytím zletilosti se plná svéprávnost získává jejím přiznáním (*emancipací*) nebo uzavřením [manželství](http://cs.wikipedia.org/wiki/Man%C5%BEelstv%C3%AD)
    - svéprávnost může podle § 37 občanského zákoníku přiznat jen [soud,](http://cs.wikipedia.org/wiki/Soud) a to pouze na návrh, dosáhl-li nezletilý 16 let věku, se souhlasem jeho [zákonného zástupce](http://cs.wikipedia.org/wiki/Z%C3%A1konn%C3%BD_z%C3%A1stupce) (nebo nezletilého, podá-li návrh zákonný zástupce), a pokud se prokáže jeho schopnost samostatně se živit a obstarávat si své záležitosti, případně je-li to z vážných důvodů v jeho zájmu; druhou možností získání plné svéprávnosti je uzavření manželství, dosáhl-li nezletilý také 16 let věku - v takovém případě se pak takto nabytá svéprávnost neztrácí ani případným zánikem manželství, ani jeho prohlášením za neplatné
  + *omezení svéprávnosti**-* jednou získané svéprávnosti se nelze ve smyslu § 16 občanského zákoníku nikdy vzdát
    - na rozdíl od dřívější způsobilosti k právním úkonům ji nelze ani člověka zcela zbavit - je možné ji jen podle § 55– 65 občanského zákoníku omezit, jestliže je to v jeho zájmu a pokud nepostačí mírnější opatření, zejména v případě trvalé [duševní poruchy](http://cs.wikipedia.org/wiki/Du%C5%A1evn%C3%AD_porucha)
    - o omezení svéprávnosti rozhoduje po zhlédnutí osoby opět pouze soud, přičemž v [rozsudku](http://cs.wikipedia.org/wiki/Rozsudek) vždy vymezí rozsah omezení a zároveň jmenuje [opatrovníka](http://cs.wikipedia.org/wiki/Opatrovnictv%C3%AD)
    - každé omezení trvá nejdéle tři roky, lze je však opakovaně prodloužit, i rozhodnutí o omezení svéprávnosti nicméně člověka nezbavuje práva samostatně právně jednat v běžných záležitostech každodenního života
    - ještě než je o omezení svéprávnosti rozhodnuto, může každý v očekávání vlastní nezpůsobilosti právně jednat [předběžným prohlášením](http://cs.wikipedia.org/wiki/P%C5%99edb%C4%9B%C5%BEn%C3%A9_prohl%C3%A1%C5%A1en%C3%AD) projevit vůli, aby byly jeho záležitosti spravovány určitým způsobem, nebo aby je spravovala určitá osoba, nebo aby se určitá osoba stala jeho opatrovníkem
    - potřebuje-li člověk [nápomoc při rozhodování,](http://cs.wikipedia.org/wiki/N%C3%A1pomoc_p%C5%99i_rozhodov%C3%A1n%C3%AD) protože mu v tom duševní porucha působí obtíže, třebaže nemusí být omezen ve svéprávnosti, může si s podpůrcem ujednat poskytování podpor.
* ***ochranné psychiatrické léčení*** - povinné léčení pro pachatele trestného činu, který trpí duševní poruchou, v důsledku které se dopustil protispolečenského jednání
  + vymizení ovládací schopnosti nebo vymizení rozpoznávací schopnosti - pachatel uznán za **nepříčetného** - není za svůj čin odpovědný
    - trvalá duševní porucha - potenciální nebezpečí - ochranné léčení
    - snížená příčetnost - ochranné léčení po dobu výkonu trestu; odpovědný za své jednání, ale vina je uznána jako menší
  + příčetnost určuje soudní znalec z psychiatrie nebo sexuologie
  + změnu léčení lze učinit pouze na návrh zdravotníka, státního zástupce, pacienta nebo soudu
  + nevylučuje vycházky a propustky
  + nejčastěji se jedná o ochranné léčení protialkoholní a protitoxikomanické, sexuologické, psychiatrické ochranná léčba se vykonává buď ústavní formou (odsouzený je léčen v ústavu) nebo formou ambulantní (odsouzený dochází pravidelně ze svého [domova](javascript:void(0)) k odbornému lékaři)
  + trvá, dokud si to vyžaduje jeho účel - ochrana společnosti
  + ochranné léčení lze uložit vedle trestu, ale i samostatně, když je od uložení trestu upuštěno, nebo když bylo trestní stíhání pro nepříčetnost obviněného zastaveno
* **ochranná výchova** - osoby < 18 let se zanedbanou výchovou, < 15 let se spácháním trestního činu
* ***zabezpečovací detence*** - pachatel závažného trestného činu, který je uznán za nepříčetného, ale jeho pobyt na svobodě by byl nebezpečný a nelze očekávat, že by ochranné léčení vzhledem k typu duševní poruchy vedlo k dostatečné ochraně společnostiv ústavu pro zabezpečovací detence
  + trvá, dokud si to ochrana společnosti vyžaduje
  + každý rok přezkoumání
  + je druh[ochranného opatření,](http://cs.wikipedia.org/wiki/Ochrann%C3%A9_opat%C5%99en%C3%AD) kterése vykonává ve zvláštních[ústavech,](http://cs.wikipedia.org/wiki/%C3%9Astav) kde jsou realizovány různé [psychologické,](http://cs.wikipedia.org/wiki/Psychologie) léčebné, [pedagogické](http://cs.wikipedia.org/wiki/Pedagogika) a další programy pro zde umístěné osoby, jež jsou nebezpečné společnosti
  + tyto ústavy jsou střeženy vězeňskou službou
  + není časově omezena, trvá tak dlouho, dokud to vyžaduje ochrana společnosti
  + v [Česku](http://cs.wikipedia.org/wiki/%C4%8Cesko) je zabezpečovací detence realizována ve Vazební věznici a Ústavu pro výkon zabezpečovací detence Brno a ve Věznici Opava
  + *Podmínky uložení zabezpečovací detence*
    - [soud](http://cs.wikipedia.org/wiki/Soud) uloží zabezpečovací detenci vždy, pokud:
      * [upustí od potrestání,](http://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Upu%C5%A1t%C4%9Bn%C3%AD_od_potrest%C3%A1n%C3%AD&action=edit&redlink=1) ale nařízení zabezpečovací detence je vzhledem ke zmenšené [příčetnosti](http://cs.wikipedia.org/wiki/P%C5%99%C3%AD%C4%8Detnost) pachatele nebo vzhledem k jeho [duševní poruše](http://cs.wikipedia.org/wiki/Du%C5%A1evn%C3%AD_porucha) kvůli ochraně společnosti nutné
      * pachatel je vzhledem ke své úplné nepříčetnosti trestně neodpovědný, ale jeho pobyt na svobodě je nebezpečný a [ochranné léčení](http://cs.wikipedia.org/wiki/Ochrann%C3%A9_l%C3%A9%C4%8Den%C3%AD) by nebylo k ochraně společnosti dostačující
    - kromě toho je možné ji uložit i tehdy, jestliže:
      * byl ve stavu vyvolaném duševní poruchou spáchán [zločin,](http://cs.wikipedia.org/wiki/Zlo%C4%8Din) pobyt pachatele na svobodě je nebezpečný a ochranné léčení by k ochraně společnosti nebylo dostatečné
      * pachatel opakovaně spáchal zločin pod vlivem [návykové látky](http://cs.wikipedia.org/wiki/Psychoaktivn%C3%AD_droga) a k ochraně společnosti by opět ochranné léčení nestačilo
  + *Výkon zabezpečovací detence -* pokud je osoba, které byla zabezpečovací detence uložena, nebezpečná svému okolí, soud nařídí její bezodkladné dodání do ústavu pro výkon zabezpečovací detence, jinak jí poskytne maximálně jednoměsíční lhůtu k obstarání nutných záležitostí před nástupem - bezodkladné dodání do ústavu realizuje policie
    - výkon zabezpečovací detence lze uložit samostatně i vedle [trestu odnětí svobody,](http://cs.wikipedia.org/wiki/Trest_odn%C4%9Bt%C3%AD_svobody) v takovém případě se pak vykonává až po výkonu trestu odnětí svobody
    - její trvání závisí na posouzení důvodů ochrany společnosti, které přezkoumává vždy nejméně jednou ročně, u [mladistvých](http://cs.wikipedia.org/wiki/Mladistv%C3%BD) nejméně jednou za půl roku, [okresní soud,](http://cs.wikipedia.org/wiki/Okresn%C3%AD_soud) v jehož obvodu se daný ústav nachází
    - pokud by důvody pro její výkon pominuly, bude zajištěná osoba okamžitě propuštěna, resp. u ní bude realizováno ústavní [ochranné léčení,](http://cs.wikipedia.org/wiki/Ochrann%C3%A9_l%C3%A9%C4%8Den%C3%AD) jestliže by pro ně splňovala podmínky
* ***odškodnění bolesti - bolestné***
  + nárok na náhradu za bolest (odškodnění bolesti, nebo také bolestné) můžete uplatnit, pokud jste [poškozeni při dopravní nehodě,](http://www.financni-odskodneni.cz/odskodneni_dopravni_nehody/?) pracovním úrazu, nemoci z povolání, nebo jiném poškození zdraví, které vám nevzniklo vaší vinou
  + bolestí je myšleno tělesné či duševní strádání poškozené osoby, která škodu na zdraví utrpěla
  + odškodnění bolesti (bolestné) je určeno sazbou bodového ohodnocení, které stanovují přílohy č. 1 a 3 [vyhlášky o odškodnění bolesti a ztížení společenského uplatnění,](http://www.financni-odskodneni.cz/vyhlaska_o_odskodneni/?) a to za bolest způsobenou škodou na zdraví, nebo při jejím léčení či odstraňování následků této škody
  + finanční náhrada za každý bod stanoveného [zdravotním posudkem](http://www.financni-odskodneni.cz/lekarsky_posudek/?) je 120 Kč.

***§3 - Odškodnění ztížení společenského uplatnění***

1. Odškodnění [ztížení společenského uplatnění](http://www.financni-odskodneni.cz/nahrada_za_ztizeni_uplatneni/?) se určuje podle sazeb bodového ohodnocení stanoveného v přílohách č. 2 a 4 této vyhlášky, a to za následky škody na zdraví, které jsou trvalého rázu a mají prokazatelně nepříznivý vliv na uplatnění poškozeného v životě a ve společnosti, zejména na uspokojování jeho životních a společenských potřeb, včetně výkonu dosavadního povolání nebo přípravy na povolání, dalšího vzdělávání a možnosti uplatnit se v životě rodinném, politickém, kulturním a sportovním, a to s ohledem na věk poškozeného v době vzniku škody na zdraví (dále jen "následky"). [Odškodnění za ztížení společenského](http://www.financni-odskodneni.cz/nahrada_za_ztizeni_uplatneni/?) [uplatnění](http://www.financni-odskodneni.cz/nahrada_za_ztizeni_uplatneni/?) musí být přiměřené povaze následků a jejich předpokládanému vývoji, a to v rozsahu, v jakém jsou omezeny možnosti poškozeného uplatnit se v životě a ve společnosti.

2. Bodové [ohodnocení ztížení společenského uplatnění](http://www.financni-odskodneni.cz/nahrada_za_ztizeni_uplatneni/?) se vymezuje v lékařském posudku.

3. Pokud není bodové ohodnocení posuzovaných následků uvedeno v přílohách č. 2 a 4 této vyhlášky, použije se bodové ohodnocení za následky, s nimiž lze posuzované následky nejspíše srovnávat podle jejich povahy a rozsahu.

* + lékařský posudek za účelem stanovení výše odškodnění v jednotlivých případech zpracovává posuzující lékař, který je ošetřujícím lékařem poškozeného, nebo jej vydává zdravotnické zařízení, jehož posuzující lékař zpracoval lékařský posudek
  + posudek určující míru ztížení společenského uplatněníse vydává zpravidla až po jednom roce poté, kdy došlo ke škodě na zdraví
  + nový lékařskýposudek lze vydat v případě výrazného zhoršení následků a tento pak nahradí dosavadní lékařský posudek

**20. PSYCHOTERAPIE JAKO LÉČEBNÁ METODA A JEJÍ INDIKACE**

* **psychoterapie** - léčebná metoda, která využívá psychologických prostředků
* interdisciplinární obor, nejvíce využívaná v psychiatrii
* pomáhá člověku dosáhnout psychické normality - uplatňujeme ji tam, kde jedinec nežije podle svých pozitivních možností
* terapeut napomáhá pacientovi k sebepoznání, obohacování své osobnosti a tím pocitu vlastní realizace
* odlišné věkově kategorie vyžadují specifické psychoterapeutické přístupy
* **prevence, indikace**
  + zvládání velké psychické zátěže
    - reakce na vnější či vnitřní konflikty, kdy selhává proces rozhodování pro nedostatek vlastních sil, zatím bez přítomnosti psychických nebo psychosomatických příznaků
    - užíváme **psychoterapeutický rozhovor**
  + psychoterapeutické poradenství
    - cíl - sebepoznání klienta a zlepšení orientace v jeho životní situaci
    - nácvik dovedností, které postrádá - komunikační dovednosti, schopnost sebeprosazení
    - užíváme individuální, skupinové, partnersko-rodinné formy
  + psychoterapeutická první pomoc a krizová intervence
    - poskytuje se v případě setkání klienta s překážkou, kterou není schopen zvládnout vlastními silami, ztrácí duševní rovnováhu, narůstá strach, úzkost až deprese
    - časté sebevražedné jednání
    - terapie se orientuje na aktuální psychický stav
    - první pomoc spočívá ve vlastní orientaci v problému klienta, zklidnění, a následnou možností klienta odžít si negativní prožitky a emoce za pocitu podpory a bezpečí vytvořeného terapeutem (abreakce)
    - užívá se telefonická pomoc, jednorázový rozhovor, možnost opakovaného rozhovoru
    - krizová intervence - pomoc klientovi v průběhu několika dnů až týdnů a to buď ambulantně (3-10 setkání) nebo ústavně překlenout nejhorší krizi
* **léčba** -liší se u dětí a dospělých
  + **psychoterapie neurotických poruch**
    - orientována na úzkostné stavy, stavy strachu, pocity viny, poruchy vztahů, sebepodceňování - dlouhodobá záležitost
    - k úzdravě vede sebepoznání pacienta, seberegulace
    - ambulantní i ústavní (hl. denní stacionáře a individuální či skupinová či manželská terapie, socioterapie)
  + **psychoterapie psychosomatických poruch onemocnění**
    - komplexní psychoterapeutický přístup s důrazem na individualitu pacienta
  + **psychoterapie závislosti**
    - hl. vytvořit náhled choroby, potřeby léčby a vhodnosti léčby
    - skupinové psychoterapie, manželská a rodinná terapie
  + **psychoterapie funkčních sexuálních poruch**
    - hl. kognitivně-behaviorální terapie- nácvik změny chování
    - sugestivní metody- ovlivní psychické prožívání pacienta
    - důležitá účast obou partnerů v terapii
  + **psychoterapie poruch příjmu potravy**
    - realimentace, kognitivně-behaviorální i dynamické přístupy a rehabilitace
    - chybí náhled, proto motivační terapie
    - psychoterapie v oblasti osobnosti, vztahů
    - důležitý léčebný řád
  + **psychoterapie poruch osobnosti**
    - dlouhodobá
    - podobá se výchově, převýchově
    - stejný postup jako při krizové intervenci + nasadíme farmaka
    - hl. individuální forma terapie
  + **psychoterapie poruch manželství a rodiny**
    - cíl - zvládnout konflikty a krizové situace a vrátit dvojici do souladu
    - docilujeme toho přes změnu komunikace a změnu soužití
    - převažuje práce s dvojicí, ale i s jednotlivci popř. se členem širší rodiny
    - rodinná terapie pracuje s celou rodinou včetně dětí
    - za pacienta považujeme systém ne jednotlivého člena
  + **psychoterapie psychóz schizofrenního okruhu**
    - hl. je porozumět duševně nemocnému empatií a na tomto podkladě vytvořit terapeutický vztah - individuální či skupinové postupy se stejným terapeutem!
    - neverbální techniky - muzikoterapie, arteterapie
  + **psychoterapie depresivního okruhu**
    - začíná se s psychoterapií v návaznosti na farmakoterapii popř. biologickou terapii kognitivně psychoterapeutický přístup s plynulým přechodem do metod blízkých léčbě neurotických poruch

**21. ZÁKLADNÍ PSYCHOTERAPEUTICKÉ SMĚRY**

* **hlubinná psychoterapie**
  + ***psychoanalýza***
    - zakladatel - **Sigmund Freud**
    - upozornil na nevědomou složku lidské psychiky
    - zdůraznil význam pudových sil (pud sexuální a pus destrukční)
    - vytvořil teorii pregenitální infantilní sexuality (orální, anální,…)
    - definoval Oidipovský komplex
    - kastrační komplex - strach chlapce ze ztráty penisu
    - 3 teoretické modely osobnosti
      * traumatický model - předpokládá, že psychotraumatizující zážitky vedou k obtížím
      * topografický model - rozlišuje nevědomí, před-vědomí a vědomí, během léčby se nevědomé stane vědomý
      * strukturální model - „id“ ono - pudová složka

- „superego“ - nadjá, ideály, etika

- „ego“ já, regulace duševního života konflikt - neurózy

* + - během psychoanalýzy dojde k náhledu na věci v nevědomí, k uvědomění intrapsychických konfliktů (vzniklé na základě nevyřešených dětských přání)
    - rozpracoval metody volných asociací, rozbor snů - nejintenzivnější (3-5x /týden 2-5 let)
    - nové proudy psychoanalýzy - egopsychologie (studium vývoje psychiky v 1. roce)

- psychologie objektivních vztahů (odklon od pudů ke vztahům)

- selfpsychologie - sebepojetí

* + ***individuální psychologie Alfréda Adlera***
    - pro člověka je důležité dosáhnout během života uplatnění a prosazení ve společnosti
    - když to nejde - pocit méněcennosti
    - neuróza je snahou o kompenzaci této méněcennosti
    - velký význam sourozeneckých vztahů
  + ***analytická psychologie C.G.Junga***
    - vyšel z Freudovy psychoanalýzy
  + tvrdil, že existuje ještě tzv. **kolektivní nevědomí**, zahrnuje v sobě zkušenosti kultury - tzv. **archetypy** -persona (role jedince), stín (spontaneita, kreativita), animus (mužské prvky v žensképsychice), anima (přítomnost ženských prvků v mužské psychice), self (celost osobnosti)
  + život má dvě složky - socializace, individuace
  + psychoterapie - oba sedí v křeslech, probírají pacientovi vynořující se pocity a myšlenky

- pozornost se věnuje snům

- aktivní imaginace - rozvíjení představ mající vztah k pacientovu problému

* **dynamická a interpersonální psychoterapie**
  + vychází z psychoanalýzy, akceptuje některá její východiska (nevědomí, intraps. konflikt z dětství)
  + zdůrazňuje důležitost aktuálních sociálních faktorů, problémů ve vztazích
  + nesouhlasí s tím, jaký význam dává Freud pudů a sexualitě
  + problém ve vztazích je dán maladaptavním chováním, které mývá souvislost se zážitky z dětství
  + pomáhá porozumět jeho podílu na problému
  + pomáhá pochopit souvislost minulých událostí a současných problémů
  + pacient má tomu porozumět, získat novou zkušenost ve vztazích
  + *korektivní emoční zkušenost*- pacient se od psychoterapeuta setká s jinou reakcí než na jakébylzvyklý (rodiče ho podceňovali, on ho oceňuje)
* **kognitivně behaviorální terapie**
  + novější směr
  + rozšiřuje původní zaměření behaviorální terapie, soustřeďuje se na proces učení a jeho využití v léčbě
  + bere v úvahu myšlenkové postupy, názory a postoje
  + předpokládá, že změnu myšlení lze navodit změnou chování
  + *konstruktivistické paradigma*- pohled člověka na svět je jeho vlastním produktem, který odpovídázkušenosti jedince - úkolem terapie - změna konstrukce - pohledu na svět
  + pacient dostává úkoly, které vedou ke změně jeho myšlenkových stereotypů
  + cíle jsou předem stanoveny - musíme přesně definovat myšlenkové postupy, k tomu slouží kogn.-behv. vyšetření
  + změna atributů – reatribuce, např. někdo vám neodpoví na pozdrav, pomyslíme si, že je to vůl, pak dojde k reatribuci a začneme brát v úvahu i jiné možnosti - únavu druhé osoby, je hluchej, němej apod.
* **Rodgerovská psychoterapie=humanistcká**
  + nesoustředí se na pacientovu minulost ale na jeho **přítomnost**
  + zdůraznění jedinečnost a schopnost člověka k osobnímu růstu a rozvoji
  + předpokládá, že člověk má v sobě potenciál dalšího pozitivního vývoje
  + empatický psychoterapeut, akceptování pacienta - psychoterapie rozhovorem
* **systematická a komunikační psychoterapie**
  + v rodinné terapii - rodina - rovnovážný celek - patologie člena je chápána jako patologie celé rodiny
  + změnou jednoho prvku měníme ostatní prvky a tím celý systém
  + terapie - změny v rodinných pravidlech, postavení členů, v interakčním komunikačním vzorci
* **sugestivní a hypnotická psychoterapie**
  + **sugestivní psychoterapie**
    - obchází racionální složku psychiky, pacient nerozebírá terapeutovy návrhy, jen se jimi řídí
    - odstranění neurotických problémů, fobií
    - nutný **sugestibilní pacient** - schopný podřídit se sugerujícímu a přijímat jeho pokyny
    - bdělý nebo hypnotický stav
    - princip placebo efektu
  + **hypnóza**
    - psychologicky navozený stav změněného vědomí
    - zvyšuje sugestibilitu
    - nejčastěji uspávací metoda - zhypnotizování, vložení sugesce - zhypnotizování
* **relaxační a imaginační psychoterapie**
  + **autogenní trénink** - napětí kosterního svalstva souvisí s vegetativním systémem a psychickou tenzí
    - tíha v končetinách, teplo atd.
    - 3x denně, vkládání individuálních formulek - cíle tréninku
  + **katatymně-imaginativní psychoterapie** (progresivní svalová relaxace)
    - relaxace při představování si různých motivů - les, louka, potok - do nich se promítají pacientovy problémy
* **transpersonální psychoterapie**
  + zdůrazňuje spirituální dimenzi člověka, zajímá se o zážitky vzniklé za změněného stavu vědomí (halucinogeny, hyperventilace), pocity z prenatálního života
* **eklektické a integrativní pojetí psychoterapie**
  + různé kombinace různých škol
* **behaviorální psychoterapie**
  + výzkum procesu učení, staví na teoriích učení (Skinner)
  + zabývá se projevem psychických poruch v chování, metodou učení se je snaží odstranit, změní se chování a to změní intrapsychický problém
  + metoda desenzibilizace - pacient se hodí do klidu, relaxuje a představuje si věci navozující strach, dobrý na fobie
  + technika selektivního zpevňování - odměna, trest
  + nácvik asertivního jednání
  + není tak časově náročná
* **existenciální psychoterapie**
  + zdůrazňuje jedinečnost osobnosti člověka
  + ***daseinanalýza***
    - klade si za cíl pochopení lidské existence, jedinečnost problematiky každého pacienta, pacient má být sám sebou, má blízko k filosofii
  + ***logoterapie***
    - vychází z názoru, že hlavní hodnota člověka je nalezení smyslu života
  + pomáhá nalézt smysl života, útěk z existenciální frustrace
  + i pro lidi s tělesným postižením, snaží se najít životní cíl
* **racionální psychoterapie**
  + logické myšlenkové postupy - výklad, objasnění příčin a podstaty onemocnění, fakta, argumenty, podložena statistickými údaji
  + snaha změnit pacientovy postoje a jednání, využívá direktivní podmínky; nedirektivní verze nechává pacientovi čas na výběr cesty ke splnění požadavku
  + základem rozhovor - anamnéza, výklad, doporučení
  + didaktické vedení pacienta
  + používá psychiatrie a všechny ostatní somatické medicínské obory

**22. FORMY A PROSTŘEDKY PSYCHOTERAPIE**

**FORMY PSYCHOTERAPIE**

* **forma** = základní uspořádání psychoterapie
* *individuální psychoterapie*
  + interakce mezi terapeutem a pacientem - terapeutický vztah
  + rozhovor, obraz (představa, imaginace, asociace), akce (nácvik - př. autogenní trénink)
* *skupinová psychoterapie*
  + uměle sestavená skupina, interakce členů mezi sebou a terapeutem
  + dynamika vztahů ve skupině - utvářejí se a mění
  + rozhovor, hraní rolí, psychodramatické scénky, pohybové techniky
  + **interakční** - zaměřené na děj probíhající ve skupině, **tematické** - hovoří o určitém tématu, **biografické** - životopisné
  + uzavřené nebo otevřené podle cirkulace pacientů
  + svépomocné - klienti se stejným problémem, řídí si skupinu sami (př. AA-anon.alkoholici)
* *léčebná komunita*
  + organizace nebo oddělení, spoluúčast pacientů na řízení, plánování společných aktivit, léčbě
  + tvoří pacienti i členové personálu
  + funguje na zpětné vazbě
  + často u terapie závislostí

**PROSTŘEDKY PSYCHOTERAPIE**

* **prostředky** = způsoby a postupy, kterými se dosahuje konkrétních cílů
* *rozhovor* - terapeut se snaží klienta ovlivňovat, navodit změnu, dodat informace; verbální i neverbální projevy
* *psychodrama* - modifikace a přehrávání scény související s problémem pacienta - cíl: porozumět problému, odreagovat ho, osvojit si jiný model jednání
  + prvky zvlášť: hraní rolí
* *psychogymnastika* - nonverbální
  + skupinová a komunitní psychoterapie
  + gesta, pohyb, mimika - cílem vyjádřit duševní stav nebo emoci, kterou pacient kvůli bloku nemůže vyjádřit slovně
  + náhled, korekce na základě emočního prožitku
* *arteterapie* - malba, modelování
  + lze získat i hlubší projevy psychiky
* *muzikoterapie* - stimulační i uklidňující efekt hudby; pasivní naslouchání nebo aktivní tvorba hudby

**23. PSYCHOEDUKACE A REHABILITACE DUŠEVNÍCH PORUCH**

* **psychoedukace** - cíl - poskytnout pacientům i jejich rodinným příslušníkům informace o podstatě onemocnění, léčbě, rehabilitačních postupech
  + na základě psychoedukace se mohou všichni zúčastnění lépe orientovat v rozpoznání varovných příznaků nemoci
  + poskytuje např. návody, jak si uspořádat život, a to zejména v období po propuštění z léčby
  + doporučuje rozčlenění cílů na jednotlivé zvládnutelné kroky, vyhýbání se stresu, upravení životosprávy
  + probíhá formou docházkových programů
  + v psychiatrii jsou zaměřeny nejčastěji na oblast psychóz, především onemocnění schizofrenního okruhu
* **rehabilitace** - důležitou součástí současné komplexní péče o pacienty s duševními poruchami
  + v úzkém sepětí zejména s psychoterapií a socioterapií přispívá u pacientů k obnovení schopností, které byly onemocněním sníženy a tím jim ztížily, ba dokonce znemožnily, se plnohodnotně zapojit do reálného života ve společnosti
  + psychiatrická rehabilitace zahrnuje všechny pochody a opatření, které sledují cíl znovuzařazení pacienta postiženého duševní poruchou do běžného života
  + cíl - zároveň zlepšení kvality života pacientů, posílení jejich víry ve vlastní schopnosti při zvládání samostatného pohybu ve společnosti
  + psychiatrická rehabilitace a její dělení
    - *fyzikální léčba* - vodoléčba (lázně, střiky, sprchy), masáže (klasické, reflexní, podvodní) - doplňují a posilují účinek vodoléčebných úkonů a pozitivně působí na některé vegetativní příznaky a poruchy spánku
      * při a po léčbě poruch neurotických, přizpůsobení, funkčních orgánových poruch a úzkostných a depresivních poruch - v lázních
      * světloléčba (helioterapii) a elektroléčba (diadynamika, elektrospánek)
    - *léčba pohybem a sportem*(kinezioterapie) - prostředky aktivně prováděnéhopohybu event. sportu k podpoře léčby a rehabilitace duševních poruch
      * při rehabilitaci psychóz i v časných stádiích [jednotlivá gymnastická, dechová cvičení, provádění nenáročných poloh části těla – kdy vede ke zmírnění tenze (uvolnění), možnosti uvědomění si vlastního těla
      * využití aktivně relaxujících programů včetně sportovních her, aerobiku, gymnastických cvičení a tance v dlouhodobé rehabilitaci psychóz
    - *rehabilitace pracovní a činnostní*
      * neurotických poruch, při léčbě závislostí, organických psychiatrických poruch, v pedopsychiatrii, psychóz
      * rehabilitace psychóz: již v časné fázi psychózy (jak to stav pacienta dovolí) se začíná s pracovní terapií v dílnách psychiatrických zařízení - v nich se po dobu 1–2 hod. denně vytvářejí pod vedením pracovních instruktorů či rehabilitačních sester nejrůznější předměty
    - *umělecko-kreativní léčba* - **arteterapie*,* muzikoterapie*,* biblioterapie**
    - *terapie zábavná a rekreační* - návštěvy výstav, muzeí, filmových a divadelníchpředstavení, účast na společných vycházkách do přírody, výlety, letní tábory pro pacienty, aktivity naplňující volný čas pacientů v procesu doléčování psychóz (zájmové kroužky atd.)
* specificky zaměřené rehabilitační prostředky v oblasti péče o psychotické pacienty:
  + ***rehabilitace sociálně-psychologická*** - již v časné léčebné fázipsychózy (po odeznění akutní psychotické symptomatologie) - psychoedukace, nácvik sociálních dovedností a sociálních vztahů; v doléčování v rámci dlouhodobé rehabilitace (v ambulantních či komunitních zařízeních)
    - sociální readaptace psychózou onemocnělého pacienta, k jeho návratu do rodinného a společenského dění
    - ***psychoedukace*** spočívá v poučení pacienta o povaze jeho onemocnění, o metodách a technikách jeho léčby, o průběhu a úskalích choroby, o vedlejších účincích psychofarmak a o možných následcích po prodělané poruše
      * dlouhodobá práce s pacientem - naučení se porozumění vlastní nemoci, k důvěře k terapeutovi s tím, že pokud mu bude sdělovat své prožitky, bude je sám lépe snášet
      * nutno zapojit i příbuzné ev. členy okolí pacienta, neboť interakce uvnitř rodiny a rodinné klima mohou dosti výrazně spolu ovlivňovat průběh psychotické poruchy
      * kromě seznámení rodinných příslušníků s druhem a průběhem psychotické poruchy učí se též, jak zacházet a jednat s postiženým členem rodiny či společenství
    - ***nácvik sociálních dovedností*** *-* perceptivní a kognitivní poruchy zapříčiněné psychózou (např. schizofrenií) a specifické deficity v sociálních dovednostech
      * kombinuje se hraní, zpětná vazba (feedback) s videem a praktickým cvičením v reálných sociálních situacích, počítačově podporovaný trénink - cíl - cvičit kognitivní a manuální dovednosti, přičemž může pacient kdykoliv zpětně vazebně zjistit své učební pokroky
    - ***nácvik sociálních vztahů*** se provádí v různých typech psychosociální služby - ***denní klinika (stacionář), psychosociální centrum, socioterapeutické kluby, svépomocné skupiny nemocných a jejich příbuzných*** 
      * pomoci nemocnému jedinci převzít část odpovědnosti za svůj stav, aktivně se účastnit léčení a doléčování
    - chráněné bydlení (pacienty, kteří již nemají vlastní rodinu) - formy chráněného bydlení přicházejí v úvahu:
      * chráněné jednotlivé byty (někdy společně i s příbuznými z vlastní rodiny)
      * skupiny bytů
      * bytová družstva (společenství – s pracovním podílem na vedení domácnosti, převzetí odpovědnosti pro jednotlivé členy)
      * přechodné byty (s časovým omezením, strukturovaným denním režimem)
      * chráněné domovy (s různým stupněm pomoci)
      * rodinná péče (dlouhodobá starostlivost o psychicky nemocného ve vlastní rodině)
  + ***Rehabilitace pracovní a činnostní*** nastupuje po propuštění pacienta ze stacionární péče, kdy sedoporučuje pokračovat v pracovní léčbě v zařízeních určených pro dlouho dobou rehabilitaci – v chráněných dílnách event. v pracovně tréninkových centrech
    - představa sítě těchto zařízení je stupňovitá tzn., že pacienti podle velikosti postižení duševní poruchou a stupně zachovaných pracovních schopností se zařazují zprvu do dílen, kde je volnější režim, jsou nižší nároky na jejich výkon a i doba pobytu v dílně je kratší (např. v prvním roce rehabilitačního procesu 4–5 hodin denně)
    - méně postižení pacienti s více zachovanými pracovními schopnostmi mohou být zařazeni do dílny s již složitějším režimem a na delší dobu (7 hodin denně)
    - nejlepší z těch, co prošli chráněnými dílnami, mohou být zařazeni do tzv. pracovně-tréninkového centra, kde se doporučuje rok až rok a půl trvající trénink, připravující jedince k výkonu určitého povolání (8 hodin denně)

**24. MANŽELSTVÍ A RODINA**

* 2. polovina 20. století - rovnoprávnost mužů a žen, roste počet mimomanželských dětí a bezdětných skupin, stupá rozvodovost
* vznikají nové rodiny, v nichž se lidi cítí lépe a svobodnější
* problémy - nízká porodnost, klesající kvalita populace (porodnost klesá s rostoucím vzděláním)
* **matrimoniologie** - věda o člověku, zabývá se manželstvím
  + matrimonipatologie - poruchy manželství
  + manželská terapie - zvláštní druh psychoterapie, na zvládnutí konfliktů a krizí
  + manželské poradenství - spíš problém klienta, který se týká manželství
  + rodinná terapie - včetně dětí
  + nutné zabývat se vždy celým párem
* nelze předem doporučit vhodného partnera, je akorát možno varovat před nevhodný
  + osoba závislá na alkoholu a jiných látkách
  + osobnost žárlivecká - věrnost dokázat nejde, jde dokázat jen nevěru, až žárlivecký blud (nelze řešit psychoterapií, jen farmaky)
  + hysterická osobnost - neumí žít vyrovnaným životem, sebepředvádění, dramatičnost, egocentrismus, citové vydírání, nejlepší je skupinová terapie - má zpětnou vazbu, jak ho ostatní vidí
  + osobnost asociálně anetická - neschopen vyšších citů, bezohledný, týrá blízké, nepracuje, parazituje, kriminalita
  + agresivní, explosivní osobnost
  + asthenická a hypersenzitivní osobnost - slabost, neprůbojnost, zranitelnost, nic nevydrží, pláče
  + rezonér - nabručený, rozladěný, nic není vhod, sekýruj
  + pedant
* manželství lze dělit na **vývojová stádia**:
  + manželství před narozením dětí
  + manželství s malými dětmi
  + manželství s většími dětmi
  + manželství po osamostatnění
* jiné dělení:
  + mladé manželství - do pěti let
  + středního věku - 6-10 let
  + zralého věku - po 15 letech
  + manželství ve stáří
* dvě typická krizová období:
  + první vývojová krize - mezi třetím a sedmým rokem, ubývá romantičnosti, přibývá negativních emocí, napětí z těsného styku dvou lidí, pocity nespokojenosti, rozpory, hádky nebo mlčení
    - vhodné omezit dialogy o vztahu, přitlumit sexuální aktivity a řešit společné problémy jako výchova dětí apod.
  + druhá vývojová krize - po 17-25 letech - přibližování involuce, somatické obtíže, odchod dětí
    - odpoutání od starostí, cestovat, kultura
* manželské soužití:
  + ekonomie rodiny - dohoda, kdo co rozhoduje
  + trávení volného času
  + výchova dětí - většinou se souhra děje spontánně
  + sexuální soužití - rozpory v požadavcích na frekvenci, místo, čas a formu
* nejvýraznější vnější vlivy - rodiče
* **mimomanželské vztahy** - nebezpečné jsou ty s citovou vazbou
  + reakce na odhalení má zamezit opakovanému vyšetřování podrobností, nepřerušit manželské pohlavní aktivity a nerušit zavedený chod rodinného života
  + děti musí být chráněny před konfliktem
* **manželská terapie** - různé psychoterapeutické školy; návod manželské taktiky v 10 bodech:
  + zajímat se o partnera, empatie
  + nechat partnera hovořit, naslouchat
  + umět hovořit o tom, co partnera zajímá
  + opatrně s kritikou, spolu s pochvalou či sebekritikou
  + opatrně s příkazy
  + uznat vlastní chybu
  + pochválit, co stojí za pochvalu
  + vžít se do situace druhého
  + nehádat se
  + usmívat se

**25. PSYCHICKÉ PORUCHY U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH - SPECIFICKÉ PRÁVNÍ, DIAGNOSTICKÉ A TERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY**

* **právní normy** 
  + Ústava ČR, Listina základních práv a svobod, Úmluva o právech dítěte (dětská práva 0-18let)
  + neodkladné provedení vyšetřovacího/léčebného výkonu nezbytné k záchraně života dítěte a rodiče/opatrovník odepírají souhlas - lékař je oprávněn rozhodnou o provedení výkonu (u dětí, kt. nemohou rozhodnout o výkonu - duševní choroby, intoxikace, bezvědomí)
  + dítě má právo požádat o pomoc bez vědomí rodičů
* **diagnostické přístupy**
  + důležité je pediatrické vyšetření
  + souhlas rodičů, či opatrovníka
  + potřebujeme objektivní údaje – vyslechneme i rodiče
  + nemáme dgn.kritéria pro děti - vzorový příklad je anorexie
    - prepubertální dívky – amenorea, nemusí zhubnout, protože nevyrostou, často rozjezd poruch ŠŽ, BMI se u dětí také nevyužívá
  + další problém je, že děti neumí vyjádřit své emoce, vše somatizují (bolí bříško, hlava)
  + když se něco děje, tak se často změní – jsou drzí, dysforie, proti autoritám, podráždění př. deprese – pokud se toto vyvine, říkáme tomu depresivní porucha chování
  + zaléčíme-li antidepresivy, dojde k odstranění i všech projevů
  + problémy - změny nálady, chování, zájmů, zhoršení školního prospěchu - třeba stanovit hranici mezi normálním a patologickým chováním - komplexní vyšetření:
    - zdravotní a sociální anamnéza
    - vlastní vyšetření - výsledek závislý na komunikaci s pacientem, získání důvěry - rozhovor a pozorování
      * somatické vyšetření - pediatrické, neurologické, toxikologické - vyloučení organické poruchy
      * psychologické vyšetření - posouzení intelektu, struktury osobnosti, kvantifikování symptomů (okolnosti jejich vzniku, trvání, vývoj, nemorbidní stav pacienta, vliv prostředí, typ výchovy, osobnost rodičů)
    - stanovení dg.
    - terapeutický plán
* **terapeutické přístupy**
  + *farmakoterapie*
    - obecné zásady - rychlejší jaterní biotransformace, relativně větší distribuční objem - podáváme relativně vyšší dávky (mg/kg) - všechny léky kromě lithia
      * častější podávání během dne, častější a dřívější kontroly hladin v krvi
      * pomalejší vysazování léku
    - léky užívané u dětí musí být vyzkoušeny a registrovány SUKLem - stává se tak, že originál se může u dětí užívat, ale generika si o tuto indikační věkovou kategorii nezažádali – nemůžou se tedy zaměňovat
    - léku schválených pro děti není mnoho:
      * sertralin – obsedantně-kompulzivní choroba, lze od 6 let
      * na ADHD (porucha pozornosti s hyperaktivitou) – atomoxetin, metylfenidát
      * litium lze až od 12 let
      * jedno antidepresivum – SSRI – fluoxetin (Prozac)
      * tricyklická antidepresiva lze také užívat, ale nefce (není dostatečná zralost neurotransmiterových systémů)
    - u antidepresiv u dětí – nejdříve 6h psychoterapie a teprve když ta nepomůže a rodiče podávání povolí - může začít s farmakoterapií
    - schizofrenie
      * sice to není zrovna povolené, ale počínající schizofrenii lze poznat (halucinace a bludy nejsou, u dětí jsou především v začátku negativní příznaky – ztráta zájmů, nevýkonnost, únavnost, prázdnota – no ale jaké dítě to dnes nemá složité poznat)
      * rozvijí se cca 2 roky
      * pokud se zasáhne, tak se všechny negativní důsledky tohoto onemocnění podaří radikálně omezit - jde o to také jak moc ta léčba vlastně je účinná, když ještě ani není jisté, že to dítě schizofrenii skutečně má
  + *chronobioterapie*
    - fototerapii pojišťovna neproplácí, posuny spánku lze, ale děti moc spolupracovat nechtějí, kdo přece nechatuje v noci, tak jako by nebyl
  + *ECT (elektrokonvulzivní terapie)*
    - indikováno i u dětí, v akutních stavech první volbou
  + *psychoterapie*
    - top metoda je u dětí kognitivně-behaviorální terapie a pak hlavně rodinná terapie s ostatními členy rodiny zbytek možností děti moc nepobírají

**26. TRANSKULTURÁLNÍ PSYCHIATRIE**

* součást sociální psychiatrie, začala se konstruovat v polovině 20. století
* studuje podobnosti a rozdílnosti duševních poruch v různých kulturách
* ***svérázné kulturně podmíněné jednotky***
  + **Dhat syndrom (spermatorea)** - Indie, intenzivní obava ze ztráty semene (polucí, masturbací, souloží, unikáním do moči)
    - KO: celková slabost, ztráta chuti k jídlu, úzkost, pocity viny
  + **Pibloktoq (arktická hysterie)** - stav zmatenosti a agitovanosti, odhazování a trhání oděvu, válení se ve sněhu - reakce na stresovou situaci/šamanské rituály
  + **Amok** - Afrika, přechodná kvalitativní porucha vědomí, psychóza různé etiologie
    - např. při malárii, jindy psychogenně
    - KO: neurastenické příznaky a meditace, poté pohybová bouře, agrese
    - nedojde-li k sebevraždě - vyčerpání a stupor, amnézie
  + **Latah -** Malajsie, u žen středního věku, zpravidla podřízené postavení
    - KO: napodobování jednání a gest jiných, koprolalie a fuga
  + **Koro syndrom**
    - Čína, jihovýchodní Asie, epidemicky
    - silná úzkost, přesvědčení, že se penis zanořuje do břišní dutiny a že jeho zmizením dojde ke smrti, strach ze ztráty zevního genitálu
    - hlavně u mužů, u žen ojediněle
    - KO: začíná náhlým děsem, spazmy v břiše a akrocyanózou
    - na počátku může být excesivní nebo abnormální soulož
      * neuróza, projev kastrační úzkosti
    - lidová léčba - posilování afrodisiaky - práškem z rohu nosorožce, nebo manželka nepřetržitě svírá penis, aby zabránila smrti
    - mimo Asii vzácně jako organické poškození CNS
  + **Brain fag syndom (ode-ori) -** Nigérie, úředníci a studenti, kteří nestíhali své úkoly
    - KO: nepříjemné pocity, že mu hlavou či celým tělem prolézá parazit, syčení a hučení v uších, palpitace, poruchy visu a závratí, úzkost a nevýkonnost
  + **Whitico (windigo)** - psychotická porucha u Eskymáků z Hudsnova zálivu
    - KO: nutkání jíst lidské maso, úzkost a přesvědčení, že je jedinec očarován příšerou z ledu a kostí, která žere lidi, vegetativní příznaky
  + **Stavy posedlosti** - v různých částech světa, v Japonsku - posedlost liškou - tvář jedince se mění v lišku
    - středověk - lykantropie (posedlost vlkem), voodoo
* ***problematika přistěhovalců***
  + problém - hlavně ze zemí s hodně jinou kulturou
  + vyšší procento schizofrenií - spochybněno
  + lepší, když žijí ve skupině než roztroušení
  + ***otázka kultury***
    - kultura - naučené způsoby jednání a myšlení
    - nabízí hotová a ověřená řešení
    - chrání vzory a jednotlivé komponenty společnosti
  + změna kultury - vlivem společenských událostí či přestěhováním
  + krátkodobé změny (vojáci, turisté, dělníci, studenti) - lehčí psychické poruchy neurotického rázu s častými somatickými příznaky
  + dlouhodobé změny - hroucení morálních schémat
  + akulturace - přizpůsobení se nové kultuře
  + „kulturní šok“ - nekritické nadšení při setkání s novými možnostmi, poté rozčarování a nostalgie (obrací se k minulosti), období deprese, obnovení sebedůvěry a adaptace
* ***mezinárodní studie***
  + rozdíly v rozložení psychických poruch ve světě vedly k podezření, že za to můžou rozdílné sociální podmínky
  + od 60. let sociální mezinárodní studie - hlavní - Mezinárodní pilotní studie schizofrenie (IPSS), později i studie depresí zjistily, že výskyt duševních poruch je **na celém světě rovnoměrný**
* ***terapeutické opatření***
  + rozdíl ve farmakodynamike a farmakokinetike
  + léčba u cizince je zvýšeně náročná - jazyková bariéra, neznalost kulturního zázemí, nedostatek objektivních informací, náboženství (např. ortodoxní muslimové neradi poslouchají ženy)

**27. ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIE A JINÉ STIMULAČNÍ METODY**

**ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIE**

(= ECT, electroconvulsive therapy)

* první aplikace - Bini 1938
* je dosud nejúčinnější biologická léčebná metoda v psychiatrii (účinnost u depresí 71-94%)
* v průběhu ECT je elektrickou stimulací mozku (v několikadenních intervalech) je opakovaně vyvolán epileptický paroxysmus → tento proces vyvolá komplexní neurofyziologické procesy, jež působí terapeuticky u řady nemocí
* je mnoho teorií o mechanismu účinku
* je potvrzeno, že ECT zvyšuje denzitu 5-HT2 a 1-adrenergních receptorů, snižuje denzitu 2- a - adrenergních receptorů, stimuluje dopaminergní transmisi, dále zvyšuje denzitu GABA-B-receptorů, -endorfinovou reaktivitu, krátkodobě zvyšuje vylučovaní prolaktinu, TSH, ACTH
* v posledních dvou desetiletí renesance ECT
* limity farmakoterapie (rezistence, kontraindikace, NÚ, pozdní následky) zdokonalení ECT
* **průběh**
  + zavedení anestézie a myorelaxace
  + unilaterální pozice elektrod
  + krátkopulsová stimulace
  + rutinní monitorování EEG (event. i EKG) během výkonu → tato opatření snížila NÚ ECT a zvýšila bezpečnost aplikace
* **indikace ECT**
  + deprese – zvláště psychomotoricky inhibované a psychotické formy (tj. s přítomností bludů, halucinací nebo stuporu) - současně s antidepresivy
  + mánie
  + schizoafektivní porucha
  + schizofrenie a akutní schizoformní poruchy, zvláště s katatonními příznaky, příměsí afektivní symptomatologie nebo nezvládnutelným neklidem
  + symptomatické psychózy
  + letální katatonie a maligní neuroleptický sy
  + v těchto indikacích se ECT užívá jako terapie první nebo druhé volby
* **ECT jako léčba první volby**
  + ECT se používá dříve než psychofarmaka z několika důvodů:
    - pokud je potřeba rychlého a účinného zlepšení (vážné somatické nebo psychiatrické příčiny – odmítání potravy, hrozba metabolického rozvratu, suicidální riziko, nezvládnutelná agitace s agresivitou)
    - pokud je riziko alternativních postupů vyšší než riziko ECT (těhotenství, maligní neuroleptický sy v anamnéze)
    - pokud je anamnéza špatné odpovědi na psychofarmaka nebo dobré odpovědi na ECT v minulosti
    - pokud pacient sám preferuje užití ECT
* **ECT jako léčba druhé volby**
  + užití ECT až po předchozím psychofarmakologickém pokusu
  + při farmakorezistenci
  + u výrazných nežádoucích účinků při farmakoterapii, kterým se nelze vyhnout změnou preparátu
  + při zhoršování pacientova stavu tak, že začne splňovat kritéria první volby
* **absolutní kontraindikace**
  + zvýšený intrakraniální tlak, mozkový nádor, aneurysma, stav po krvácení do mozku, nedávný IM, demyelinizační onemocnění, odchlípení sítnice, feochromocytom, anesteziologické riziko na úrovni ASA 4-5 (hodnocení podle metodiky American Society of Anesthesiologists)
* **relativní kontraindikace**
  + těžká ICHS, nestabilní srdeční funkce, těžká hypertenze, stav po ischemické CMP, závažné plicní onemocnění, deficit pseudocholinesterázy
* ECT často terčem antipsychiatrických hnutí, žádající její zákaz
* nenahraditelná – vysoká efektivita, rychlost účinku, bezpečnost
* **příprava pacienta k ECT** - obsahuje 2 zásadní kroky:
  + *získání informovaného souhlasu*
    - nutné u všech pacientů, s výjimkou z vitální indikace (letální katatonie, maligní neuroleptický sy, stuporózní stavy s odmítáním potravy, závažné suicidální riziko, nezvládnutelná agitace s hrozbou metabolického rozvratu, nereagují na farmakoterapii)
    - u nezletilých podepisují rodiče nebo nezákonný zástupce
  + *vyšetření před výkonem*
    - laboratorní odběry jako před malým operačním výkonem, EKG, interní vyšetření (+ je-li pacient z interního hlediska schopen výkonu), neurologické vyšetření, oční pozadí (vyloučení event. městnání), EEG
    - CT nebo MRI při podezření na nitrolební explanzi (z předchozích vyšetření)
* **vlastní provedení**
  + preferovány jsou přístroje s krátkopulzovou stimulací
    - umožňuje aplikovat jen asi 1/3 energie ve srovnání se sinusovou stimulací při ekvivalentní účinnosti a výrazně nižších NÚ
  + dávka nutná k vyvolání paroxyzmu: 25 – 500 mC – téměř přímo úměrná věku pacienta (čím starší, tím více E)
  + elektrody se umísťují buď bilaterálně (bitemporálně) nebo unilaterálně nad nedominantní hemisférou
    - výhoda unilaterální stimulace – zatížena menší incidencí poruch paměti
  + lege artis se provádí v celkové anestezii:
    - premedikace atropinem
    - krátkodobě působící anestetikum (thiopental, metohexital)
    - myorelaxace (prevence luxací a zlomenin – sukcinylcholin)
    - během výkonu je pacient ventilován kyslíkem
  + nejčastěji dočasné poruchy paměti (vymizí do 3 měsíců), bolesti hlavy, nauzea, zvracení
  + mortalita: velice nízká (0,02 – 0,002%) – nejčastěji kardiopulmonální komplikace
* **režimy aplikace** - dva základní režimy:
  + ***2 x týdně***
  + ***3 x týdně***
    - rychlejší antidepresivní účinek ale vyšší počet elektrokonvulzí a vyšší výskyt poruch paměti každodenní aplikace – nejtěžší stavy, kdy hrozí nebezpečí z prodlení
  + první zlepšení patrné již po prvních 2-3 výkonech
  + léčba se ukončuje s dosažením klinické remise
    - u depresí 6-8 výkonů
    - u mánií a schizofrenních poruch 8-12 poruch

**PSYCHOCHIRURGIE**

* snaha o co největší specifitu zásahu a co nejmenší celkové poškození mozku
* využívá se elektrická koagulace, gamma nůž, mikrovlnné záření, radioaktivní implantáty
* považována za poslední výjimečnou možnost intervence u jinak neovlivnitelných stavů
* indikace:
  + maligní, farmakorezistentní forma obsedantně-kompulzivní poruchy (celosvětově)
  + v Evropě nezvládnutelná patologická agresivita (u sexuálních agresorů, nebo u mentálně retardovaných pacientů)
  + v USA a VB chronická farmakorezistentní deprese
* vždy je potřeba souhlas pacienta a kladné vyjádření odborné komise
* efektivita 50-70% x u 3% se zhorší
* kontinuální zlepšení lze sledovat ještě 1-2 roky po výkonu
* moderní, šetrné metody – nejsou už pozorovány nežádoucí změny osobnosti

**REPETITIVNÍ TRANSKRANIÁLNÍ MAGNETICKÁ STIMULACE**

* využívá schopnosti magnetického pole procházet lebkou i mozkem a indukovat v nich sekundární elektrické proudy, které jsou velikostí zhruba stotisícinou primárního proudu → neinvazivní lokální elektrické stimulace mozku bez nutnosti vyvolání epileptického paroxysmu (x pokud vyvolán – při vyšších intenzitách- považováno jako je komplikace)
* aplikace magnetického pole o síle 1 – 2,5 T cíleného na některou oblast mozku (vertex, L nebo P dorzolaterální prefrontální kortex) u bdělého pacienta - ambulantně, neovlivňuje paměťové a rozpoznávací funkce (řízení auta)
* možnosti klinického užití:
  + deprese
  + mánie
  + obsedantně-kompulzivní porucha
  + úzkostné poruchy schizofrenie
  + Parkinsonova choroba (zlepšení motoriky)
* 5-20 sezení v sérii, s frekvencí buď každodenně, nebo alespoň několikrát týdně
* KI: kovové předměty v těle, kardiostimulátor, kochleární implantát, epilepsie, zvýšený intrakraniální tlak, EEG abnormality, děti, těhotenství
* NÚ: zřídka - bolesti hlavy, nepříjemné pocity v místě stimulace, mírný tinnitus, provokace manické symptomatiky, provokace epileptických paroxysmů

**STIMULACE NERVUS VAGUS**

* nepřímá stimulace CNS - zlepšení nálady, změny v centrální monoaminergní neurotransmisi, zrychlení psychomotorického tempa, zlepšení exekutivních funkcí
* stimulátor+vodič připojený k levému n.X (autonomní aferentace do středního mozku do limbické oblasti a do kortikální oblasti)
* indikace:
  + depresivní poruchy, rezistentní deprese
  + rezistentní formy epilepsie

**28. CHRONOBIOTERAPIE, LÉČBA JASNÝM SVĚTLEM A SPÁNKOVOU DEPRIVACÍ**

**CHRONOTERAPIE**

* chronobiologie (chronos = řecky [čas](http://cs.wikipedia.org/wiki/%C4%8Cas)) je [vědní](http://cs.wikipedia.org/wiki/V%C4%9Bda) disciplína zabývající se periodickými (cyklickými) fenomény v živých organismech - biologickými rytmy
* podle délky periody lze rytmy rozdělit na:
  + **cirkadiánní** -o délce periody přibližně 24 hodin
  + **ultradiánní** -s periodou kratší než 24 hodin (např. stahy srdce, střídání REM a non-REMspánku aj.)
  + **infradianní** -s periodou delší než 24 hodin (např. cirkanuální, cirkalunární, estrální aj.)
* u dvou pětin lidí sdepresí nezabírají antidepresiva, a proto se při jejich léčbě využívá právěbiologických rytmů - tato léčba se nazývá **chronobioterapie**
  + metoda kombinující fototerapii, spánkovou deprivaci a tělesné cvičení
  + úkol - ovlivnění biorytmů a sesynchronizovat je s normálním 24h rytmem
* indikace: sezónních afektivní poruchy (podtyp deprese - citlivost na nedostatek světla) + SSRI
* tělesné cvičení - pozitivní účinek na efektivitu (těžké deprese) - zlepšení nálady do 14. dne

**LÉČBA JASNÝM SVĚTLEM = FOTOTERAPIE**

* malá část depresí má sezonní průběh s výskytem obtíží v zimním období (listopad – březen), ženy
* často se vyléčili vycestováním do teplých krajů s výrazným slunečním svitem
* jasnost nejméně 2500 luxů, aplikuje se vždy ráno po dobu alespoň 1 hodiny
* světelný box - dávka 10 000 luxů 30-40 minut/den (2500/2h) po probuzení 2-4 týdny
  + světelný zdroj má filtr vůči UV paprskům, sezení blízko zdroje
* efektivita 60-90%, odpověď v 2.- 3. týden léčby
* jasné umělé světlo aplikované ráno posunuje vpřed biologické rytmy – koriguje opoždění cirkadiánních rytmů vyskytujících se u sezónní deprese
* MÚ: [melatonin](http://cs.wikipedia.org/wiki/Melatonin) je v [mozku](http://cs.wikipedia.org/wiki/Mozek) vylučován především v druhé [polovině](http://cs.wikipedia.org/wiki/Polovina) noci
  + dáván do spojitosti s depresogenním účinkem
  + pokud je fototerapie použita bezprostředně po ranním probuzení, pak je vylučování melatoninu ukončeno, případně se melatonin odbourává - pozitivní změna nálady
* indikace:
  + sezónní depresivní porucha, premenstruální sy, jet-lag sy (sy desynchronizace cirkadiánních rytmů při rychlém leteckém přesunu přes několik časových pásem)
* první zlepšení již po 3-4 dnech
* není po 2-4 týdnech změna k lepšímu – není třeba dále v léčbě pokračovat
* pokud zareagoval – nutné aplikovat celé zimní období
  + ale přerušení léčby → relaps do 2-4 dnů
* obezřetnost u nemocí retiny, stáří (konzultace oftalmologa před léčbou)
* NÚ: bolest hlavy, napětí v očích, podrážděnost, únava zraku, nauzea, pocení
  + pozor na fotosenzitivizují efekt chlorpromazinu, antidepresiv (TCA), lithia, melatoninu

**SPÁNKOVÁ DEPRIVACE**

* empirický poznatek: u části depresivních pacientů po probdělé noci dochází brzy ráno následujícího dne (mezi 4. a 6. h) k promptnímu, ale přechodnému zlepšení nálady
* zlepšení trvá 1 den za předpokladu, že pacient tohoto dne již nejde spát
* **úplná** – nejde spát 40 hodin (od rána do večera druhého dne)
* **parciální** – je probuzen brzy po půlnoci a bdí do pozdního večera
* experimentální metoda: **deprivace REM spánku**
  + polysomnograficky je sledován a buzen je vždy pouze ve spánkové periodě REM
* všechny 3 formy jsou stejně účinné
* nejlépe je pacienty snášena metoda parciální deprivace
* indikace:
  + unipolární deprese (účinná u 60%) - hl. hospitalizovaní pacienti rezistentní na antidepresiva
  + výzkum (v běžné klinické praxi málo)
* dnes považována za adjuvantní metodu při léčbě antidepresivy a to zejména u pacientů se silným prožíváním depresivního utrpení a u pacientů farmakorezistentních
* kontraindikace:
  + bipolární afektivní porucha – nebezpečí vyvolání přesmyku deprese do mánie (typu bipolar I)

**29. POMOCNÉ VYŠETŘOVACÍ METODY V PSYCHIATRII (BIOCHEMICKÁ A ENDOKRINOLOGICKÁ VYŠETŘENÍ, ZÁKLADNÍ ZOBRAZOVACÍ METODY, EEG, PPG)**

**BIOCHEMICKÁ A ENDOKRINNÍ VYŠETŘENÍ**

* biologické znaky duševních poruch nejsou jasně prokázány; pouze ve fázi snahy najít biochemické, elektrofyziologické, neuroendokrinní, imunologické a genetické parametry
* laboratorní vyšetření:
  + tradiční - jako interna a neurologie
  + speciální imunologická vyšetření - podezření na infekční původ (syfilis, borelióza, HIV, brucelóza, virová hepatitida, únavový syndrom)
* laboratorní metody v psychiatrii: klasická a speciální biochemická měření, endokrinní testy, imunologické testy, EEG, RTG, CT, MRI, PET
* jednoznačné biochemické vyšetření, podle kterého se dá diagnostikovat psychiatrické onemocnění a navrhnout terapie, neexistuje
* hodnoty z moči, krve, likvoru
* **koncentrace psychofarmak:**
  + eliminace: hlavně ledviny a CYP 450
  + předpoklad: koncentrace v krvi korelují s koncentracemi v mozku; vhodné je měřit i koncentrace na membránách krevních buněk
  + sleduji terapeutické okno
  + plazmatické koncentrace nemusí korelovat s dávkou; dobře korelují s účinkem
  + zjištění clearance
  + kontrola compliance pacienta (z kreve/moči) - Forrestova zkouška (TCA, neuroleptika), elektrochemické, chromatografické metody, radioimunoanalýza
* **koncentrace neurotransmiterů a jejich metabolitů a aktivity degradačních enzymů**
  + sledování aktivity systémů při onemocnění a při terapii
  + **afektivní poruchy** - kys. 5-hydroxyindoloctová (serotonin), 3-methoxy-4-hydroxyfenylglykol (selektivní metabolit NOR v mozku), kys. homovanilová (DOP)
  + koncentrace v likvoru - pravděpodobně odrážejí obrat v mozku
* **neuroendokrinní parametry**
  + osa hypotalamus - hypofýza - kůra nadledvin/štítná žláza
  + **HPA** - při depresivní epizodě hyperaktivita - snížená odpověď na dexametazon
    - **dexametazonový supresní test** - 1 mg dex. per os, následně kortizolémie - není účinný u části depresivních pacientů; normalizace hodnot po antidepresivech
    - vyšší citlivost při těžké depresi a suicidálních myšlenkách
    - lepší senzitivita: kombinace DEX s CRF
  + aktivace neurotransmiterového systému s měřením koncentrace hormonů regulovaných neurotransmiterem
    - **fenfluraminový test** - serotoninergní systém
      * fce: inhibice transportu SER do váčků, substrát pro vychytávání - delší působení, víc uvolňování
      * víc SER - větší vyplavování prolaktinu
* **enzymy syntézy a metabolismu neurotransmiterů**
  + monoaminy - MAO A, MAO B, KOMT
    - MAO B - mitochondrie, trombocytů; marker aktivity serotoninu
  + měření saturačních a inhibičních křivek, parametry enzymové kinetiky
  + aktivita MAO - marker onemocnění, predikce odpovědi na terapii antidepresivy
* **vlastnosti receptorových systémů**
  + vlastnosti receptorů, parametry zpětného vychytávání transmiterů do neuronů
  + parametry: disociační konstanta, vazebná kapacita - vztah struktury a funkce
  + použití radioligandů - vysoká afinita k vazebným místům
* **zpětné vychytávání transmiterů**
  + hlavní mechanismus účinku antidepresiv - SER, NOR, DOP - v mozku i v jiných tkáních
  + princip: korelace mezi zpětným vychytáváním v mozku a v trombocytech - hypotéza: narušení serotoninergního systému v mozku vede ke sníženému vychytávání serotoninu v destičkách
  + radionuklidem značený transmiter
  + výzkumná metoda

**ZOBRAZOVACÍ METODY**

* diagnostika duševních poruch: klinické vyšetření aktuálního psychického stavu + anamnéza
* zobrazovací metody součástí výzkumu - objasnění patofyziologie onemocnění, korelace klinického nálezu a objektivních morfologických změn
* běžně pouze při diagnostice organicky podmíněných onemocnění (demence)
* význam: dif. dg. nepsychiatrických poruch, které se projevují poruchou chování nebo prožívání
* **zobrazovací metody:**
  + *morfologie a struktura* - RTG, CT, MRI, DTI (diffusion tensor imaging)
  + *biochemie a neurotransmise* - PET, SPECT, MRS (magnetická rezonanční spektroskopie)
  + *fyziologické děje* - krevní průtok, využití kyslíku a glukózy
    - fMR, PET, , SPECT, dCT (dynamická výpočetní tomografie)
    - elektrická aktivita - sLORETA (low resolution brain electromagnetick tomography), BESA (brain electrical source analysis), CLARA (classical LORETA analysis recursively applied)
  + 2 a 3 skupina - funkční zobrazovací metody
* **strukturální zobrazovací metody**
  + rozměry, tvar a charakteristika mozkové tkáně
  + nativní RTG - jenom na procesy v oblasti hypofýzy, nedostupné CT a MRI
  + kontrastní RTG - cévní malformace, aneurysmata, obliterace mozkových cév
  + CT, MRI - anatomické poměry, lokalizace patologických ložisek (nádory, atrofie, záněty, ischemie, krvácení, otok)
    - MRI rozliší bílou a šedou hmotu
    - CT na akutní krvácení
  + DTI - mikrostruktura mozku, hlavně bílá hmota
    - princip: difuze vody podél axonů - sledování směru průběhu vláken
    - včetně výpočtu 3D a volumometrie
  + I: vyloučení organické příčiny psychické poruchy - demence a jiné nevysvětlitelné kognitivní deteriorace, poruchy hybnosti neznámé etiologie, první epizoda psychotických poruch, první epizoda poruch nálady po 40. roce, mentální anorexie, neurologický deficit u psychiatrického syndromu, atypická odpověď na léčbu
  + málo využívané
* **strukturální nálezy u psychiatrických poruch:**
  + **schizofrenie** - redukce šedé hmoty (prefrontální kortex, primární a sekundární senzorické oblasti, motorické oblasti); variabilita redukce
  + **depresivní porucha** - důsledek prolongovaného působení glukokortikoidů, snížená hladina neurotrofních faktorů, změny neuroneogeneze
    - ztráta neuronů v cingulu, atrofie prefrontálně a orbitofrontálně; víc neuronů v hypothalamu
    - změny reverzibilní, reagují na antidepresiva
  + **bipolární afektivní porucha** - žádné specifické změny; variabilita v oblasti amygdaly, prefrontálního kortexu a thalamu
  + **OCD** - redukce šedé hmoty v předním cingulu, gyrus frontalis, inzule a gyrus temporalis superior
  + **poruchy příjmu potravy** - difuzní redukce šedé hmoty, obzvlášť posteriorně
  + redukce šedé hmoty u závislostí
* **funkční zobrazovací metody**
  + včetně EEG
  + LORETA - 3D vizualizace distribuce aktuální elektrické neuronové aktivity v kůře
  + většinou v rámci neuropsychiatrického výzkumu - neurofyziologie a neurochemie - lokální změny okysličení a metabolismu
* **SPECT** - demence nebo jiný nevysvětlitelný kognitivní deficit
* **PET** - duševní onemocnění s jinak nevysvětlitelnou neurologickou symptomatikou

**ELEKTROENCEFALOGRAFIE**

* registrace elektrického pole mozku (řádově mikrovolty) - ideálně sinusiodového tvaru
* vyšetření neinvazivní, bez radiologické a jiné zátěže - funkční zobrazení mozku
* odstínění pacienta, převod signálu - hodnocení manuální i výpočetní technikou (FFT, autokorelační metody, crosskorelační metody); i EEG Holter
* **vyšetření:**
  + nutná spolupráce pacienta
  + není možno simulovat, pouze nespolupracovat nebo rušit vyšetření
  + v leže/ v klidu v sedě; manévr s otevřením očí = **Bergerova reakce zástavy základního EEG rytmu** - po otevření očí zástava α-aktivity
  + hyperventilace - zvýšení mozkové dráždivosti
  + aktivace spánkem po předchozí spánkové deprivaci
* **fyziologie:**
  + určeno věkem pacienta a bdělostí pacienta - vliv na amplitudu, frekvenci a topografii
  + typy záznamu podle amplitudy: plochý (úzkost), střední (norma), vysokovoltážní (děti)
  + **základní frekvenční pásma:**
    - **α** - 8-13 Hz, bdělý klidový záznam u relaxovaného dospělého pacienta; maximum nad zadními kvadranty; potlačitelná zavřením očí, zmenšuje se ve stáří
      * modulovaná - vyskytuje se ve vřeténcích se vzestupem a poklesem aktivity
    - **β** - 14-30 Hz, maximum nad frontálními laloky při otevřených očích; potenciace: psychické napětí, psychofarmaka (barbituráty, BZD)
    - **theta** - 4-7 Hz, v dětství nad předními kvadranty, v dospělosti ve spánku
    - **δ** - 1-3 Hz, velká amplituda, v hlubokém NREM spánku, primární aktivita u dítěte intrauterinně
  + prefrontálně ještě synchronní pomalé vlny - elektrookulogram
  + temporálně je možná lehká asymetrie vzhledem ke střední čáře
  + vliv tonu žvýkacích svalů - modifikuje záznam temporálně a frontolaterálně
* **ontogeneze:**
  + intrauterinně a časně postnatálně převládá delta aktivita - důsledek velké spánkové aktivity novorozence
  + přeškolně dominuje theta aktivita - symetrická, tlumí se zavřením očí
  + od 6 let alfa aktivita v zadních kvadrantech, do 18 let maturace záznamu
  + po 60 letech se alfa vlny zpomalují; po 70 letech lze připustit difuzně theta vlny
* **variabilita záznamu:**
  + klinicky němé "chorobné" změny - kosmetický defekt křivky; nelze považovat za patologii
  + variabilita v čase - změny vigility pacienta, schopnost realxace a další fyziologické parametry (nevyspání, glykemie)
  + EEG záznam má podobný charakter jako dermatoglyf - u člověka je individuální a neměnný
* **patologie EEG:**
  + **difuzní** - difuzní mozkový proces, který narušuje EEG ve všech oblastech
    - demence Alzheimerova typu
  + **disperzní** - mozaikovité poškození některých oblastí
    - vaskulární demence - odpovídá patologickému nálezu status lacunaris
  + **fokální** - vymizelá fyziologická aktivita, nahrazena delta nebo theta aktivitou, v ložisku můžou být hroty nebo komplexy hrot-vlna
  + podle časového vývoje:
    - trvalá - vlny nad nádorem, abscesem
    - v pravidelných intervalech - př. epileptický fokus objevující se pravidelně při usínání
    - nepravidelná - k vyvolání patologického jevu je nutná souhra okolností
  + u většiny poškození mozku nespecifické, specifické grafoelementy u epilepsie (jednotlivé nebo mnohočetné vlny nebo komplexy hrot-vlna, nespecifická pomalá aktivita s hroty)
  + skalpové EEG, procesy na bazi mozku nemusí zachytit
  + u epilepsie záchvaty náhodně, až 25% pacientů je mimo záchvat EEG němých - využívá se provokačních manévrů (hyperkapnie, hyperventilace, fotostimulace, spánková deprivace)
* **interpretace nálezů:**
  + základ: klinické údaje o pacientovi
  + topografická lokalizace procesu, zhodnocení difuzního poškození; neřeší etiologii
  + patologický nález u neuróz, metabolických onemocnění, endokrinopatiíc
  + vizuální nebo počítačové hodnocení (power spectrum, FFT, frekvenční amplitudová analýza), brain mapping (barevné propojení oblastí mozku se stejnou elektrickou aktivitou)
  + vliv psychofarmak - experimentální použití; před vyšetřením vysadit (nebo vyšetřovat před nasazením)
  + evokované potenciály - somatosenzorické, kognitivní
  + zásadní pro diagnostiku epilepsie, spánkových poruch, vývojových poruch v dětském věku; dobrá pro hodnocení organicky podmíněných duševních poruch
  + **QEEG** - matematické hodnocení EEG záznamu

**PHALOPLETYSMOGRAFIE (PPG)**

* metoda zjišťování sexuálních odchylek u mužů (u žen vulvopletysmografie)
* postup: zraková a jiná sexuální stimulace - registrace objemových změn penisu (celý objem nebo pouze obvod - obvod pohodlnější, objem přesnější)
* diagnostika parafilií (porucha volby objektu), ověření účinku terapie, zhodnocení rizika recidivy

**30. PSYCHOLOGICKÉ VYŠETŘOVACÍ METODY**

* provozuje klinický psycholog s dostatkem teoretického vzdělání a klinických zkušeností
  + 5 let studia Mgr + 5 let specializovaného postgraduálního studia + atestace
  + specializační zkoušky + praxe - registrovaný klinický psycholog - může vykonávat praxi bez lékařského dohledu
* měření a posuzování duševních stavů a jejich poruch a nemocí
* **psychologická diagnostika** - povaha a příčina duševních poruch, vývojové abnormality, defekty; stanovení terapie a prognózy
* klinické metody: pozorování, klinický rozhovor, anamnéza, analýza spontánních produktů (písmo, kresby, deníky, zprávy)
* **testové metody**
  + **výkonové testy** - testy inteligence, speciálních schopností, jednotlivých psychických funkcí
  + **testy osobnosti** - projektivní testy, objektivní testy osobnosti, dotazníky, posuzovací stupnice
  + požadavky na testy:
    - **objektivita** - výsledky nezávislé na psychologovi a vyšetřované osobě; jasně vymezený čas, materiál, instrukce, systém hodnocení (psycholog na něj nemá vliv); kombinace se lži škálami - jak moc má pacient tendenci v testu podvádět
    - **standardizace** - stejný přístup při zadávání testu a vyhodnocení a interpretaci výsledků; výsledky testů se převádějí na standardní skóre
    - **reliabilita** = spolehlivost; zda měří to, co má - jestli při opakování testu dosáhnu stejných výsledků
    - **validita** = platnost, praktické využití testu - jestli test měří to, k čemu je určen
* vyšetření:
  + navázání kontaktu s vyšetřovaným
  + aplikace psychologických vyšetřovacích metod
  + vyhodnocení a interpretace výsledků
  + formulace klinického nálezu, sepsání závěrečné zprávy

**KLINICKÉ METODY**

* **pozorování**
  + všechny projevy a aspekty osobnosti pacienta, chování, verbální a písemný projev, způsob myšlení, emoce, kognitivní úroveň, sociální chování, vztah k sobě a k okolí
  + celkový vzhled, osobní hygiena, vkus, držení těla, mimika, gesta
  + metody: introspekce - sebe, extrospekce - někoho jiného
  + orientační nebo systematické, krátkodobé nebo dlouhodobé
* **rozhovor**
  + nejdůležitější klinická metoda; možnost zvýšení motivace pacienta a snížení obav a úzkosti
  + diagnostický, terapeutický, anamnestický, výzkumný, poradenský
  + standardizovaný rozhovor - jasné schéma, počet a typ otázek - př. IPDE (mezinárodní rozhovor pro poruchy osobnosti) - zaměstnání, mezilidské vztahy, afekty, reaktivita
  + důležitá atmosféra rozhovoru
  + závěr - shrnutí obsahu rozhovoru
* **anamnéza** - zaměřená na rodinu, emocionální a intelektuální vývoj a pod (jako psychiatrie)
* **analýza spontánních produktů** - velmi individuální charakter

**TESTOVÉ METODY**

* **výkonové testy**
  + řešení úkolů a situací - hodnotí se pacientův úspěch
  + **testy inteligence** - jednodimenzionální a komplexní; výsledek - IQ
    - deviační kvocient - odchylka od hodnot normálních pro populaci daného věku
    - nejlepší výkon mezi 25-30 lety
    - Kohsovy kostky, Ravenovy progresivní matice - jednodimenzionální
    - komplexní - Wechslerovy škály, Test struktury inteligence, Vídeňský maticový test
  + **testy speciálních schopností jednotlivých psychických funkcí**
    - ***testy paměti***
    - ***zkoušky kreativity***
    - ***zkoušky parciálních a kombinovaných schopností***
    - ***zkoušky technických schopností***
    - ***zkoušky verbálních a matematických schopností***
    - ***testy uměleckých schopností***
    - ***neuropsychologické testy***
  + **vědomostní testy**
* **testy osobnosti**
  + **projektivní testy** - verbální, grafické, testy volby
    - vyšetřovaná osoba je konfrontována s neurčitou podnětovou situací, mnohovýznamovou - promítá se do jeho vnitřního světa, musí na ni reagovat
    - nejdůležitější - **Rorschachova metoda**
    - odpovědi - odraz úrovně percepce, prožívání, myšlení, představ, emocí, nálad
    - tematicko-apercepční test, Zulligerův tabulový test, Test ruky, kresba stromu
  + **objektivní testy osobnosti**
  + **dotazníky** - jednorozměrné (jednotlivé rysy osobnosti) a vícerozměrné
    - zisk subjektivních údajů - vlastnosti, city, postoje, názory, potřeby, zájmy, reakce v různých situacích
    - introspekce, náhled na sebe samého
    - set otázek a výroků - ano/ne/nevím/často/vůbec - odpověď na otázky ohledně situací, ve kterých se může projevit zkoumaná vlastnost; převod na kvantitativní skóre
    - snadné vyhodnocení a porovnání s normálním skóre
    - nutná introspekce a schopnost pacienta objektivně zhodnotit sebe sama; výsledky ruší snaha o simulaci/disimulaci, nízké sebehodnocení, neupřímnost
    - Neurotický dotazník N5, Dotazník interpersonální diagnostiky, Minnesotský multifázový osobnostní inventář, Dotazník typologie osobnosti, Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti
  + **posuzovací stupnice** - sebeposuzovací stupnice, objektivní posuzovací stupnice
    - screening klinických znaků a vlastností
    - sebeposuzující - vyšetřovaný na stupnici označuje dojem z příznaků, sledovaného znaku, pocitů (Beckův inventář úzkosti, Beckova sebeposuzující stupnice deprese, Hamiltonova škála anxiety)
    - hodnocení schizofrenie, afektivních poruch, kognitivních poruch, úzkosti, OCD
* **psychologický nález**
  + výsledky testů a metod + jejich interpretace
  + struktura a dynamika vyšetřované osoby, rozumové schopnosti, afektivita, kognitivní a percepční úroveň, vztahy s lidmi, míra psychopatologie
  + vhled do struktury vyšetřované osoby, odhad budoucího vývoje
  + obsahuje 2 druhy údajů:
    - faktické údaje - osobní a anamnestické data, testy (skóre, indexy, popis chování)
    - vlastní interpretace těchto dat a informací, kategorizace a srovnání s normou
  + nález:
    - *klinicky orientovaný* - hlavně klinika, kazuistický charakter
    - *testový* - objektivní výsledky testů
    - *exploračně-testový* - obě metody
    - *narativní* - spolu s hypotézami

**31. HYPNOTIKA A ANXIOLYTIKA**

* hypnotika = léčiva používaná k terapii nespavosti = subjektivně vnímaný úbytek kvality nebo kvantity spánku, případně obojího
* projevy: obtížné usínání, porucha kontinuity spánku (časté probouzení), časné ranní buzení, narušení cirkadiánní rytmicky
  + podle délky trvání se nespavost dělí na krátkodobou, přechodnou (1-3 týdny) a chronickou
* pro volbu vhodného hypnotika je důležitá správná diagnóza
* podávání krátkodobě - hrozí riziko návyku
* MÚ: ovlivnění GABAA-receptorů (inhibiční) v CNS vazbou na benzodiazepinová místa - aktivace receptorů - otevření Cl- kanálu a depolarizace membrány (prodloužené otevření) - zvýšení tlumivých účinků GABA
  + alprazolam - působí down-regulaci β-receptorů a činnosti stresové osy potlačením produkce CRF (antipanické a antidepresivní působení)
* indikace:
  + úzkostné poruchy
  + poruchy spánku
  + epilepsie
* NÚ: snížení pozornosti, rozvoj tolerance, fyzická závislost, narušení paměti
  + komplikace - abstinenční poruchy - tachykardie, hypertenze, křeče, nespavost, panické ataky, epileptické záchvaty
  + předávkování - hrozí útlum dechového centra - antagonista: flumazenil
* důležité je velmi pozvolné vysazování léku
* přípravky:
  + benzodiazepiny (anxiolytika a hypnotika)
    - alprazolam
    - bromazepam
    - clonazepam
    - diazepam
  + nebenzodiazepinová hypnotika (Z-hypnotika)
    - zolpidem
    - zaleplon
    - zolpicon
* léčby nespavosti - řídíme se typem nespavosti
  + ztížené usínání - hypnotika s krátkým poločasem - midazolam, zolpidem
  + předčasné probouzení - zolpidon, nitrazepam

**HYPNOTIKA A SEDATIVA**

* látky snižující vigilitu (bdělost) - působí tlumivě na CNS
* **sedace** = mírný stupeň útlumu CNS, klidnění pacienta
* každé sedativum je od určité dávky hypnotikum; jediná nesedativní hypnotika jsou III. generace
* ideálně pouze krátkodobé používání, u chronické nespavosti by měla být léčena příčina (antidepresivy a pod.)
* **ideální hypnotikum**:
  + navozuje spánek rychle po aplikaci a udrží jej celé požadované období
  + zachovává přirozenou architektoniku spánku
  + účinek po probuzení plně odezní
  + neovlivňuje psychomotorické funkce během dne
  + nevzniká tolerance a závislost při opakovaném podání
  + náhlé vysazení nezpůsobí abstinenční příznaky ani rebound nespavost
* experimentální hypnotikum melatonin - epifyzární hormon, substituce účinná u poruch cirkadiánních rytmů
* nefarmakologická léčba - kognitivně-behaviorální, součástí spánková hygiena
  + nespat během dne
  + pravidelná pohybová aktivita - nejpozději 4-6 hodin před spaním
  + vstávat každý den ve stejnou dobu
  + nedělat plány na další den před spaním
  + před spaním nekonzumovat psychotropní látky - alkohol, nikotin, kofein
  + odstranit z ložnice viditelné hodiny
  + nepobývat v posteli mimo spánek
  + nestresovat se tím, že nespím
* **I. generace hypnotik**
  + **barbituráty** -GABA, použití jako hypnotik není vhodné
    - NÚ: kardiovaskulární a respirační útlum při předávkování, riziko vzniku závislostí, interakce, vznik tolerance
    - velmi nízký terapeutický index - snadné předávkování
    - potlačují REM spánek
  + **clomethiazol** -vazba na GABA receptor (picrotoxinové místo), myorelaxační
  + sedativní antihistaminika - **diphenhydramin**
  + **Valerianae extractum** -výtažek z kozlíku lékařského
  + sloučeniny obsahující brom - **bromisoval**
  + **guaifenesin** - anxiolytikum a expektorans
  + prekurzor serotoninu **L-tryptophan** - pofidérní účinek, způsobuje eosinofilii a myalgii
* **II. generace hypnotik = benzodiazepiny**
* zkracují spánkovou latenci, snižují počet probuzení, zkracují REM spánek, v non-REM zkracují fázi IV a prodlužují fázi II
* porucha usínání - **midazolam**
* nekvalitní spánek, časté probouzení - **nitrazepam, flunitrazepam** (málo)
* u starších pacientů nutno vynechat látky s dlouhým poločasem - riziko akumulace
* u pacientů se syndromem spánkové apnoe může zvýšit počet a intenzitu apnoických pauz
* **III. generace hypnotik = selektivní agonisté BZD1 receptorů**
* selektivní hypnotické působení bez anxiolýzy a myorelaxace
* látky: **zolpidem, zopiclon, zalepen**
* FK: rychlý nástup účinku, krátký poločas, nepřítomnost aktivních metabolitů
* nehrozí vznik závislosti
* malý vliv na architektoniku spánku
* terapie poruch usínání, znovuusnutí při nočním probuzení

**ANXIOLYTIKA**

* léky používané k terapii **úzkostných poruch**: poruchy, jejichž hlavním příznakem je úzkost a panický strach (fobické úzkostné poruchy, generalizovaná úzkostná porucha, obsedantně kompulzivní porucha, reakce na závažný stres - akutní reakce na stres, posttraumatická stresová porucha; disociativní poruchy, somatoformní poruchy)
* pravidelně užívány cca 10% populace
* patogeneze úzkostných poruch: účast 3 mediátorů- **serotonin, GABA, noradrenalin** - GABA projevy tlumí, serotonin a noradrenalin vyvolávají
* mechanismus působení:
  + přes GABA receptorový systém - benzodiazepiny, účinek hned po aplikaci
  + serotoninergní systém - účinek nastupuje až po 1-5 týdnech pravidelné aplikace
  + selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI)
  + SNRI - venlafaxin - serotonin a noradrenalin
  + agonisté 5-HT1A receptoru (buspiron)
* ostatní - barbituráty, sedativní antihistaminika, meprobamát
* ovlivnění periferních projevů úzkosti - β-blokátory

**BENZODIAZEPINY**

* společná struktura - sedmičlenný kruh s benzenovým jádrem a substitucemi
* MÚ: ovlivnění GABAA-receptorového komplexu
  + vlastní vazebné místo - alostericky zvyšují afinitu receptoru k GABA
* účinky sedativní, hypnotické, anxiolytické, myorelaxační, amnestické, antikonvulzivní
* receptor má dva typy:
  + **BZD1** -sedativní, hypnotické a anxiolytické účinky
  + **BZD2** -antikonvulzivní, myorelaxační účinky
  + většina benzodiazepinů působí na obou typech receptoru
* FK: výborná biologická dostupnost (skoro 100%), maximální plazmatická koncentrace do 1 hodiny, vysoká vazba na plazmatické bílkoviny
  + značně lipofilní - prostup do CNS, kumulace v tukové tkáni, prostup placentární bariérou i do mateřského mléka
  + distribuční objem 1l/kg
  + metabolismus: oxidace CYP 450, konjugace s kys. glukuronovou, vylučovány ledvinami
* podle délky účinku:
  + **krátkodobě účinné:** midazolam, oxazepam, triazolam - 2-5 hodin
  + **střednědobě účinné:** flunitrazepam, alprazolam, lorazepam, bromazepam, temazepam -6-12 hodin
  + **dlouhodobě účinné:** chlordiazepoxid, diazepam, flurazepam, medazepam, prazepam,clobazam - 15-70 hodin

**OSTATNÍ ANXIOLYTIKA**

* **SSRI, SNRI** - dlouhodobá léčba úzkostných poruch-fobie, panická porucha, generalizovanéúzkosti, obsedantně kompulzivní porucha
* **barbituráty** -první léčba úzkostí, přes GABA komplex
  + řada NÚ - indukce CYP 450, riziko závislostí, malá terapeutická šíře
  + **meprobamát** -výrazná sedace a myorelaxace; riziko závislostí, ovlivnění psychomotorickýchfunkcí, prokonvulzivní, s alkoholem tlumí CNS
* **agonisté serotoninových 5-HT1A receptorů** - buspiron -pomalý nástup
  + NÚ: nausea, závratě, bolesti hlavy, neklid
  + nevzniká závislost
* anxiolytický účinek v experimentu mají i **antagonisté serotoninových 5-HT3** **-** **receptorů** - ondansetron, zacoprid
* **guaifenesin** -anxiolytický, myorelaxační, expektorační

**32. ANTIDEPRESIVA TRICYKLICKÁ, SSRI, SNRI, A JINÁ DUÁLNĚ PŮSOBÍCÍ**

**ANTIDEPRESIVA**

* působí na různé transmiterové systémy, u pacientů účinná různá depresiva - změn odpovědných za vznik onemocnění je více
* podle selektivity působení na různé systémy se dělí do tří generací
* další možné indikace: posttraumatická stresová porucha, obsedantně-kompulzivní porucha, poruchy spánku, poruchy příjmu potravy, syndrom dráždivého tračníku, enuréza, kožní patologické reakce

**TRICYKLICKÁ ANTIDEPRESIVA (THYMOLEPTIKA)**

* MÚ: inhibice zpětného vychytávání monoaminů (serotonin, noradrenalin, částečně dopamin) do neuronu - kompetitivní inhibitor transportéru + blokáda H1, M, α1 a α2 receptorů - podílí se zejména na nežádoucích účincích
* zástupci:
  + **clomipramin** - serotoninergní účinek - deprese, OCD
  + **dosulepin** - účinek anxiolytický, hypnotický, antidepresivní, analgetický
  + **amitriptylin** - sedativní, analgetický, hypnotický účinek
* u zdravých osob neovlivňují náladu, můžou působit sedativně až hypnoticky
* nástup účinku po 2-4 týdnech podávání
* NÚ:
  + anticholinergní - suchost sliznic, zácpa, retence moči, poruchy akomodace; akutní zhoršení stavu u glaukomu s úzkým úhlem a hyperplázie prostaty
  + KVS - anticholinergní i katecholaminergní působení - tachykardie, prodloužení vlny T, hypertenze, posturální hypotenze, poruchy ejakulace
  + antihistaminové působení - sedace, zvýšení tělesné hmotnosti
  + na CNS - přesmyk deprese do mánie u bipolárních poruch, snížení křečového prahu, třes HK (reaguje na β-blokátory)
* FK: vazba na plazmatické bílkoviny - interakce s ASA, phenylbutazonem a dalšími
  + dobrá absorpce z GIT, ale pomalu (maximum za 2-8 hod)
  + first-pass efekt - až 50% léčiva, poločas 16-126 hodin
  + degradace: CYP 2D6, 1A2, 3A4, 2C19 - interakce s kortikoidy, neuroleptiky, fluoxetin
  + monitorování u hypertoniků s antihypertenzivy
* neužívat s alkoholem, morfiem - toxická deprese dýchání
* KI u hypertrofie prostaty, glaukomu s uzavřeným úhlem, kognitivních poruch
* intoxikace - anticholinergní delirium, epileptický záchvat, vyhaslá střevní peristaltika

**HETEROCYKLICKÁ ANTIDEPRESIVA**

* ***selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu***
  + lék volby v ambulantní péči u depresivních a úzkostných stavů
  + zástupci:
    - **fluoxetin** - dlouhý vylučovací poločas, aktivní metabolit, monoterapie
    - **sertralin** - bezpečné, neovlivňuje KVS, v kombinacích
    - **citalopram** - antidepresivní a antianxiózní účinek, ambulantně
  + MÚ: inhibice vychytávání serotoninu ze synaptických štěrbin - vazba na transportér
    - zvýšené množství serotoninu v synapsích - postupná down-regulace receptorů
    - neváží se na žádné receptory - méně nežádoucích účinků, méně toxické, předávkování nemá letální následky
  + dákování - 1x denně, ráno
  + NÚ: výsledek aktivace serotoninových receptorů v mozku, GIT a jinde
    - bolesti hlavy, úzkostnost, nespavost, snížení libida, opožděná ejakulace
    - **syndrom z vysazení** - při náhlém - nauzea, průjem, nespavost, iritabilita
    - **serotoninový syndrom** -hlavně při špatné kombinaci (hlavně s IMAO)
      * CNS - zmatenost, dysartrie, třes, svalové záškuby, porucha koordinace
      * abdominální křeče, meteorismus, průjem, hypertenze, tachykardie, pocení
  + FK: perorální podání, dobrá absorpce
    - velká vazba na krevní bílkoviny
    - biotransformace v játrech - některé tvoří aktivní metabolity (fluoxetin) s dlouhým poločasem
    - kompetitivní inhibitory CYP - velký prostor pro interakce: kofein, paracetamol, propranolol, TCA, phenytoin, benzodiazepiny, chinidin, kortizol, makrolidy, neuroleptika, opioidy
* ***inhibitory reuptake serotoninu (SARI), serotoninoví antagoniské receptorů 5-HT2***
  + **trazodon** - tlumivé anxiolytické účinky, potlačení nespavosti, deprese (Tritico)
    - NÚ: závratě, ortostatická hypotenze, kombinace s centrálně půs. látkami - útlum DC
* ***inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu (SNRI)***
  + MÚ: inhibice zpětného vychytávání noradrenalinu a serotoninu; ve vysokých dávkách ovlivňují i vychytávání dopaminu
  + NÚ: agitovanost, poruchy spánku a sexuálních funkcí - zhoršují se se zvyšováním dávky; ve vysokých dávkách katecholaminergní hypertenzní působení
  + KI podávání s IMAO
  + **venlafaxin** - pomalé stoupaní dávky, časté kontroly, na farmakorezistentní deprese
  + **duloxetin** - u depresivních epizod
* ***noradrenergní a specifická serotoninergní antidepresiva (NaSSA)***
  + MÚ: antagonista α2 receptorů - blokují presynaptickou inhibici uvolňování noradrenalinu - zvyšují adrenalin; blokují 5-HT2 a 5-HT3 receptory - chybí NÚ: sexuální dysfunkce, nauzea
  + mírné antagonistické působení na histaminových receptorech, α1 a 5-HT - sedace, přibírání
  + působí na neuronální serotoninové receptory - posílení aktivity serotoninu
  + **mirtazapin** -agitovaná deprese, úzkostné stavy, pozitivně ovlivňuje spánek
* ***inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu a dopaminu (NDRI)***
  + **bupropion** - deprese refrakterní na jinou léčbu (+fototerapie), netolerance serotoninergních antidepresiv; využití dopaminergního působení při odvykání u dopaminergních drog - nikotin
    - NÚ: schizofrenní psychózy, delirium
    - KI: epilepsie - výrazně prokonvulzivní účinky
* ***stimulans zpětného vychytávání serotoninu (SSE)***
  + **tianeptin** - lehké-středně těžké deprese, dysthymie, závislost na alkoholu
  + MÚ: stimulace zpětného vychytávání serotoninu, stabilizace serotoninových funkcí; jinak podobný účinek jako TCA
* ***reverzibilní inhibitory monoaminooxidázy typu A (RIMA)***
  + **moclobemid** - atypické formy deprese (zvýšený příjem potravy, únavnost, bolesti hlavy)
    - dobře snášen, výjimečně riziko hypertenzní krize
    - KI: tyramin (zrající sýr), kombinace s antidepresivy ovlivňujícími serotoninerg.sy

**33. STABILIZÁTORY NÁLADY (TYMOPROFYLAKTIKA), STIMULANCIA A KOGNITIVA**

**THYMOPROFYLAKTIKA**

* prevence bipolární a schizoafektivní poruchy
* antidepresivní a antimanický účinek

**LITHIUM**

* bipolární a schizoafektivní poruchy, podpůrná léčba deprese (antiagresivní a antisuicidální účinek)
* MÚ: kationt - může napěťově řízenými kanály pro Na+ prostupovat do neuronu, není vylučován Na+/K+ ATPázou - hromadí se v buňce, buňka ztrácí draslík - částečná depolarizace
  + vliv na serotoninergní, dopaminergní, noradrenergní a glutamátergní systémy
  + vliv na druhé posly (G-proteiny, inhibice adenylátcyklázy
* malá terapeutická šíře - monitorování plazmatických hladin, eliminace ledvinami, dlouhý poločas
* NÚ: útlum, únavnost, zácpa, rozmazané vidění, polyurie a polydypsie, bolesti hlavy
* pozor na dehydratace (infekce, zvracení)
* intoxikace: poruchy kortikálních funkcí - polyurie, průjem, zvracení, malátnost, narušení koordinace, stupor, zmatenost, epileptické záchvaty, arytmie, křeče, kóma, smrt
* kombinace s SSRI - zvýšené nebezpečí serotoninového syndromu
* interakce - karbamazepin, potenciace serotoniergními léky, thiazidová diuretika
* KI: průjem, epilepsie, gravidita, hypo/hypertyreóza
* před nasazením - vyšetření ledvin, fce ŠŽ, EKG, EEG
* kontrola lithémie

**CARBAMAZEPIN**

* antiepileptikum, u neuralgií
* rychlá absorpce, poločas vylučování 12h
* MÚ: vliv na serotoninergní systém, antagonista GABA-receptorů, blokuje Na+ a Ca2+ kanály
* NÚ: ospalost, vertigno, rozmazané a zdvojené vidění, hypotyreóza, cholestáza, poruchy krvetvorby
* KO: kombinace s IMAO, valproátem

**VALPROÁT**

* antiepileptikum, antimigrenózní, antiagresivní účinek
* u smíšené mánie, organického psychosyndromu
* kombinace s SSRI, lithiem
* NÚ: hepatotoxicita, nauzea, nechutenství, jemný třes rukou, trombocytopenie
* KI: gravidita, poškození jater; nekombinovat s benzodiazepiny, alkoholem, ASA

**LAMOTRIGIN**

* antikonvulzivum (antiepileptikum) a profylaktikum
* MÚ: vliv na glutamátergní systém
* NÚ: makulopapulózní kožní afekce (nevystavování slunci první 4 týdny)

**PSYCHOSTIMULANCIA**

* u hyperaktivních dětí s poruchou pozornosti (ADHD), u dospělých, u narkolepsie, hypersomnie
* MÚ: blokují zpětné vychytávání dopaminu a noradrenalinu na nesynaptických neuronech, blokují dopaminový transportér - zvýšená koncentrace ve štěrbině, agonisté postsynaptických adrenergních receptorů
  + stimulace v prefrontální oblasti, inhibice ve striatu
* riziko závislosti u zdravých osob - toxická psychóza s paranoidními a halucinatorními příznaky (napodobují schizofrenii) - po vysazení - zvýšená potřeba spánku, chuť k jídlu, dysforie
  + u nemocných - klesá riziko závislosti, nejsou abstinenční příznaky po vysazení
* NÚ: nespavost, snížená chuť k jídlu, úbytek hmotnosti, bolesti břicha a hlavy
* žádoucí *terapeutické prázdniny* - 1-2 měsíce
* interakce - nedoporučuje se kombinace s jinými léky
* KI: u středně těžké-těžké depresivní poruchy (riziko potenciace suicidálního chování), psychotických stavů, mánie, mentální anorexie, u hypertenze, tyreotoxikózy, tachyarytmii, angině pectoris, ICHS, IM
* kognitivní účinky - zlepšují kvalitu pozornosti, zkracují reakční čas, zlepšují krátkodobou paměť,učení
* zástupce: methylphendiát, (amfetamin)

**KOGNITIVA**

* zlepšují pozornost a paměťové schopnosti, zpomalují průběh demence
* zejména cholinomimetické účinky - zvyšují ACH
* ***inhibitory acetylcholoinesterázy*** -zlepšení paměti a kognitivních funkcí asi u 40%léčených
  + léčba Alzheimerovy demence, demence s Lewyho tělísky, Parkinsonova choroba, vaskulární demence
  + zástupci:
    - **donepezil** - reverzibilní nekompetitivní ACHE-I, relativně CNS selektivní
    - **rivastigmin** -reverzibilní inhibitor
    - **galantamin** -reverzibilní
  + NÚ: cholinergní - nauzea, bolestivé spasmy GIT, průjmy, motorický neklid nohou
  + KI: poruchy síňokomorového veden (prodlužují GT interval), peptický vřed
* ***nootropika (neurodynamika)*** = nesourodá skupina látek s příznivým působením při indikacíchporuch vědomí, pozornosti a paměti (zvyšují extrakční kvocient a obrat kyslíku a glukózy v neuronech)
* zástupci:
  + **piracetam** -derivát GABA, zlepšuje plasticitu erytrocytů a oxidativní metabolismus neuronů
    - u mírných kognitivních poruch, postkomočních a postintoxikačních stavů
  + **pyritinol** -protizánětlivý, vychytává volné radikály
  + **selegili** - IMAO typu B

**34. ANTIPSYCHOTIKA KLASICKÁ A ATYPICKÁ**

**ANTIPSYCHOTIKA (NEUROLEPTIKA)**

* léčiva, které zmírňují psychotické příznaky
* 1. - chlorpromazin u schizofrenie
* ovlivňují i další receptorové systémy

**I. GENERACE ANTIPSYCHOTIK**

* klastická antipsychotika, neuroleptika
* působí na pozitivní schizofrenní příznaky (bludy, halucinace, iluze), tlumí psychomotorický neklid, mají antidepresivní účinek, zlepšují náhled na chorobnost symptomů
* MÚ: tlumení neurotransmiterových systémů - DOP, NOR, ACH, SER, HIS - blokáda receptorů
  + **antidopaminový účinek** -typický, zásadní pro antipsychotický účinek, hlavně účinek na D2 receptory - blokáda postsynaptických R v mezolimbické mezokortikální, nigrostriatální a tuberoinfundibulární oblasti a nesynaptických
    - mezolimbický systém - redukce pozitivních symptomů
    - tuberoinfundibulární systém - hyperprolaktinémie (NÚ)
    - nigrostriatální systém - extrapyramidové reakce (NÚ)
  + anticholinergní, antihistaminový, adrenolytický účinek - vliv na NÚ
* dělení:
  + sedativní - uklidňující účinek, nižší extrapyramidové příznaky (rigidita, hypokineze)
  + incisivní - slabší sedativní působení, vyšší výskyt extrapyramidovýchporuch, hyperprolaktinémie
* zástupci:
  + **chlorpromazin**
    - první klasické neuroleptikum
    - sedativní účinek, antipsychoticky na pozitivní příznaky
    - tlumení psychomotorického neklidu
    - intoxikace alkoholem - riziko útlumu DC; u vyššího věku - ortostatický kolaps
  + **levopromazin** 
    - výrazné zklidňující účinky, menší extrapyramidové příznaky
    - u nespavosti rezistentní na hypnotika
    - kombinace s opiáty/antidepresivy - u těžkých algických syndromů
    - riziko ortostatického kolapsu u starších
  + **haloperidol** 
    - incisivní antipsychotikum, malé riziko ortostatických reakcí
    - v gerontologii při akutním psychomotorickém neklidu, profylaxe schizofrenních a schizoafektivních psychóz (depotně 1x/měsíc)

**II. GEENRACE ANTYPSYCHOTIK - ATYPICKÁ ANTIPSYCHOTIKA**

* menší výskyt extrapyramidových účinků
* širší terapeutický efekt
  + na pozitivní příznaky - halucinace, bludy, dezorganizace myšlení, agresivita
  + na negativní příznaky - autismus, hypobulie, emoční oploštělost
* MÚ: dělí do skupin
  + ***selektivní D2/D3 antagonisté***
    - zástupci: **sulpirid, amisulprid**
    - **sulpirid** -na negativní i pozitivní symptomy; chybí hypotenze i anticholinergníúčinky, minimální sedace
      * NÚ: projevy hyperprolaktinémie
  + ***antagonisté serotoninových a dopaminových receptorů - SDA***
    - mimo to blokují i α1
    - zástupci: **risperidon,** ziprasidon, sertindol
    - **risperidon** -mírné extrapyramidové účinky u mladých,prolaktinémie, sedace, ortostatická hypotenze
      * akutní i chronické schizofrenní poruchy, farmakorezistentní schizofrenní psychózy, tikové poruchy, rezistentní OCD
  + ***multireceptoroví agonisté - MARTA***
    - antagonisté na α1, dopaminových, serotoninových, histaminových a muskarinových receptorech; nezvyšují prolaktin
    - zástupci: **clozapin, olanzapin, quetiapin, aripriprazol**
    - **quetiapin** - na začátku vzestup KT (třeba nižší dávky)
    - **clozapin** -účinný i u jinak rezistentních nemocných
      * vliv na histaminergní, serotoninergní, cholinergní a adrenergní sy
      * antisuicidální účinek - profylaxe bipolární poruchy, schizoaf.poruch
      * NÚ: riziko agranulocytózy - nutná kontrola krevního obrazu; ortostatická hypotenze, anticholinergní účinky, ospalost, nárůst tělesné hmotnosti
    - **olanzapin** - bez rizika agranulocytózy, může být vzestup hmotnosti
    - **aripiprazol** - neprodlužuje QT interval, nezvyšuje hmotnost

**NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY**

* tlumivý účinek (útlum a ospalost)
* retence moči, zácpa, bolesti žaludku, delirium, zmatenost (clozapin, 1.G)
* akatizie (neschopnost vydržet v klidu) - motorický neklid (vysoké dávkování!)
* extrapyramidové poruchy - parkinsonský syndrom
* epileptické záchvaty (olanzapin, clozapin)
* intrahepatální obstrukční ikterus (1.G)
* arytmie - torsade de pointes
* enantém, edém glottis a krku, fotosenzitivita po slunění (1.G)
* sexuální dysfce
* zvýšená chuť k jídlu a hmotnost (clozapin, olanzapin

**ZÁVAŽNÉ NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY A KOMPLIKACE**

* ***hyperprolaktinémie*** - blokem D2-receptorů v tuberoinfundibulární oblasti
  + menstruační problémy, gynekomastie, galaktorea, snížení libida, impotence, osteoporóza, deprese
  + zvyšují incisivní prepráty (KI u prolaktinomů, ca prsu)
* ***maligní neuroleptický syndrom*** - život ohrožující, většinou po 2 týdnech, muži, mladí
  + KO: svalová rigidita, poruchy vědomí, katatonie, stupor, hyperpyrexie, labilní pulz a tlak, vysoká aktivitakreatinfosfokinázy
  + léčbu hned přerušit, podávání dopaminergních agonistů (bromocriptin, amantadin)
* ***tardivní dyskineze*** - u disponovaných osob
  + 3 podmínky pro dg.:
    - kontinuální podávání antipsychotik 3 měsíce
    - přítomné abnormální mimovolní pohyby sval.skupin tváře, rtů, čelisti, jazyka, HK, DK nebo trupu
    - nepřítomnost jasných příčin mimovolných pohybů
  + vysazení léku a nasazení clozapinu

**35. SUBSTITUČNÍ PSYCHOFARMAKOLOGICKÉ MOŽNOSTI LÉČBY ZÁVISLOSTI NA RŮZNÝCH PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTKÁCH**

* návykové nemoci - alkohol, drogy, patologické hráčství
* **stavy vyvolané účinkem psychoaktivních látek:**
  + ***akutní intoxikace*** - trvá několik hodin, dle durhu a množství látky
    - u těžkých intoxikací - zajištění vitálních funkcí - ARO
    - těžce intoxikovaný heroinem - podání antagonisty opiátů naloxonu (poločas vylučování naloxonu je krátký - třeba ho aplikovat opakovaně - podání naloxonu vyvolává u závislých odvykací stav - nutno hospitalizovat)
    - otrava alkoholem - není specifické antidotum, mírnit agresivní projevy pod vlivem alkoholu tlumivými léky nebo neuroleptiky je nebezpečné vzhledem k těžko předvídatelným interakcím alkoholu a tlumivých léků
    - při intoxikaci sedativy nebo hypnotiky je výplach žaludku KI u somnolentních nebo komatózních pacientů s ohledem na riziko aspirace zvratků
    - fyzická závislosta na benzodiazepinech - antagonista benzodiazepiny - flumazenil (může vyvolat propuknutí odvykacího stavu)
    - intoxikace stimulancii (např. pervitinem) - zajistit dohled více osobami - podat benzodiazepiny, neuroleptika zpomalují vylučování amfetaminů a snižují záchvatový práh
    - intoxikace halucinogeny - riziko nebezpečného jednání během i po intoxikaci
  + ***škodlivé užívaní*** - výsledkem užívání jsou infekce HIV, hepatitid, sekundární deprese
  + ***syndrom závislosti*** - opakované užívání návykové látky
    - výskyt příznaků 1 měsíc:
      * silná touha (carving) - chuť na látku, zhoršené sebeovládání, neschopnost poučit se z negativní zkušenosti, podíl na prožívání odvykacího stavu
      * potíže při kontrole užívání
      * projevy provázející odvykací stav
      * průkaz tolerance k účinku látky (zvyšování dávek)
      * zanedbávání zálib, zájmů
      * pokračování v užívání i přes důkaz škodlivých následků
  + ***odvykací stav*** - somatické a psychické příznaky po vysazení látky
    - může být spojen s deliriem - obluzené vědomí a zmatenost, halucinace a iluze, výrazný tremor
    - lehké odvykací stavy po **heroinu** - kombinace hydroxyzinu (Atarax) a Algifenu
      * těžší odvykací syndromy po heroinu (při denní dávce nad asi 0,5 g pouličního heroinu denně) - podání buprenorfinu (např. Subutex, Temgesic) 1,5 až 3 mg ve 2-3 dávkách denně sublingválně nebo i. m. po dobu 3 až 4 dnů, pak náhle vysadíme a pokračujeme kombinací jako u lehkých stavů
      * při ambulantně prováděné detoxifikaci je možné zpočátku podat i vyšší dávky buprenorfinu (např. 8 mg v jedné dávce za den, aby pacient nemusel dostávat léky domů) a detoxifikační schéma může být i delší
    - vysoké dávky **sedativ a hypnotik** mohou ohrožovat život pacienta, vysazovat postupně - „rebound“ efekt (manifestace příznaků, pro které byly tyto léky nasazeny, v zesílené podobě)
    - **kokain a jiné budivé látky** (zejména pervitinu) - nevyžadují farmakologickou léčbu
      * větší problém - carving
    - odvykací stav s deliriem u závislých na **alkoholu** - život ohrožující příhodou, vyžaduje hospitalizaci - doplnit minerály (zejména draslík a hořčík)a tekutiny, užitečné jsou též vitamíny skupiny B a hepatoprotektiva
      * ke zklidnění - klometiazol (Heminevrin) 2 kapsle po 300 mg, opakovat podle stavu (u těžších delirií tremens do dávky zhruba 3,6 nebo i 4,8 g za 24 hodin), event. benzodiazepiny ve vysokých dávkách překračujících běžné terapeutické dávky (krátkodobě, postupně se vysazují)
  + ***psychotická porucha*** - v průběhu užívání/jako následek užívání látky
    - sluchové halucinace, paranoidní bludy
  + ***amnesticky syndrom*** - chronické výrazné zhoršení krátkodobé paměti, ztráta vštípivosti, snížená výbavnost, konfabulace, nozoagnozie (ztráta náhledu)
    - Korsakovova psychóza u alkoholismu
    - bezprostřední paměť, vědomí a kognitivní fce nejsou porušeny
  + ***reziduální stav a psychotická poruchy s pozdním začátkem*** - přetrvávají déle než předpokládaný účinek látky
    - krátce trvající stavy - flashback - epizodické, poruchy vnímání, spontánní opakování zrakových halucinací/tělesných pocitů, intenzivní emoce
      * sekundy-hodiny, při opakované užívání halucinogenů a kokainu
    - chronické stavy - alkoholická demence
* **substituce** – terapeutický postup, při kterém je původně užívaná návyková látka nahrazenalátkou (lékem) s výhodnějším profilem (tj. definovaná koncentrace, bez toxických účinků a příměsí, delší účinek v organismu, per os a podávaná lege artis)
* **substituční léčba**
  + krátkodobá
    - rychlá detoxifikační substituce
    - nejčastěji za hospitalizace, 1 – 2 týdny
  + střednědobá
    - prolongovaná detoxifikace
    - během ústavní léčby, někdy ambulantně
    - několik týdnů až měsíců
    - u pacientů s velmi vysokou tolerancí či závislých na několika látkách
    - postupné vysazování
  + dlouhodobá
    - ambulantně formou **udržovací substituce** (metadonová, buprenorphinová substituce u závislých na opioidech)
    - měsíce až roky, schopnost samostatné neproblémové existence
    - významné u vysoce rizikové klientely (HIV pozitivní, závislí ve vazbě nebo ve výkonu trestu odnění svobody)

**36. KOMPLEXNÍ PROGRAM LÉČBY ZÁVISLOSTÍ NA PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTKÁCH**

* dříve **lineární koncept** léčby
* řetězec na sebe vzájemně navazujících spolupracujících institucí vhodný pro léčbu závislosti na legálních drogách (alkohol)
* „nealkoholová“ klientela nedůvěra ke klasickým institucím
* dnes úspěšná léčba pomocí **komplexní terapie** (bio – psycho – sociální)
* důležitá dostupnost, odpovídající délka léčba, odpovídající metody a prostředky léčby
* spolupráce s dalšími institucemi (často nezdravotnické)
* na významu nabývá tzv. následná péče, zde hodně sociálních služeb
* budován systém sítě různých zařízení, vše koordinuje jedna instituce **(K- centrum, ordinace AT)**
* dochází k určení pořadí, v jakém pacient absolvuje příslušný typ péče v konkrétním léčebném a poté resocializačním zařízení
* označováno jako „párování“ potřeb pacienta s adekvátním léčebným programem
* nejprve řešeny nejakutnější pacientovy obtíže (poranění, odvykací stav, akutní infekce), poté léčba subakutních a chronických obtíží
* polovina pacientů závislých na návykových látkách má potíže vyžadující odpovídající psychiatrickou léčbu
* **přehled léčebných modalit – instituce, způsoby léčby**
  + ***ordinace pro alkoholismus a jiné toxikomanie (ordinace AT)***
    - pozůstatek původního ambulantního systému na okresní úrovni (většina privatizována)
    - adiktolog – lékař se základní kvalifikací psychiatrickou a nástavbovou specializací v oboru návykových nemocí
    - diagnostická, léčebná, poradenská a posudková činnost
  + ***kontaktní centra (K – centra)***
    - novější varianta ambulantních zařízení
    - hlavně práce s uživateli ilegálních drog
    - většinou nestátní, nezdravotnické instituce, zřizovateli nadace, občanská sdružení či obecně prospěšné společnosti
    - nízkoprahový charakter, tzn. respektování anonymity klientů, bez předběžných terapeutických nároků
    - široké spektrum služeb (kontaktní práce, linky důvěry, minimální potravinový a hygienický servis, zdravotnické služby)
    - **výměnné programy** (výměna použitého injekčního náčiní za nové, dezinfekční prostředky,poradenství) =˃ realizace strategie snižování či omezování rizik (prevence hepatitidy, AIDS)
    - **„streetwork“** - terénní práce, uvedené služby v místech pohybu drogové klientely
    - **záchytné stanice** (první v ČR 1948, Praha, bývalý klášter u sv. Apolináře, Jaroslav Skála)
      * detoxikační a současně ochranná funkce
      * původně časný záchyt osob s počínající závislostí na alkoholu (prevence)
      * poté zařízení převážně represivního typu (pacifikace opilců dopouštějících se pod vlivem alkoholu přestupků či trestné činnosti)
    - **časná intervence**
      * terapeutická strategie s kombinací časné detekce rizikového nebo škodlivého užívání psychoaktivní látky a léčby
  + ***detoxifikační jednotka***
    - pro pacienty závislé na návykových látkách s těžkým akutním stavem vyžadujícím léčbu
    - **detoxifikace** – léčebný postup používaný při zvládání odvykacího stavu
    - kromě detoxifikace, psychiatrické vyšetření, somatické vyšetření, toxikologické a biochemické vyšetření, screening infekčních onemocnění (hepatitidy, HIV)
    - posilování pacientovi motivace k léčbě
    - limitem pro přijetí je klinický stav
    - **detoxikace** – specifický (podle typu látky) léčebný postup, který má za cíl eliminacipsychoaktivní látky z organismu a minimalizaci jejích škodlivých účinků
    - často (při ohrožení vitálních funkcí) prováděna na ARO či JIP
    - v praxi často detoxikace a detoxifikace na sebe bezprostředně navazují
    - **„detox“** – souhrnné označení pro zdravotnická lůžková zařízení poskytující asistenci přidetoxikaci
    - **„domácí detoxikace“** (spíše v zahraničí) – ambulantně
    - **detence** – hospitalizace na uzavřeném psychiatrickém oddělení, při psychotické poruše (toxicképsychóze) – akutní psychomotorický neklid s anxiózně–paranoidní symptomatickou
    - **substituce** – terapeutický postup, při kterém je původně užívaná návyková látka nahrazenalátkou (lékem) s výhodnějším profilem (tj. definovaná koncentrace, bez toxických účinků a příměsí, delší účinek v organismu, per os a podávaná lege artis)
  + ***substituční léčba***
  + ***ústavní léčba***
    - pobyt v léčebném zařízení
    - krátkodobá
      * 1 – 4 týdny
      * „první pomoc“
      * záchytný pobyt s detoxikací
    - střednědobá
      * 1 – 3 měsíce
      * „základní“ léčba
      * základní somatická a psychická stabilizace
      * poté přechod do následné péče
      * kombinace skupinové psychoterapie, činnostní terapie a podpůrné farmakoterapie
  + ***následná péče***
    - denní stacionář nebo ambulantní
    - *terapeutická komunita*
      * dlouhodobé pobyty (6 měsíců až 2 roky, nověji i kratší)
      * pro závislé na nealkoholových drogách
      * nezdravotnická zařízení
      * léčba nejčastěji formou skupinové psychoterapie a resocializace
      * přebírání odpovědnosti
      * není pomocný personál (sami si vaří, uklízí, perou)
    - *chráněné bydlení*
      * možnost bydlet určitou dobu (půl roku) ve vlastním bytě spravovaném terapeutickou institucí
      * zachování bezdrogového prostředí a základních pravidel soužití (nepřípustnost agresivního chování, dodržování povinností při údržbě a podíl na nákladech na provoz)
  + ***svépomocné organizace***
    - sdružování lidí závislých na návykových látkách, popř. jiný typ závislosti (gambling) Anonymní alkoholici (AA)
      * propracovaný a efektivní program („12 kroků“)
      * dokonce zdroj inspirace pro terapeuty
      * pomoc jinému člověku je současně pomocí sobě samotnému

**37. PRVNÍ POMOC PŘI NALÉHAVÝCH STAVECH V PSYCHIATRII**

* nutné zvážení projevu nemocného, ale i kontextu vzniku akutní kritické situace (sociální situace nemocného)
* posouzení vztahů nemocného k nejbližším lidem a lidem v bezprostředním okolí podle toho poté rozhodnutí o způsobu, vhodnosti a provedení intervence
* **lékař řeší v daném místě tyto otázky:**
  + je to psychiatrický případ?
  + bude postačovat rozhovor s nemocným (při zachování psychologického přístupu) nebo bude třeba podat psychofarmaka?
  + jaká to budou psychofarmaka a jaká bude jejich dávka?
  + pokud stav vyžaduje léčbu, je dále třeba rozhodnout, zda je dostačující ambulantní psychiatrická léčba nebo psychiatrická hospitalizace
    - zásahy a intervence v časném období hlavně preventivní charakter
    - zabránění v rozvoji psychické poruchy, omezení jejího působení
    - potlačení a chránění před následky vzniklé krize v širším okolí nemocného
* **hlavní okruhy první pomoci v psychiatrii**
  + stavy akutního psychomotorického neklidu zejména ve spojení s agresivitou stavy s rizikem sebevražedného jednání
  + panická porucha
  + akutní nežádoucí reakce vzniklé po aplikaci psychofarmak (akutní dystonie, neuroleptický maligní syndrom)
* **psychosociální krize**
  + *traumatické krize*
    - náhlé změny (nemoc, invalidita, smrt blízké osoby, rozchod partnerů, rozvod, odchod ze zaměstnání)
    - lidé jsou nepřipraveni na zvládání krize
    - první reakcí na vyvolávající podnět je rizikový šok (od několika sekund do 24 hod)
    - následně reakční krize (dny až týdny)
    - apatie do hlubokého zoufalství, beznaděj, deprese, pocity neřešitelnosti situace, nepřátelství k okolí až agresivita
    - závažné tělesné příznaky
    - způsob zpracování krize
      * příhodné – fáze nové orientace, šance řešení, východiska z krize
      * nepříznivé – známky chronifikace, nárůst sebevražednosti, abúzus alkoholu a návykových látek
  + *krize spojené se životními změnami* 
    - často vývoj týdny
    - vyvolávající podnět opuštění rodného domu, stavba, porod, přesídlení, změny v pubertě, změny v nástupu důchodového věku
    - po konfrontaci se změnou pocity selhání, vnitřní tenze a napětí
    - pokud se nedostaví pomoc mobilizace vnitřních i vnějších záchranných možností
    - pomoc
      * přiměřená – potlačení a ukončení této právě počínající krize ze změny v životě
      * nepřeměřená – zhoršení celkového stavu, rezignace, chronifikace obtíží, až obraz úplné krize (stejný jako reakční fáze u traumatické krize)
* **krizová intervence**
  + každá forma psychosociální léčby a vedení zabývající se symptomy nemoci nebo chybnými vzorci chování
  + postup používající se u akutních krizí i u těch s velkým rizikem sebevražedného jednání
  + principy krizové intervence
    - rychlý začátek
    - aktivita terapeuta
    - pružnost ve volbě metod pomoci
    - vztažení okolí postiženého v sociálním kontextu
    - ulehčení emoční tenze
    - interpersonální spolupráce
  + výchozím bodem je aktuální situace, ale i celoživotní kontext postiženého
  + cílem je podpora vlastní schopnosti postiženého si za určité účasti svého okolí pomoci sám
  + důležité podpoření empatie, dodání odvahy zvládat smutek, bolest, nepřátelství a agres
  + nejodpovědnější úlohou terapeuta posouzení rizika provedení sebevraždy
* **linky důvěry (stanice telefonické pomoci)**
  + první Linka důvěry založena prim. Plzákem, 1964, Psychiatrická klinika VFN Linka naděje, prof. Hádlík, 1965, Brno
  + Linka důvěry mládeže, 1967, Praha
  + v současnosti v ČR v nepřetržitém provozu 20 a v částečném 40 linek důvěry
  + personál tvoří proškolení odborníci (psychiatři, psychologové, sociální pracovníci)
  + hlavním úkolem je navázat kontakt s klientem a účinně zmírnit jeho úzkost, dosáhnout ústupu jeho negativní afektivity, odhadnout závažnost a naléhavost volání a navrhnout další postup a
  + asi 10% hovorů se týká závažné problematiky (volající ohrožen sebevražedným jednáním)
* **krizová centra**
  + v ČR od 1989, Brno, prof. Švestka
  + dále Bohnice, Psychiatrická klinika VFN
  + 1991 Regionální institut ambulantních psychosociálních služeb (RIAPS), Praha
* **jednotka intenzivní psychiatrické péče**
  + často součástí psychiatrického lůžkového zařízení
  + pokoje s průhledy do inspekční místnosti (sledování chování a aktivity nemocných)
  + určeno pro neklidné, agresivní a sebevražedným jednáním ohrožené pacienty (nejčastěji s psychotickým onemocněním)

**SPECIÁLNÍ PSYCHIATRIE**

**1. ALZHEIMEROVA CHOROBA - KLINICKÝ OBRAZ, DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA A LÉČBA**

* nejčastější demence, samostatně cca 50% demencí, smíšená (s vaskulární) - 10-20%
* kortikální demence
* výskyt roste s věkem, mezi 80-90 lety prevalence cca 25-30%; výskyt roste se stoupajícím věkem populace
* **formy podle nástupu:**
  + **s časným začátkem** - do 65 let; familiární výskyt, rychlejší postup
  + **s pozdním začátkem** - nad 65 let; sporadické formy
  + **atypické a smíšené formy**
* **KO:**
  + pomalý začátek, nenápadně, postupná progrese bez výkyvů (výkyvy a deliria = vaskulární složka nebo špatná medikace)
  + preklinická forma - pouze depozita amyloidu zjistitelná PET (Pittsburgh B - PiB)
  + **kognitivní funkce:**
    - hlavně porucha paměti - poruchy vštípivosti (zapomíná nové obsahy), poruchy epizodické paměti, zapomínání pojmů, poruchy krátkodobé paměti, poruchy pozornosti; v těžkém stadiu i procedurální paměť (jízda na kole)
    - **fatické poruchy:**
      * afázie - motorická (netvoří řeč na centrální úrovni), lehčí stupeň - parfázie
      * komolení slov, patvary, chybná slovní a větná stavba, nesrozumitelná řeč
      * agrafie - není schopen psát
      * amnestická afázie - vypadávání pojmů
      * agnozie - není schopen rozpoznat správně senzorické vjemy (nerozezná řeč při zachovalém sluchu)
      * alexie - neporozumí čtenému testu při neporušeném zraku
    - apraxie - neodemkne zámek
  + **poruchy chování**
    - bez agresivity - agitovanost, nevhodné upoutávání pozornosti, výkřiky, naříkání, odcházení z domova, neúčelná kutivost (neadekvátní úkony)
    - agresivita proti předmětům i osobám - verbální i brachiální
    - psychotické příznaky - paranoidně-perzekuční bludy, nesystematické, proměnlivý obsah (blud okrádanosti); zrakové halucinace, misinterpretace (Capgrassův syndrom - správná i nesprávná identifikace objektu - vypadá jako můj doktor, ale není to on)
  + **poruchy aktivit denního života** - složité aktivity a profesní činnosti, postupně jednodušší aktivity (vaření, úklid), u těžkých stavů bazální úkony péče o sebe
* **stadia:**
  + **lehké stadium** - poruchy kognitivních funkcí, pacient subjektivně vnímá, i objektivně prokazatelné; poruchy denních aktivit vyžadující větší pozornost, někdy depresivní symptomatika (zachovalé vědomí o chorobě + transmiterové poruchy)
  + **střední stadium** - pokračuje deteriorace, ztráta náhledu o chorobě, poruchy fatických funkcí, výrazné poruchy aktivit denního života (telefonování, nakládání s penězi), behaviorální a psychologické příznaky
  + **těžké stadium** - nepoznává okolí, blízké příbuzné. dezorientace místem i časem, závažné postižení aktivit denního života - závislost na pomoci okolí, výrazné behaviorální a psychologické příznaky
  + průměrné přežití 7-10 let, s terapií se prodlužuje; smrt - hypostatické pneumonie, pády
* **diagnostika:**
  + KO - pomalý začátek, porucha vštípivosti, výpadky paměti na nedávné epizody
  + MRI, CT - vyloučení jiné etiologie
  + podle kritérií:
    - **definitivní dg.** - verifikace autopsií nebo biopsií
    - **pravděpodobná dg.** - klinické a neuropsychologické vyšetření, progrese kongnitivní poruchy, aspoň 2 domény postiženy, začátek 40-90 let, nejsou jiné poruchy
    - **možná** - sy. demence s atypickým začátkem, obrazem nebo progresí
    - **nepravděpodobná** - náhlý začátek, fokální příznaky, záchvaty, poruchy chůze v časných stadiích
  + **podle biologických markerů nemoci:**
    - poruchy epizodické (autobiografické) paměti
    - atrofie mediálníh temporálních struktur - hipokampy, parahipokampální oblasti (volumometrie), zvětšení rohů postranních komor (MRI)
    - likvor - trias proteinů - snížení β-amyloidu, zvýšení tau proteinu a fosforylovaného tau proteinu
    - PET - zvýšení β-amyloidu v mozku
    - PET s glukózou - snížení metabolismu temporálně a parietálně
  + klinické testy: MMSE, ADAS cog (Alzheimer Disease Assesment Scale)
  + Hachinskiho ischemický skór - čím vyšší skóre, tím pravděpodobnější vaskulární demence a nepravděpodobnější Alzheimer
* **neurobiologie:**
  + ukládání β-amyloidu - úbytek neuronů + snížení synaptické plasticity
    - z amyloidového prekurzorového proteinu - APP - vlastní membránový protein, štěpen α-sekretázou
    - Alzheimer - β a γ sekretáza - štěpí protein jinde, vznik delších fragmentů - spojení v neurotoxické oligomery a fibrily, koagulace v EC - tvorba **plaků**
  + neurodegenerace - zánět, cytokiny, ROS, poškození mitochondrií
  + degenerace intraneuronálního tau proteinu - hyperfosforylace, vznik helikálních filament - **neurofibrilární tangles**, odúmrť postižených neuronů
  + postižení ACH systému, později glutamátergní a další
  + familiární verze - mutace presenilinu (γ-sekretáza) nebo APP
* **terapie:**
  + cíl: zpomalení průběhu, prodloužení časných stadií demence
  + **kognitiva** = inhibitory centrálních ACHE - zlepšení cholinergní transmise
    - lehké a střední demence (hradí pojišťovna - podle MMSE)
    - látky: donepezil, galantamin, rivastigmin
    - titrace dávky
    - NÚ: hlavně GIT
  + **antagonisté glutamátových NMDA receptorů** - blok excitotoxicity (dlouhodobé uvolnění excitačních AMK) - memantin
  + extrakty z *Gingko biloba*
  + nootropika, scavengery ROS - účinnost není prokázána
  + u behaviorální a psychologických příznaků:
    - antipsychotika - melperon, tiaprid, haloperidol
    - antidepresiva - citalopram, escitalopram, venlafaxin (bez anticholinergních účinků), trazodon při nespavosti, bupropion při agitovanosti
  + pečovatelská spolupráce, reedukace paměti, dovedností

**2. VASKULÁRNÍ DEMENCE - KLINICKÝ OBRAZ, DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA A LÉČBA**

* cerebrovaskulární porucha - poškození tkáně na základě poruchy prokrvení - velké infarkty, lakunární infarkty (do 10 mm), mikroinfarkty + poškození bílé hmoty (demyelinizace, ložisková)
* vznik demence při postižení aspoň 100 ml mozkové tkáně; při infarktu v místě významném pro paměť už od 50 ml
* lokalizace poškození: kortikální, subkortikální, kortikosubkortikální
* **KO:**
  + rychlý vznik, zhoršování ve skocích (další infarkty)
  + časté fluktuace stavu v řádu hodin
  + dlouho zachovalá osobnost
  + deprese
  + fokální neurologický nález
  + v anamnéze CMP a hypertenze
  + poškození kognitivních funkcí, hlavně vštípivosti paměti
* **typy:**
  + **s náhlým začátkem** - strategicky umístěný velký infarkt, rychlý rozvoj demence
    - thalamus, gyrus angularis dominantní hemisféry
  + **multiinfarktová demence** - mnohočetné infarkty v kortexu a subkortikálně, po těžké mozkové hypoxii; skokové zhoršování kognitivních funkcí
  + **převážně subkortikální vaskulární demence** (Binswangerova choroba) - u hypertenzní encefalopatie; postižení bílé hmoty ve frotnálním laloku a BG (demyelinizace)
    - podkorová demence - poruchy exekutivních funkcí, bradypsychismus, extrapyramidové symptomy
    - přidružená deliria
  + **smíšená subkortikální a kortikální forma** - podobná multiinfarktové
  + další, i geneticky podmíněné - amyloidní angiopatie, kombinace s Alzheimerem
* **RF:** metabolický syndrom, DM, obezita, hypertenze, ICHS, FIS, kouření
* **dg:** klinické psychiatrické a neurologické vyšetření, MRI + CT
* **terapie:**
  + terapie vyvolávající příčiny - hypertenze a spol.
  + antikoagulancia a antiagregancia - prevence dalších trombotizací (warfarin; ASA, clopidogrel)
  + mozková vazodialtancia - sporná; pentoxyfyllin, naftidrofuryl, vinpocetin
    - extrakt z *Gingko biloba* - 120-240 mg/den
  + účinkují i inhibitory ACHE a memantin; pojišťovna je pro tuto indikaci nehradí

**3. DEMENCE KROMĚ ALZHEIMEROVY CHOROBY A VASKULÁRNÍCH DEMENCÍ**

* **demence** = syndrom vzniklý následkem organického poškození mozku včetně metabolických změn bez výrazných morfologických změn
* poruchy, u kterých došlo k deterioraci inteligence od premorbidní úrovně
* hlavní RF: věk (65 let - 2%, 80 let - 15%, 90 let - přes 30% populace)
* **KO: úpadek kognitivních funkcí od původní kapacity**
  + poznávací funkce - paměť, vnímání, fatické funkce, inteligence
  + exekutivní funkce - motivace, plánování, provedení a zpětné hodnocení smysluplné činnosti
  + narušení soudnosti, schopnosti logického uvažování, chápání
  + poruchy nekognitivních funkcí a omezení funkcí - běžné denní aktivity
  + behaviorální a psychické změny - afektivita, emoce, chování, poruchy cyklu spánek-bdění
* **diagnostická kritéria:**
  + vícečetné poruchy kognitivních funkcí
    - porucha paměti
    - aspoň 1 nebo více dalších: afázie (porucha schopnosti tvořit řeč nebo porozumět řeči při zachovalé funkci mluvidel a sluchu); apraxie (neschopnost vykonávat naučené motorické úkony); agnozie (porucha identifikace předmětů); porucha řídících funkcí (abstrakce, plánování, organizování)
  + postižení sociálních a pracovních funkcí v důsledku úpadku kognitivních funkcí
  + postupný nástup a trvalá progrese
* **etiologie:**
  + **primární demence - atroficko-degenerativní původ**
    - Alzheimer, demence s Lewyho tělísky, parkinsonská demence, frontotemporální demence, u Huntingtona, u multisystémové atrofie, vzácné neurodegenerativní dememce, smíšená etiologie
    - vliv akumulace patologických hmot, ROS, poruchy metabolismu mitochondrií
    - vliv poruchy transmise - hlavně acetylcholinergní sy
  + **sekundární (smyptomatická) demence**
    - vaskulární, infekční, prionové, metabolicky podmíněné, traumatické, toxické, při endokrinopatiích a hypovitaminózách, u normotenzního hydrocefalu, ostatní
* trvání aspoň 6 měsíců - odlišení od nepravé demence (př. u deprese)
* podle postižené oblasti:
  + **kortikální demence** - postižení kůry
    - poruchy paměti (nové informace), afázie, apraxie, agnózie, poruchy orientace v čase a prostoru
    - Alzheimer, frontotemporální demence, Lewy
  + **subkortikální demence** - podkoří, bílá hmota, BG a thalamus
    - porucha exekutivních funkcí - narušení motivace, rozhodování, seřazení podúkolů, provedení činnosti; extrapyramidové sy., zpomalení psychomotorického tempa, poruchy výbavnosti, deprese
    - Parkinson, Huntington, podkorová vaskulární demence

**DEMENCE S LEWYHO TĚLÍSKY**

* 2. nejčastější demence neurodegenerativního původu, muži >75 let
* dochází k degradaci proteinu α-synukleinu a β-amyloidu - výskyt Lewyho tělísek v BG a kortexu
* formy - podkorové, smíšené a převážně korové
* charakteristické rysy:
  + progredientní demence končící smrtí
  + z krátkodobého hlediska - časté kolísání stavu během hodin/dnů
  + výrazné postižení pozornosti
  + přítomny extrapyramidové symptomy - hypertonicko-hypokinetický typ s poruchami chůze - časté pády (ohrožení života)
  + noční halucinace - zrakové, komplexní a doprovodné bludy
  + silná přecitlivělost na antipsychotika (pády) - KI!
* TH: inhibitory mozkových cholinesteráz (rivastigmin), memantin

**FRONTOTEMPORÁLNÍ LOBÁRNÍ DEMENCE**

* tauopatie - degenerace neuronálního τ-proteinu; TH chybí
* vznik lobární atrofie - frontálně, frontotemporálně (asymetricky)
* KO: poruchy chování, změna osobnosti - společenská odbržděnost, nespoločenské projevy, plané žertování, stereotypní projevy, hyperoralita (zkoumání věcí ústy), jsou impulzivní
* typy:
  + *behaviorální forma* (Pickova choroba) - výrazné poruchy chování, nefrontální syndrom, kognitivní poruchy u těžkých stádií
  + *sémantická demence* (plynulá progresivní afázie) - porucha řeči
  + *progresivní nonfluentní afázie* - výrazná neplynulá porucha řeči

**DEMENCE PŘI PARKINSONOVĚ CHOROBĚ**

* rozvoj u 20% parkinsoniků - podkorová demence
* degenerace proteinu α-synukleinu (Lewyho tělíska v BG)
* KO: nápadně pomalí postižení, bradyfrenie (pomalu myslí), porucha exekutivních fcí (nešikovní, nemotorní), obtížné vybavování ze zásobní paměti, časté stereotypie jednání
* TH: inhibitory mozkových cholinesteráz (ZP hradí rivastigmin)

**DEMENCE U HUNTINGTONOVY NEMOCI**

* AD onemocnění, fatální průběh, postižení BG
* mutace (expanze tripletu CAG) na 4. chromosomu
* začátek nemoci ve 4. dekádě
* KO: hybné symptomy - choreatická dyskineze, poruchy volní hybnosti
  + změny psychiky - poruchy osobnosti, chování, afektivní symptomy, úzkostné poruchy, psychotické projevy, kognitivní deficity (drobné předcházejí dyskinezi) - poruchy pozornosti, exekutivních funkcí (plán), procesu učení, krátkodobé paměti, psychomotorického tempa
  + až rozvoj demence
* TH kauzální neexistuje, behaviorální symptomy demence - antipsychotika, thymostabilizátory

**METABOLICKY PODMÍNĚNÉ DEMENCE**

* postižení kognitivních funkcí na základě vrozené nebo získané metabolické poruchy
* ***Wilsonova nemoc*** - AR
  + porucha metabolismu mědi - tvorba depozit v játrech, mozku a dalších orgánech
  + **KO**: dyskineze, nespecifické behaviorální změny, afektivní nebo psychotické příznaky, kognitivní deficit progredující do demence
  + **terapie:** omezení příjmu mědi, chelát - penicilamin
  + při včasné terapii je demence částečně reverzibilní
* ***uremická encefalopatie při akutním renálním selhání*** 
  + poruchy pozornosti, zmatenost, poruchy vnímání, delirium, následně demence
* ***CHRI*** - dialyzační demence
* ***jaterní encefalopatie***
  + vliv amoniaku pronikajícího do CNS,
* dehydratace s hypernatrémií, poruchy ABR, porfyrie
* ***DM***
  + kognitivní postižení při chronické hyperglykémii, opakovaných hypoglykémiích, vaskulárním postižení a dalších komplikacích
* ***thyreopatie***
  + hyperfunkce - i subklinická verze zvyšuje riziko rozvoje demence
  + hypofunkce
* ***hypo a hyperkortikalismus*** - Addison i Cushing
* ***poruchy výživy:***
  + **deficit B1** - Wernickův-Korsakovův syndrom: amnestický syndrom, periferní neuritida, oftalmoplegie
  + **deficit B12** - postižení frontálního laloku, periferní neuropatie, myelopatie, atrofie n. opticus
  + **deficit niacinu** - trias demence, dermatitis, diarrhoea

**DEMENCE INTOXIKAČNÍ ETIOLOGIE**

* **alkoholové demence**
  + amnestický Korsakovův syndrom - často po deliriu tremens; porucha vštípivosti, amnestická dezorientace, nahrazování výpadků paměti konfabulacemi (odpověď přiléhavá, ale vymyšlená, proměnlivá v čase)
  + prostá alkoholová demence - globální deteriorace kognitivních funkcí, degradace osobnosti
* **farmakogenní demence**
  + po silných anticholinergicích - TCA, některá spasmolytika, soli zlata, některé benzodiazepiny
* **otravy** - těžké kovy - olovo, rtuť, hliník; CO2 otrava, průmyslové škodliviny (organická rozpouštědla)

**POSTTRAUMATICKÉ DEMENCE**

* heterogenní klinika podle umístění a rozsahu poškození
* kognitivní deficit různého stupně
* obvyklé poškození: bradypsychismus, zabíhavost, porucha logického myšlení a chápání, poruchy abstrakce, koncentrace a vizuospaciální orientace
* **apalický syndrom** - po traumatickém postižení kmene; výpadek základních paměťových obsahů, zapomíná číst a psát; vše se učí od začátku, restituce ad integrum problematická
* **pří normotenzním hydrocefalu** - Hakimova trias - demence, poruchy chůze, inkontinence moči

**DEMENCE BAKTERIÁLNÍHO PŮVODU**

* ***neurosyfilis***
  + pozdní komplikace syfilis, terciární stadium; 10-15 let po nákaze
  + původce: *Treponema pallidum* - citlivá, mimo organismus rychle hyne
    - průkaz: hemaglutinace (TPHA), fluorescenční test FTA, Nelsonův imobilizační test (TPI), VDRL, RRR
  + obraz **chronické panencefalitidy - paralysis progresiva**
    - současně endarteriitis, meningitida, gumata
  + **KO:**
    - změna povahy - otupení vyšších citů, lehkomyslnost, nezodpovědnost, vychloubání, kriminalita (krádeže, obscénní chování, obnažování se na veřejnosti, někdy i brutální vraždy se zohavením mrtvoly)
    - porucha pozornosti, roztržitost, výrazný pokles výkonnosti, porucha paměti
    - zvýšená nálada od tiché euforie až po expanzivní mánii, vzácně deprese; bludy podle nálady (megalomanické, melancholické)
    - **simplexní forma paralytické demence** - apaticko-abulický syndrom, přechodné parézy, případně těžké mnohočetné parézy (Lissauerova forma)
    - apoplexie, epileptiformní záchvaty typu grand mal
    - neurologie: hyperreflexie, někdy naopak vyhasnutí reflexů patellárního a Achillovy šlachy, tremor, fascikulace, pomlaskávání, skřípění zubů, vyhaslá mimika
    - dekubity, artropatie, ztráta zubů, spontánní fraktury
    - ztráta fotoreakce při zachovalé reakci na konvergenci
    - porucha řeči - přeeříkávání, nevysloví B a P, přeházení slabik a hlásek
    - neléčená vede ke smrti během 3-4 let od prvních příznaků
    - náhlá smrt - **ictus paralyticus**
  + možná kombinace s tabes dorsalis (ztráta hlubokého čití při postižení zadních provazců, s krutými bolestmi) - **taboparalýza**
  + **dg:** klinika + laboratorní vyšetření
    - KO: rychle postupující demence v mladém věku, bizarní bludy, chorobná nálada, poruchy chování
    - pozitivní reakce v séru, likvor - zmnožení plazmatických buněk a lymfocytů, zvýšená celková bílkovina, více gama globulinů, pozitivní reakce na syfilis
    - hledat HIV - současná infekce zhoršuje prognózu
  + **terapie:** vysoké dávky penicilinu na 3 týdny, následně depotní penicilin
    - nutné trvalé sledování pacienta, sledování pozitivity v séru a likvoru
* ***lymská borrelióza***
  + původce: *Borrelia burgdorferi*
  + stadia:
    - I - inkubace 3 týdny a více, erythema migrans
    - II - stadium časné diseminace - kloubní, kardiální, ledvinové a kožní příznaky, někdy psychotické příznaky včetně deliria
    - III - chronické zánětlivé změny CNS - parkinsonismus, polyradikuloneuritidy, neuritidy
      * psychopatologie - deprese, zvýšená emoční dráždivost, velká únava, kognitivní poruchy - až demence
  + dg: kousnutní klíštětem v anamnéze, klinický obraz, sérologie - nález v krvi a likvoru
  + terapie: ATB
* ***trypanosomiáza***
  + spavá nemoc - *Trypanosoma africana* - přnašeč: moucha tse-tse
  + příznaky po 1-2 letech od infekce: parézy, epileptiformní záchvaty, přechod do demence, spavost, apatie

**DEMENCE VIROVÉHO PŮVODU**

* ***demence u AIDS***
  + kombinace neurotropního viru HIV + patologické procesy při oslabené imunitě - meningoencefalitidy kryptokokové, cytomegalovirové, toxoplazmóza, metastázy Kaposiho sarkomu, primární lymfomy CNS
  + záněty v CNS: aktivace mikroglií, lymfocytární infiltráty, zánik myelinu a neuronů
  + **KO:** kognitnivní poruchy, zpomalené psychomotorické tempo, exhausce, snížení koncentrace, porucha vštípivosti, patická nálada
    - neurologie - poruchy motorické koordinace, myoklonus, parézy, inkontinence, mutismus
  + **dg:** anamnéza, sérologie
  + terapie: HAART
* ***demence vyvolaná virem herpes simplex***
  + hlavně HSV-1
  + akutní encefalitida, nekrotické a hemoragické změny CNS, ve 20% letální
  + po přežití výrazné kognitivní poruchy až demence, psychózy, neurologie - parézy, epileptické záchvaty
  + dg**:** rychle progredující encefalitida, neurologie, pozitivita likvoru, na zobrazovacích metodách hypodenzní ložiska v temporální a frontální krejině; EEG - pomalé ostré vlny vysoké voltáže
  + lze použít kognitiva nebo antipsychotika
  + terapie infekce: acyclovir
* ***demence prionového původu***
  + akumulace patologicky složeného fyziologického proteinu - poškození normální nervové tkáně, vznik dutinek - **spongiformní encefalopatie**
  + přenos: geneticky (hereditární formy), požití infikované stravy (kuru . kanibalové na Nové Guinei)
  + **Creutzfeld-Jacobova nemoc** - rychle progredující demence, mozečkové příznaky, myoklonické záškuby; možný i iatrogenní přenos
    - varianta: přenos z krav nakažených bovinní spongiformní encefalopatií
  + typický EEG nález - pomalé hroty, frekvence 1-2 Hz

**4. ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY KROMĚ DEMENCÍ (PSYCHOTICKÉ PORUCHY, AFEKTIVNÍ A ÚZSKOSTÉ PORUCHY, EMOČNÍ LABILITA, MÍRNÁ KOGNITIVNÍ PORUCHA, ZMĚNY OSOBNOSTI)**

* organické duševní poruchy - příčinou je organické mozkové postižení (tj. postižení CNS se zjistitelnými morfologickými změnami – makro či mikroskopické)
* dg. kritérium - průkaz organického původu a časová návaznost poruchy na poškození

**PSYCHOTICKÉ PORUCHY**

* ***organická halucinóza***
  + halucinace (zrakové, sluchové, komplexní) - nepravidelný výskyt, někdy zůstává náhled
  + není kvalitativní porucha vědomí (delirium)
* ***organická katatonní porucha***
  + stupor nebo produktivní katatonie (psychomotorická excitace)
  + vědomí - intaktní, extrémně vyjádřen negativismus (dif.dg. schizofrenie)
* ***organický syndrom s bludy***
  + paranoidně-perzekuční, žárlivecké, hypochondrické; perzistentní/intermitentní
  + halucinace (zrakové, sluchové); bez narušení vědomí a paměti (dif.dg. schizofrenie)
* TH: antipsychotika (starší lidi s poruchou mozku) - atypická antipsychotika, melperon (1.G)

**ORGANICKÉ AFEKTIVNÍ PORUCHY**

* manická porucha, bipolární porucha, depresivní porucha, smíšená afektivní porucha
* ***organická deprese***
  + jako deprese mladšího a středního věku
  + specifika
    - existence časové souvislosti mezi organickou poruchou a depresí
    - velmi často somatizují (GIT obtíže, bolestivé stavy)
    - často rezistentní vůči terapii (provleklé deprese) - mohou projít do demence
    - psychomotorický útlum až depresivní pseudostupor
  + TH: antidepresiva (ne TCA, 1.G a nektěrá 2.G) - SSRI - citalopram, sertalin

- trazodon; mitrazapin

* + - někdy hospitalizace a ECT

**ORGANICKÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA**

* generalizovaná úzkost nebo panická porucha
* TH: antidepresiva (SSRI - citalopram), buspiron

**ORGANICKÁ EMOČNÍ LABILITA (astenie)**

* únavnost, labilita afektů a nálad, vyčerpatelnost, nestálost pozornosti, poruchy usínání
* somatovegetativní příznaky - palpitace, pocity dušnosti
* u hypertenzní encefalopatie a vaskulárních mozkových příhod

**MÍRNÁ KOGNITIVNÍ PORUCHA**

* narušena především paměť, přítomnost, myšlení, mluva, vizuálně prostorové fce
* choroba je vázaná na různé organické a somatické choroby (často infekce)
* k dg. nutné vždy specifikovat vyvolávající chorobu
* obvykle v průběhu času odeznívá
* může být doprovázená: sníženou výkonností, zpomaleností, emoční labilitou, únavou
* např. posthepatický sy po infekční hepatitidě nebo postencefalický stav

**ORGANICKÁ PORUCHA OSOBNOSTI**

* trvalá změna osobnosti
* emotivita, impulsivita, chování (agresivita), narušení eticko-estetického schématu
* porucha soustředění, plánování, sklony k trestné činnosti
* zabíhavé a ulpívavé myšlení, grafomanie, podezíravost/fanatismus (náboženství)
* zahrnuje:
  + syndrom frontálního laloku - jeho poruchy, poruchy drah do front.laloku
  + stavy po rozsáhlejších mozkových operacích (frontální lobotomie
  + po mozkových traumatech
  + při limbické epilepsii

**ORGANICKÁ DISOCIATIVNÍ PORUCHA**

* somatické poruchy, poruchy motoriky a senzitivity - neodpovídají anatomickému uspořádání (inervaci - paréza celé ruky)
* disociativní amnézie (ztráta paměti na událost), disociativní fuga (neúčelové toulání)

**POSTENCEFALITICKÝ SYNDROM**

* apatie, bradypsychismus, emoční labilita, poruchy spánku a soustředění, sexuální dysfunkce, mírné snížení kognitivních funkcí

**POSTKOMOČNÍ SYNDROM**

* akutně bezvědomí; cefalalgie, poruchy soustředění, únava, emoční labilita, deprese, poruchy sebehodnocení; možný vznik posttraumatické demence

**5. DELIRIÓZNÍ STAVY S/BEZ PŘÍTOMNOSTI DEMENCE - KLINICKÝ OBRAZ, DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA A LÉČBA**

* **delirium** - akutní organický mozkový syndrom, vzniklý na podkladě globální dysfunkce mozku
  + akutní zmatenost, poruchy vědomí, pozornosti, vnímání, myšlení, paměti, psychomotorického chování, emotivity a cyklu spánek-bdění
  + přechodný stav, intenzita se časem mění, četné somatické komplikace
* **epidemiologie** - častá porucha (10% na lůžkových odděleních)
* **RF** - vyšší věk, somatický onemocnění (terminální stavy), demence, pobyt v nemocnici, na JIP, operace
* nepoznané a neléčené delirium negativně ovlivňuje prognózu nemocných
* **etiologie** - akutní, nespecifická a globální reakce na škodlivé látky - dysfce neuronů
  + narušení oxidačních mechanismů, energetického metabolismu a vnitřního prostředí
  + cholinergní deficit, zvýšená dopaminergní aktivita
  + předpokládaný vliv hyperkortizolémie
  + důsledek interakce individuální vulnerability (z RF) a akutní zátěže/škodliviny (intoxikace, febrilie) - čím ↑ vulnerability, tím stačí slabší škodlivina
  + *etiologické faktory delirií:*
    - f. somatogenní - ICHS, fibrilace síní, anémie, pneumonie, sepse, tyreotoxikóza, uremie
    - f. nutriční - malnutrice, hypoglykemie, dehydratace
    - f. organické - atroficko-neurodegenerativní změny, traumata, abscesy mozku
    - f. intoxikační - anticholinergika (TCA), kortikoidy, halucinogeny, alkohol
    - f. infekční - meningitidy, encefalitidy, břišní tyfus
    - f. psychosociální - akutní reakce na stres starých a polymorbidních lidí
* **KO** - zastřené vědomí, neschopnost udržet pozornost, narušení poznávacích a kognitivních funkcí (krátkodobá paměť, dezorientace, ostrůvkovitá amnézie), porucha percepce (iluze, halucinace - zrakové, taktilní), změny psychomotorického tempa, zárazy, konfabulace, dezorganizován obsah myšlení, chybí náhled na onemocnění, tranzitorní paranoidní a perzekuční bludy
  + úzkost, strach, deprese, euforie
  + somatické - tremor jemný-hrubý, ataxie, dysartrie, agnózie, afázie, epileptické záchvaty, zvýšená teplota, pocení, zarudnutí obličeje, kolísání KT, nauzea, průjem
  + subtypy dle KO:
    - ***hypoaktivní delirium*** - starší pacienti, zmatenost, výrazná porucha pozornosti, snížené psychomotor. tempo, reakce na silné podněty krátkým projasněním vědomí
      * metabolické faktory - jaterní selhání, urémie
    - ***hyperaktivní delirium*** - zvýšené psychomotorické tempo, aktivita, agitovanost, halucinace, iluze, prchavé bludy, riziko poškození sebe a okolí
      * toxické faktory - anticholinergika včetně TCA, abstinence (alkohol)
    - ***smíšený typ delirií*** - nejčastější, střídání hypo a hyperaktivních projevů
      * doprovázena polymorbiditou
* **dg .** - laboratorní biochemické a hemoatologické vyšetření (nespecifické), EEG - zpomalení rytmu
* **diagnostická kritéria:**
  + zastřené vědomí
  + narušení poznávacích schopností
  + psychomotorické rušivé příznaky (prodloužení úlekové reakce, hypo-hyperaktivita)
  + narušení spánku/cyklu spánek-bdění
  + příznaky se mění během dne
  + pozitivní základní mozkové/systémové onemocnění - příčina
* **prognóza** - plná úzdrava (většina, do týdne), přechod do amnestického sy/demence/poruchy osobnosti, přechod do funkční psychické poruchy, fatální zakončení (koma, smrt)
* **dif.dg.:**
  + demence - má jasné vědomí, plíživý začátek
  + těžké deprese - depresivní pseudostupor
  + amnestický syndrom - specifické poruchy paměti (paměťové konsolidace), může být amnestická dezorientace
  + akutní psychotické příznaky - u schizofrenie
* **typy delirií a TH:**
  + ***odvykací stav od alkoholu = delirium tremens*** - doplnění B1, hořčíku, draslíku, glukózy, tekutin,
    - krátkodobě - clomethiazol (hypnotikum, NÚ útlum DC), diazepam (BDZ)
    - haloperidol (klasické antipsychotikum, NÚ prodloužení QT, extrapyramid. příznaky), tiaprid (atypické antipsychotikum, nevyvolává útlum)
  + ***delirium u somatických chorob*** - haloperidol, atypická neuroleptika - tiaprid, olanzapin (NÚ cerebrovaskulární), risperidon (NÚ extrapyramidové, cerebrovaskulární - starší ne!)
  + ***delirium nasedající na demenci*** - tiaprid, haloperidol
  + ***delirium u Parkinsonovy nemoci*** - následek dopaminergní medikace (nasazení/změna dávky) - sledování projevů dopaminové hyperstimulace
    - tiaprid, olanzapin, clozapin; KI klasická antipsychotika
* **nefarmakologická TH** - časté kontrolování (4x/h), snaha přeorientovat pacienta na okolní prostředí, jednolůžkový pokoj, individuální noční osvětlení, minimum hluku, klidné prostředí
* **farmakologická TH** - kauzální (th příčiny)/symptomatická (sedace)
  + klasická antipsychotika - haloperidol, levomepromazin (sedace)
  + atypická antipsychotika - tiaprid, olanzapin, risperidon, quetiapin
  + benzodiazepiny - na úzkost, insomnii, agitovanosti, u jaterních postižení (náhrada neuroleptik), 1. volba u odvykání od alkoholu, cíl - rychlá sedace

**6. DUŠEVNÍ PORUCHY ZPŮSOBENÉ POŽÍVÁNÍM ALKOHOLU**

* **rozdělení:**
  + **poruchy způsobené přímým účinkem alkoholu na CNS**
    - bezprostředně - intoxikace alkoholem
    - následek chronického užívání - odvykací stav, psychotická porucha, amnestický syndrom
  + **poruchy, které se projevují návykovým chováním souvisejícím s abusem alkoholu** = narušení kontroly užívání; mohou vyústit v závislost = ztráta kontroly užívání alkoholu, syndrom závislosti na alkoholu
* biologický podklad efektu: změny v metabolismu transmiterů - DOP, NOR
  + alkoholismus - útlum DOP, SER, taurin; potlačení inhibičního účinku GABA
  + zvýšení aktivity glutamátu, počtu NMDA, hyperstimulace ACH, NOR a opioidů
* somatické poškození - aldehyd vznikající při metabolismu ethanolu
* **alkoholemie** = množství ethanolu v krvi
  + stanovení:
    - plynová chromatografie
    - alternativní metody - podle Widmarka (nespecifická)
  + když nemám biologický materiál, musí se extrapolovat z hladin ve známém čase
  + odbourávání kinetikou nultého řádu - konstantní rychlost odbourávání
* **klasifikace poruch:** MKN, klasická Jellinekova typologie:
  + **alfa typ** - problémové pití; abusu alkoholu, alkohol jako sebemedikace - potlačení dysforie, potlačení tenze, úzkosti a deprese, často pití o samotě
  + **typ beta** - příležitostný abusus, sociální vlivy - pití ve společnosti; často následuje somatické poškození
  + **typ gama** - anglosaský typ s preferencí piva a destilátů; porucha kontroly pití, nárůst tolerance, progrese konzumace, somatické a psychické poškození, výrazná psychická závislost
  + **typ delta** - románský typ, preference vína; chronický denní příjem, udržování hladinky, bez ztráty kontroly a výrazné opilosti, somatická závislost a poškození
  + **typ epsilon** - epizodický abusus, dipsomanie, kvartální piják; vzácná, někdy u afektivních poruch
* vývoj závislosti: stadium symptomatické (počáteční) - varovné (prodromální) - rozhodné (kruciální) - konečné (terminální)

**KLINICKÝ OBRAZ**

* psychoaktivní účinky podle množství požitého alkoholu; komplexní charakter
  + bezprostřední efekt - změna chování
  + biologické vlivy na efekt - osobní dispozice, kondice, zdravotní stav
  + psychologické vlivy - anticipace účinku, očekávaný efekt
  + sociální vlivy - prostředí, kde piju; účast dalších osob
* **akutní intoxikace**
  + **opilost** = ebrietas simplex
  + začátek, nízké dávky - stimulace, psychomotorická excitace, elace nálady, mnohomluvnost, zvýšené sebevědomí, snížení zábran a sebekritičnosti, agresivita
  + vyšší dávky - útlum - únava, somnolence, spánek; bezvědomí, kóma, smrt
  + stadia podle hladiny alkoholu:
    - excitační - do 1,5 g/kg - lehká opilost
    - hypnotické - 1,6-2,0 g/kg - střední opilost
    - narkotické - nad 2,0 g/kg - těžká opilost
    - nad 3 g/kg - těžká intoxikace s rizikem bezvědomí, zástavy dechu a oběhu (asfyktické)
* **patologická intoxikace, patická ebrieta** = náhle vzniklá patická reakce na alkohol
  + rychle po vypití relativně malého množství alkoholu, které by u většiny osob nezpůsobilo intoxikaci
  + kvalitativní porucha vědomí, nepochopitelné jednání v rozporu s chováním za střízliva, poruchy emocí (strach, úzkost), poruchy vnímání (halucinace zrakové a sluchové), poruchy myšlení (paranoidně-perzekuční bludy)
  + často těžká agresivita proti okolí - nekontrolovatelný výbuch vzteku
  + minuty až hodiny, končí spánkem - na stav je úplná nebo ostrůvkovitá amnézie
* **škodlivé užívání**
  + způsob užívání alkoholu, který vede k poškození zdraví
  + předchází závislosti o několik let
  + somatické poškození - dysfagie, průjmy, gastritidy, jícnové varixy, hepatopatie; zvýšené riziko jaterní cirhózy a ca jater, jícnu, žaludku, u piva KRKA
  + narušení endokrinního systému - pseudo-Cushingův syndrom; poškození pankreatu s poruchou sekrece inzulinu
  + avitaminózy, poruchy krvetvorby a koagulace
  + muži - porucha sekrece testosteronu, impotence
  + ženy - riziko poškození plodu = **fetální alkoholový syndrom**
    - retardace růstu, postižení CNS, kraniofaciální dysmorfie - mikrocefalie, oční anomálie, krátké palpebrální štěrbiny, plochý kořen nosu, vymizelé filtrum, nízko položené uši
    - pouze poruchy chování - fetální alkoholový efekt
  + chronický abusus - poškození KVS (hypertenze, kardiomyopatie), poškození CNS (polyneuropatie, mozková atrofie, epilepsie, syndrom deficitu thiaminu)
  + **Wernickeova encefalopatie** - deplece thiaminu, akutní, život ohrožující stav
    - obrna okohybných svalů, poruchy rovnováhy, ataxie, zmatenost, apatie, delirium
  + expozice cigaretovému kouři - dýchací obtíže, karcinomy dutiny ústní, moč, měchýře, bronchů
  + změny laboratorní: anémie makrocytární, zvýšení bilirubinu a jaterních enzymů (ALT, AST, GMT bez ALP); citlivý CDT-transferin - zvýšené hodnoty u chronického abusu
* **závislost na alkoholu**
  + pomalá progrese, postupné změny - zvyšování tolerance, ztráta kontroly užívání, zanedbávání jiných potěšení a zájmů
  + změny v myšlení a chování, postupná fixace, změny osobnosti - adaptace na konflikty s realitou a na problémy vyvolané pitím - "alkoholické obrany" - nejdřív zakrývají, potom obhajují pití
  + rozvinutá závislost: změna tolerance, odvykací příznaky - potřeba ranního doušku, mnestické poruchy - okénka = **palimpsest** - akutní amnézie, pacient si nepamatuje, co dělal během intoxikace
  + změna tolerance: nejdříve vzestup - i po velkém množství alkoholu nevypadá jako opilý; poté rychlý pokles - i po malém množství těžká opilost
* **odvykací stav** - viz otázka 8
* **alkoholické psychózy**
  + léta trvající chronický abusus
  + alkoholická halucinóza, alkoholická paranoidní psychóza, alkoholická demence
  + **alkoholická halucinóza** - trvalé halucinace, většinou sluchové a vizuální; po snížení množství konzumovaného alkoholu u osoby závislé přes 10 let
* **amnestický syndrom** - chronické výrazné zhoršení krátkodobé paměti při zachování bezprostřední paměti

**KOMORBIDITY**

* většinou odezní během týdnů po začátku abstinence
* poruchy spánku, anxiózně-depresivní stavy
* kombinace se samostatnou poruchou (deprese) = **duální diagnóza** - cca u 40-60% alkoholiček a 20-40% alkoholiků
  + deprese, úzkostné poruchy, změny osobnosti, PPP, závislost na další psychoaktivní látce (cca u 10%)
  + terapeuticky řeším obě poruchy - současně nebo začínám závažnější

**PRŮBĚH A PROGNÓZA**

* chronické recidivující onemocnění zasahující zdravotní stav a další oblasti života
* v terminálních stadiích možná depravace osobnosti s umístěním v psychiatrické léčebně
* nikdy není možno dosáhnout stavu kontrolovaného pití - nutná je úplná doživotní abstinence

po první léčbě vydrží abstinovat cca 30-40% pacientů

**7. DUŠEVNÍ PORUCHY ZPŮSOBENÉ POŽÍVÁNÍM PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK (MIMO ALKOHOLU)**

**DUŠEVNÍ PORUCHY PŘI UŽÍVÁNÍ OPIOIDŮ**

* opium, morfin, codein, heroin, methadon, buprenorfin a další - anodyna, spasmolytika, antitusika
  + základem alkaloidy z makovic - *Papaver somniferum*
* nárůst závislosti od 19. století - objevení derivátů, užívání při válečných konfliktech (soldier sickness); od 70. let rozvoj ilegálního užívání; v ČR až po revoluci (do té doby místní verze - braun)
* **klinika:**
  + tlumivý uklidňující efekt; někdy euforie
  + nástup podle látky a způsobu aplikace
  + délka účinku: heroin 3-4 hodiny, morfin 4-5 hodin, buprenorfin 6-8 hodin (vyšší dávky až 24 hodin), methadon 12-24 hodin
* **akutní intoxikace:**
  + apatie, útlum, zpomalení psychomotoriky, dezinhibice, zhoršení pozornosti a úsudku, narušení schopnosti normálního fungování
  + objektivní známky - aspoň 1 ze 4: otupělost, setřelá řeč, zúžení zornic (při těžkém předávkování s anoxií mydriáza), porucha vědomí (somnolence až kóma)
  + blažená euforie, uvolnění, únava; naopak úzkost, dysforie
  + těžká intoxikace - útlum dechového centra, hypotenze, hypotermie celkový útlum CNS, analgezie, bradykardie, snížená motilita GIT, nauzea, zvracení, zácpa, křeče
  + suicidální pokus u závislého = **zlatá rána;** těžké předávkování u závislých při aplikaci čistého heroinu
  + intoxikace po detoxikaci ze snížení tolerance - i dávka, kterou závislý předtím běžně užíval
* **škodlivé užívání**
  + infekce - hepatitidy, HIV - nesterilní injekční aplikace
  + záněty, trombózy, intoxikace - z příměsí
* **syndrom závislosti** - vznik v řádu týdnů
  + craving, zvyšování dávek a frekvence
  + nejrychleji při i.v. aplikaci, z látek heroin
  + úporná, obtížně léčitelná
* **odvykací stav**
  + vždy při nedostatku drogy - nástup podle drogy a obvyklé aplikace, u heroinu za 4-6 hodin
  + závislý není v ohrožení života, subjektivně nepříjemný - vyhledá pomoc
  + možné léčit - prevence zhoršení stavu, možnost začátku terapie
  + aspoň 3 příznaky (mimo cravingu) - flu-like syndrom - sekrece z nosu, kýchání, slzení, bolest a křeče svalů, křeče GIT, nauzea nebo zvracení, průjem, mydriáza, piloerekce, zimomřivost, tachykardie, hypertenze, zívání, poruchy spánku (inverze, nespavost, nepříjemné sny)
  + i u novorozence - **neonatální abstinenční syndrom**
* **psychotické poruchy** - nebývají, když jsou přítomny, jsou způsobeny současně užívanou drogou
* **průběh a prognóza**
  + není organotoxicita (jenom z příměsí)
  + poruchy myšlení - zúžení myšlení, zaujetí drogou, neschopnost koncentrace na jiné věci, změny chování (anetické; vzácně agresivita)
  + poruchy osobnosti - akcentace negativních rysů, psychopatizace
  + somaticky - amenorea, avitaminózy, sekundární poruchy imunity, poruchy libida, chátrání těla, kachektizace, karies
  + sociální potíže, konflikty se zákonem - krádeže a prostituce
  + lze úspěšně léčit a dlouhodobě abstinovat
* **terapie:**
  + **akutní intoxikace** - i.v. **naloxon** - opioidní antagonista, ve stoupajících dávkách až do vymizení příznaků intoxikace
    - při podání u závislého vyvolá odvykací příznaky - krátký biologický poločas, rychle odezní
    - naloxon dlouhodobě, do vyloučení látky, která intoxikaci způsobila
  + **detoxifikace** - terapie odvykacího stavu
    - při hospitalizaci
    - I: závažný odvykací stav, komplikace závažným onemocněním
    - zcela bezdrogové prostředí
    - farmakoterapie: substituční a symptomatická terapie - spasmoanalgetika (drotaverin + metamizol), anxiolytika (chlordiazepoxid + buspiron), hypnotika (zolpidem, zopiclon), tlumivá neuroleptika (tiaprid); substituce - **buprenorphin** (cca na týden), vzácně clonidin
  + **terapie syndromu závislosti** - dlouhodobý program, resocializace v doléčovacím zařízení
    - měsíce až roky
    - často relapsy
    - **dlouhodobá substituční léčba** - methadon - 1 dávka denně, u stabilizovaných pacientů i dávky na doma; možná i substituce buprenorphinem (u pacientů plánujících dlouhodobou abstinenci)
  + podpůrná terapie - hlavně na craving

**PORUCHY VYVOLANÉ UŽÍVÁNÍM KANABINOIDŮ**

* látky z *Canabis sativa* - hašiš, marihuana - účinná látka: THC (delta-9-tetrahydrocanabinol)
  + kouření nebo per os aplikace
  + poločas až 30 hodin, v moči i týdny po posledním užití (chronicky kumulace v depozitech)
  + flashbacky
  + efekt: antikonvulzivní, analgetický, antiemetický, hypotenzivní
* **akutní intoxikace**
  + dezinhibice chování, agitovanost, euforie nebo úzkost, abnormality vnímání (zpomalené vnímání času, myšlenkový trysk, sluchové/zrakové/taktilní halucinace nebo iluze, zhoršení úsudku a pozornosti, zpomalení reakčního času, derealizace, depersonalizace, podezíravost, paranoidní představy
  + značné narušení koncentrace a schopnosti provádění běžných činností a složitějších činností i dny po jednorázovém požití
  + vysoké dávky - mírné delirium, panika, psychóza, provokace vzniku primární psychické poruchy (schizofrenie)
  + příznaky akutní intoxikace: nastříknuté spojivky, zvýšená chuť k jídlu, tachykardie, sucho v ústech
* **škodlivé užívání**
  + poškození DC, plic - chronické záněty, riziko ca plic
  + poruchy plodnosti, snížení produkce testosteronu, anovulační cykly, předčasný porod, snížená porodní hmotnost
  + dlouhodobé užívání - anxiózně-depresivní stavy, apaticko-abulický syndrom
  + role jako vstupní droga
* **syndrom závislosti** - psychická závislost; tolerance - adaptace CNS na drogu, není zrychlení metabolismu
* **odvykací stavy** - výjimečně; psychomotorický neklid, podrážděnost, nervozita, úzkost, deprese, bolesti hlavy; úprava spontánně během dnů
* nejčastěji rekreační víkendové užívání, bez vzniku závislosti
* terapie: při výrazných projevech malé dávky antidepresiv, u akutních psychotických stavů benzodiazepiny; u chronických psychóz neuroleptika

**PORUCHY VYVOLANÉ UŽÍVÁNÍM SEDATIV A HYPNOTIK**

* nejčastěji předepisované látky v klinické praxi; významný potenciál stran vzniku závislosti
  + I: poruchy spánku, úzkost
  + často předepisované, snadno dostupné i bez předpisu, podceňované (jsou legální)
  + užívány s jinými drogami - prodloužení účinku, kombinace, tlumení nežádoucích účinků
* nejčastěji benzodiazepiny, hlavně diazepam, dříve barbituráty (Alnagon)
* **akutní intoxikace**
  + hodnocena jako opilost - euforie, dezinhibice, emoční labilita, neurvalost, agresivita/útlum, apatie, zhoršení pozornosti a psychomotoriky
  + po prodělané intoxikaci anterográdní amnézie
  + příznaky: kolísavá chůze, poruchy stoje, setřelá řeč, nystagmus, porucha vědomí, erytematózní kožní léze nebo puchýře
  + těžká intoxikace - útlum CNS, hypotenze, hypotermie, útlum dávivého reflexu, útlum dýchání; ohrožuje život, nutná intenzivní péče
* **škodlivé užívání**
  + poruchy spánku, úzkost, deprese
  + dlouhodobě - poruchy kognitivních funkcí - anterográdní amnézie, porucha kontinuity vědomí, delirium
  + zhoršení při současném užívání alkoholu
* **syndrom závislosti** - prevence: užívat max 4-6 týdnů; častěji u současného užívání opiátů a alkoholu
* **odvykací stavy**
  + po náhlém vysazení
  + třes, nauzea, tachykardie, zvracení, psychomotorický neklid, bolesti hlavy, iluze a halucinace, malátnost, slabost, posturální hypotenze
  + rebound fenomén - těžké poruchy spánku, riziko deliria, epileptoidní paroxysmy typu grandmal s možným přechodem do status epilepticus
* úporné, obtížně léčitelné závislosti - pro terapii je zásadní korigovat poruchu, pro kterou byly nasazeny
* **terapie:**
  + **akutní intoxikace** - ARO, monitorace; na barbituráty forsírovaná diuréza nebo hemodialýza; na benzodiazepiny antagonista **flumazenil**
  + **detox** - dlouhodobý; postupné snižování dávek a nahrazování jinými preparáty
    - při vysazení diazepamu prevence křečí - karbamazepin
    - neklid - tiaprid, na psychózy haloperidol
  + úplná abstinence jak od benzodiazepinů, tak od alkoholu (zkřížená tolerance)

**PORUCHY VYVOLANÉ UŽÍVÁNÍM KOKAINU**

* alkaloid z listů *Erytrhroxylon coca*
  + stimulační a euforizační účinky
  + lokální anestetikum
  + crack - volná báze, kouří se nebo inhaluje; kokain se šňupe
* **akutní intoxikace**
  + euforie, zvýšení energie, megalomanie, hrubost, agresivita, emoční labilita, stereotypní chování, halucinace, paranoia, neschopnost koncentrace
  + tachykardie, arytmie, hypertenze, pocení, zimomřivost, nauzea, zvracení, dilatace zornic, psychomotorický neklid, svalová slabost, bolest hrudníku, křeče
  + delirium s panikou, agresivitou, maligní hypertermií
  + těžká intoxikace - riziko oběhového selhání
* **škodlivé užívání**
  + šňupání - chronické dráždění a ischemizace sliznic dýchacích cest, perforace septa
  + chronicky - KMP, bolesti hlavy, deprese, sebevraždy
  + těhotenství - riziko poškození novorozence
* závislost vzniká poměrně rychle
* **odvykací stav** - dysforie, sklíčenost, anhedonie, letargie a únava, psychomotorický útlum nebo agitovanost, craving, zvýšená chuť k jídlu, poruchy spánku (hypersomnie nebo insomnie), bizarní nebo nepříjemné sny
* devastující průběh závislosti, sociální propad, somatické poruchy
* **terapie:**
  + **akutní intoxikace** - benzodiazepiny, při hypertermii ochlazování, blokátory adrenergních receptorů
  + **psychóza** - diazepam, haloperidol
  + **závislost** - imipramin + terapie depresivních symptomů

**PORUCHY VYVOLANÉ JINÝMI STIMULANCII**

* amfetamin, benzedrin, efedrin, fentermin, kofein, metamfetamin
  + efekt jako kokain, nástup a intenzita modulována cestou podání
  + **kofein** - centrálně stimulační, mírné diuretikum, mírné kardiostimulans (lze použít jako analeptikum); návyk psychogenní, ženy tolerují lépe
  + anorektický účinek - zneužíván u PPP
  + **amfetamin** - používán jako stimulans u narkolepsie; derivát methylphenidát na ADHD
  + **metamfetamin** - oblíbená česká ilegální droga
  + **efedrin** - jedna z nestarších psychoaktivních látek; bronchodilatans
  + **MDMA** - ve vyšších dávkách má kromě stimulačního i halucinogenní účinky
* centrální stimulace + agonista adrenergních receptorů na periferii
  + uvolnění NOR a DOP v CNS - halucinace, bludy; podobný obraz jako akutní psychotické poruchy
* **akutní intoxikace**
  + dysfunkční chování, poruchy vnímání, euforie, pocit zvýšené energie, zvýšená bdělost, megalomanie, družnost nebo odmítání kontaktu, hrubost, agresivita, afektivní labilita, halucinace, paranoidní myšlenky, poruchy koncentrace
  + arytmie, tachykardie, hypertenze, pocení, zimomřivost, nauzea a zvracení, ztráta hmotnosti, dilatace zornic, psychomotorický neklid až agitovanost, dehydratace, svalová slabost, bolesti hrudníku, křeče
* **škodlivé užívání**
  + masivní dehydratace, celkové vyčerpání
  + toxické poškození organismu příměsí z nekvalitní drogy
* závislost - psychická, vznik během týdnů
* odvykací stav - craving, útlum, únava, letargie, dysforie, sklíčenost, anhedonie, poruchy spánku (hypersomnie), bizarní sny
* stoupá nárazové užívání malých dávek (taneční drogy); rizikové je pravidelnější užívání za účelem zvýšení výkonu
* při častém užívání - **stíhy** - paranoidně-anxiózní stavy, psychózy, případně depresivní poruchy se suicidálními tendencemi
* **terapie:**
  + **akutní intoxikace** - observace, klid, rehydratace, KVS - betablokátory, forsírovaná diuréza; na psychózy diazepam, při neúčinnosti haloperidol
  + odvykací stavy medikamentózně
  + závislost - hlavně psychoterapie

**8. ODVYKACÍ STAV U ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU - KLINICKÝ OBRAZ, DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA A LÉČBA**

**ODVYKACÍ STAV**

* u osob s anamnézou dlouhého intenzivního abúzu alkoholu
* rozvoj během hodin až dní po ukončení/přerušení konzumace alkoholu nebo po výrazné redukci dávek
* maximální intenzita příznaků druhý den po vysazení, bez komplikací odeznívá do 4-5 dnů
* **KO:**
  + třes rukou nebo celého těla, pocení, úzkost, psychomotorický neklid, nauzea, zvracení, bolesti hlavy, tachykardie, hypertenze, pocit slabosti, poruchy spánku
  + přechodné halucinace - taktilní, vizuální, sluchové, případně iluze
  + dlouhodobé obtíže - nespavost, vegetativní obtíže, úzkost - až měsíce
  + komplikace: křeče, záchvaty grand mal
  + velká progrese: **alkoholový odvykací stav s deliriem = delirium tremens**
    - závažný, život ohrožující stav, vysoká mortalita
    - i jako intoxikační delirium - v průběhu velkého alkoholového excesu
    - poruchy vědomí, kognitivních funkcí, taktilní, čichové a vizuální halucinace, bludy (paranoidní), dezorientace, psychomotorický neklid
    - vegetativní poruchy (tachykardie, pocení), hrubý třes (tremens - třesoucí se), záchvaty křečí, inverze spánku
    - maximum obtíží v noci
    - hypoglykemie, rozvrat elektrolytové rovnováhy, metabolický rozvrat - nutná monitorace životních funkcí a včasná terapie

**LÉČBA**

* **psychoterapie** - základ
  + dynamicky orientovaná psychoterapi
  + **terapeutické komunity** - lůžková oddělení
  + základem vytvoření náhledu na onemocnění - nejprve verbální, potom produktivní (realizace rozhodnutí, změny životního stylu)
* **časná intervence** - při škodlivém užívání; strategie **krátké intervence**
  + upozornění na rizika škodlivého užívání ve chvíli, kdy ještě nedošlo k rozvinutí závislosti
  + praktiční lékaři, zdravotníci primární péče
  + **adiktolog** - časná intervence při závislosti; psychoterapeutická intervence s cílem přimět pacienta zahájit terapii
* **detoxifikace**
  + léčba odvykacího stavu - korekce poruch elektrolytové rovnováhy, hydratace, farmakoterapie
  + substituční léčba - zkřížená tolerance farmak s alkoholem
    - středně dlouhé BZD - chlordiazepoxid, oxazepam, lorazepam
    - clomethiazol v kapslích nebo v infuzi za monitorace vitálních funkcí - při předávkování útlum dýchání
  + predelirium a lehčí delirium - **tiaprid**
  + delirium komplikované křečemi - MgSO4, carbamazepin
  + korekce vitaminové deplece - thiamin, kyselina listová
* **senzitizace** - preparáty zvyšující vnímavost organismu k alkoholu - po požití výrazná vegetativní reakce, kolísání krevního tlaku, tachykardie, zrudnutí, bolest hlavy, nauzea, zvracení, problémy s dýcháním, kolaps, bezvědomí
  + mechanismus: blokáda acetaldehyddehydrogenázy - intoxikace acetaldehydem
  + disulfiram (Antabus), metronidazol
  + KI: intolerance, gravidita, vředy GIT, onemocnění KVS, ledvin, jater, epilepsie, nespolupracující pacient
  + obsolentně - averzivní terapie
* **terapie duálních diagnóz**
  + nic, co interaguje s alkoholem - KI TCA
  + nepodávat preparáty se zkříženou tolerancí - zvýšení rizika recidivy, riziko vzniku nové závislosti (BZD, opiáty, barbituráty)
  + ideální SSRI
* **terapie cravingu**
  + **acamprosat** (podobný GABA), **naltrexon** - funguje přes zkříženou toleranci i na alkohol
  + podávání cca 1 rok - prevence relapsu
  + nácvik sociálních dovedností - behaviorální terapie, pacient se učí odmítat alkohol

**9. DUŠEVNÍ PORUCHY SPOJENÉ SE ŠESTINEDĚLÍM, MENSTRUAČNÍM CYKLEM A KLIMAKTERIEM**

**PREMENSTRUÁLNÍ SYNDROM**

* cyklické výkyvy nálady, období posledních 4-5 dnů luteální fáze
* depresivita, thymolabilita, úzkostnost, letargie
* cca 20-40% žen ve fertilním věku
* **premenstruální dysforická porucha** - výrazné narušení psychosociální adaptace, porucha nálady
  + terapie: SSRI
* **menstruační psychózy -** lze korigovat antikoncepcí
* po zavedení antikoncepce častější depresivní stavy (asi důsledek vyšších dávek progesteronu)

**GRAVIDITA, POROD A ŠESTINEDĚLÍ**

* **těhotenství**
  + první trimestr - zvýšený výskyt depresivních stavů; nízká pravděpodobnost sebevraždy
    - asi důsledek zátěže - partnerské konflikty, nechtěné těhotenství, předchozí onemocnění
    - hlavně psychoterapie; teoreticky možné SSRI a TCA
    - u těžkých poruch ECT - nepoškozuje plod
    - lithium teratogenní, hlavně na srdeční malformace, dysfunkce ledvin a štítné žlázy; toxické postpartálně - vysadit aspoň 2 týdny před porodem
* **porod a šestinedělí** - prudký pokles pohlavních hormonů, somatické stresory, psychické
  + zvýšený výskyt depresivních poruch
  + častěji u primipar, u žen s premenstruálním syndromem, u svobodných matek a žen s anamnézou duševních obtíží
  + **poporodní skleslost** - **postpartum blues** - cca 10 dní po porodu
    - plačtivost, smutek, thymolabilita, poruchy spánku
    - spontánní úprava během dnů
  + **postnatální deprese** - 10-15% rodiček
    - často nediagnostikovaná
    - excesivní strach o dítě a jeho stav, pocit viny a vlastní nedostatečnosti
    - hlubší deprese - riziko agresivity vůči sobě nebo dítěti
    - poškození dítěte - u řady dětí s depresivní matkou kognitivní deficit
    - terapie: transdermálně estrogeny, progesteron, psychoterapie (KBT); u těžších stavů antidepresiva (TCA, SSRI), ECT
  + **puerperální psychózy** - 0,1-0,2%
    - psychotické deprese s agitací nebo dezorientací
    - hlavně 3-14 dní po porodu
    - u žen s bipolární poruchou možný poporodně vznik nové epizody

**KLIMAKTERIUM**

* mezi 40-55 lety, souvisí s poklesem hladiny estrogenů
* klimakterický syndrom a klimakterické psychózy
* **klimakterický syndrom**
  + psychické a vegetativní symptomy - návaly horka, pocení, parestezie, mravenčení, nespavost, závratě, deprese, nervozita, bolesti hlavy
  + změny sexuální aktivity a reaktivity
  + cca u 80% žen; jen 1/4 musí vyhledat lékařskou pomoc
* psychózy - výsledek působení klimakteria jako nespecifického stresoru
* další faktory zvýrazňující vznik poruch: ztráta funkčnosti ženy při ztrátě možnosti reprodukce, syndrom prázdného hnízda, problémy se stárnoucími rodiči, vrchol profesionální kariéry
* **terapie:**
  + HST - hlavně estrogeny
  + psychoterapie
* **další stresory** - arteficiální nebo spontánní potraty, porod mrtvého dítěte, infertilita, hysterektomie

**10. DUŠEVNÍ PORUCHY U INTERNÍCH (ENDOKRINNÍCH, KARDIOVASKULÁRNÍCH, HEMATOLOGICKÝCH, GASTROINTESTINÁLNÍCH, METABOLICKÝCH), NEUROLOGICKÝCH (ONEMOCĚNÍ BAZÁLNÍCH GANGLIÍ, ROZTROUŠENÉ SKLERÓZY, SYNDROMU SPÁNKOVÉ APNOE) A ONKOLOGICKÝCH ONEMOCNĚNÍ**

**INTERNÍ ONEMOCNĚNÍ**

* **endokrinní poruchy**
  + ***hypoglykémie***
    - řada neurotických symptomů - hlavně úzkost
    - TH: glukóza - vede k urovnání stavu
  + ***DM***
    - psychicky negativní vliv je hlavně u mladých, může být narušen psychický vývoj
    - vyšší výskyt depresivních symptomů a zvýšená úzkost
    - TH: rodinná terapie, SSRI (ne TCA - ↑rezistenci na inzulin)
  + ***hypertyreóza***
    - psychické symptomy často první známka poruchy
    - zvýšená excitabilita, úzkostnost až panické ataky, hyperaktivita, tymolabilita a fobické obtíže
    - u výraznější tyreotoxikózy - až psychotická porucha s manickým tempem a paranoidními projevy
    - hůř snášejí ztrátu blízkého člověka, větší strach z chorob
    - TH: antityreoidální léky, antidepresiva, ECT
  + ***hypotyreóza***
    - z psychiatrického hlediska - protipól předchozích
    - latergie, deprese, paranoia až myxedematózní šílenství
    - TH: substituce + antidepresiva
  + ***hyperparathyroidismus***
    - deprese, bolesti hlavy, celková slabost
  + ***hypoparathyroidismus***
    - zvýšená iritabilita, pocity slabosti, hysterické spazmy (karpopedální spazmy), 40% pacientů má deprese, narušení intelektu
  + ***Cushingův syndrom***
    - časté výkyvy nálad a volních mechanismů, až výskyt bludů a halucinací
    - mohou se rozvinout i závažné psychotické poruchy s manickou a bludnou symptomatologií
    - taky při užívání kortikosteroidů a anabolických steroidů
    - TCA zhoršují příznaky
    - TH: SSRI
  + ***Addisonova choroba***
    - také výkyvy nálad, obvykle předcházejí nemoci
    - mohou být narušeny kognitivní funkce
    - při těžším průběhu - psychotické epizody s porušeným vědomím
    - TH: substituce, ECT
  + ***hyperprolaktinémie***
    - snížení libida, ženy s anemorheou udávají depresi, anxietu
    - deprese špatně reaguje na léčbu antidepresivy
    - TH: bromokryptin - vylepší jak prolaktin, tak náladu
* **kardiovaskulární poruchy**
  + ***bolest na hrudi*** 
    - přítomny u pacientů po negativní koronarografii - prolaps mitrální chlopně, mikrovaskulární angina, psychotické vlivy
    - asi 70% s negativní koronarografií trpí duševní poruchou - panická porucha
      * projevy panické ataky - hypoventilace, akutní intenzivní úzkost mohou vézt ke koronárním spazmům, ventrikulárním arytmiím
    - propojeny s depresí - u nově zjištěného koronárního postižení, po IM
    - u afektivní poruchy - časté hypertenze, srdeční selhávání, pravděpodobnost DM
    - symptomy se překrývají - palpitace, bolesti na hrudi, obtíže s dýcháním
  + ***operace srdce, transplantace***
    - úzkostné/afektivní poruchy
  + zvážit NÚ základní medikace a vliv psychofarmak na KVS
    - BB - depresiogenní; antidepresiva snižují hypotenzní účinek BB
  + TH: SSRI, moclobemid

**NEUROLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ**

* ***epilepsie***
  + 20% pacientů s temporální epilepsií rozvine středně těžkou až těžkou depresi (depr.epizoda)
    - interiktální deprese - častá, závažná - spojena s anxietou, zvýšeným neuroticismem, hostilitou, iritabilitou, agresivitou, riziko suicidia/sebepoškozování
  + TH: antiepileptika - karbamzepin, valproát, lamotrigin - zlepšení nálady, tlumivé účinky
    - některá antidepresiva snižují práh pro záchvaty (mianserin, trazodon)
    - SSRI + kognitivně-behaviorální a interpersonální psychoterapie
    - u hluboké deprese - ECT
* ***Parkinsonova choroba***
  + depresivní a úzkostné projevy (depresivní epizoda, dystymie, atypické deprese s anxietou a panickými atakami)
  + ženy s časnějším začátkem Parkinsonovy choroby (víc v levé části mozku), s depresí v OA
  + antiparkinsonika (amatidin, bromocryptin) mohou vyvolat depresi!
  + TH: SSRI (nekombinovat s IMAO a levodopou!), ECT
    - u nutnosti klidnění pacienta - neuroleptika bez NÚ - klozapin
* ***roztroušená skleróza*** 
  + deprese (může být 1. příznak nemoci)
  + TH: kognitivně-behaviorální terapie, TCA (antidepresivně+proti inkontinenci)
* ***syndrom spánkové apnoe***
  + porucha dýchání související se spánkem
  + zahrnuje 3 jednotky
    - obstrukční spánková apnoe - opakované obstrukce HCD při spánku - vedou k apnoím a hypopnoím
      * noční spánek je fragmentován probouzecími reakcemi
      * 2-4% populace, muži, obezita, krátký široký krk
      * zhoršuje ji alkohol, myorelaxancia (BZD)
      * je RF pro hypertenzi, ICHS, srdečních arytmií, CMP
    - centrální spánková apnoe - pauzy v dýchání nejsou provázeny dechovým úsilím
      * noční spánek fragmentován
      * u srdečního selhání, multisystémové atrofie
      * KO: chrápání explozivního typu, apnoe, lapání po dechu, insomnie, denní spavost; reverzibilní, dif.dg. demence
    - hypoventilace při spánku - u chronických plicních chorob (CHOPN), extrémní obezity (Pickwickův sy), časté buzení v noci
  + dg. - noční monitorování dechových fcí ve spánku (polysomnografie)
  + závažnost nemoci dle počtu apnoí a hypopnoí; závažnost hypoventilace dle saturace
  + TH: odstranění příčin (obezita), dýchání vzduchu o vyšším tlaku nosní maskou, chirurgie

**ONKOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ**

* strach z bolesti a následek nekontrolovatelné bolesti - deprese
* chemoterapeutika (MTX, vinblastin metoklopramid) - mohou vyvolat deprese
* i.m. interferon - chřipkovité příznaky, letargie, anorexie, deprese
* steroidní hormony - deprese
* symptomatologie základního onemocnění a deprese se překrývá - ztráta chuti k jídlu, úbytek hmotnosti, nespavost, anhedonie, abulie, nepřiměřeně se zabývá vlastní chorobou
* dále poruchy přizpůsobení a smíšená úzkostná depresivní porucha, sebevražedné myšlenky
* u tumorů pankreatu - deprese může být 1. příznak
* TH: dobrý terapeutický vztah lékaře a pacienta, psychosociální intervence
  + antidepresiva - nižší dávky, kratší intervaly - SSRI, SNRI
  + psychostimulancia - dextroamfertamin

**11. AKUTNÍ A PŘECHODNÉ PSYCHOTICKÉ PORUCHY A SCHIZOTYPNÍ PORUCHA - DIAGNOSTIKA A LÉČBA**

**AKUTNÍ PŘECHODNÁ PSYCHOTICKÁ PORUCHA**

* patří do schizofrenního okruhu
* charakterizovaná akutním začátkem – bez prodromů, během 2 dnů se rozvine obraz akutního psychotického stavu
  + pokud pomaleji (není to akutní) → nelze diagnostikovat APPP
* na počátku je dobře rozpoznatelný stres
* jsou často označovány jako ***polymorfní*** - obsahují všechny symptomy, které se mohou vyskytnout u schizofrenního onemocnění a ostatních psychóz
* tyto příznaky se velmi rychle střídají a proměňují
* chybí nenápadné negativní příznaky citového oploštění a ztráty vůle
* v popředí jsou vzrušením doprovázené proměnlivé bludy, emoční vzepjetí a agitovanost, nepřiléhavé a přehnané afekty někdy i extatického charakteru, katatymní zkreslení soudů a činů
* výskyt polymorfních psychóz časté v období rychlých politických zvratů
  + měnlivé příznaky, v popředí paranoidní a manická symptomatika
* naléhavá a vyčerpávající vzrušenost
* dle přítomnosti více či méně typických příznaků schizofrenie v klinickém obraze PPP
  + **poruchy bez příznaků schizofrenie**
  + **poruchy s příznaky schizofrenie**
  + **schizoformní psychotická porucha**
  + pokud se schizofrenní příznaky vyskytují déle než měsíc, je vhodné diagn. schizofrenní psychózu
* léčba:
  + znovunastolení kontroly pacienta nad situací, odstranění zátěže
  + ***antipsychotika*** v nízkých dávkách a jen po dobu nutnou k obnovení kontroly nad situací
  + ***perorální benzodiazepinová anxiolytika*** – ke snížení afektivního doprovodu a agitovanosti
  + lepší je se vyhnout hospitalizaci, důležitá informovanost pacienta o povaze jeho stavu a situace
  + prevence rozvoje schizofrenie – sociální, psychoterapeutická a farmakologická opatření
    - u mladších zvážit, zda to není rozjíždějící se schizofrenie
* ***akutní začátek*** *-* rozvoj psychotické symptomatiky od prvních příznaků do plně rozvinutého obrazu; často jde o velmi rychlý vývoj během 48 hodin, u méně prudkého rozvoje nemá jeho doba přesáhnout 2 týdny
* ***typické příznaky*** *-* polymorfnost a měnlivost příznaků
* ***přidružený stres*** *-* asi v 50% případů dochází k rozvoji psychotického stavu v podobě reakce na velmi závažnou stresovou situaci

**SCHIZOTYPNÍ PORUCHA**

* dgn nesnadná
* porucha s příznaky, které se mohou vyskytnout u schizofrenie, ale jejich intenzita a rozvratný vliv na psychiku jsou menší
* příznaky:
  + plané, vágní a stereotypní myšlení, sklon k obřadnostem, nepřiléhavý, neúčelný formalismus, malá schopnost soustředit se a řídit vlastní myšlenky
  + nedochází k formování bludů, nebo rozbíhání myšlenek
  + myšlení nevýpravné, těkavé nebo ruminující (dlouhé zabývání se problémem)
  + pacienti popisují derealizační a depersonalizační zážitky
  + soc.stažení, pohroužení do sebekritikou
  + nejistí, stále ve střehu a podezřívaví
  + příznaky kolísavé intenzit
  + podobají se velmi prodromům nebo reziduím schizoformního onemocnění
* pro dgn schizotypní poruchy je třeba, aby příznaky trvaly alespoň 2 roky
* často mají v rodině dgn. schizofrenie
* léčba:
  + shodná s postupem u prvních epizod schizofrenního onemocnění
  + farmakologicky vhodná především antipsychotika II. generace

**12. SCHIZOFRENIE A SCHIZOAFEKTIVNÍ PORUCHA - POJEM, DIAGNOSTIKA A ETIOPATOGENEZE**

* **schizofrenie** - závažné duševní onemocnění, které významně narušuje schopnost nemocného vnímat správně podněty z okolí, myslet, jednat a chovat se přiměřeně v běžném životě
* specificky lidské onemocnění dosud neznámé etiologie
* projevuje se poruchami myšlení, jednání, vnímání, emocí a vůle
* schizofrenie jako onemocnění patří mezi ***psychotická onemocnění (psychózy)***
  + Psychóza je závažné duševní onemocnění, které je léčitelné, ale které svým průběhem zasahuje hluboko do osobnosti pacienta a také do jeho vztahů s okolím a to tím, že zásadním způsobem mění způsob, jakým člověk prožívá sám sebe, ostatní lidi a svět kolem sebe, v němž žije. Společný svět ustupuje do pozadí a na jeho místo se dostává svět bludů, fantazií a halucinací. Nemocný trpící psychózou se v tomto novém světě uzavírá, odtrhává se od druhých lidí a jejich realita se mu stává cizí.
  + obvykle vleklé onemocnění se sklony k chronickému průběhu
  + velmi často postihuje pracovní schopnost nemocného a tak snižuje jeho společenské uplatnění
* celoživotní prevalence schizofrenie je asi **1% až 1,5%**
* výskyt tohoto onemocnění je stejný v rozdílných světových kulturách, u různých ras i na jednotlivých kontinentech
* stejně často se vyskytuje u mužů i žen
* rozdíl mezi pohlavími je jen ve *věku počátku onemocnění* (ale může vzniknout kdykoli):
  + u mužů začíná schizofrenie nejčastěji mezi 16 až 25 lety
  + u žen nejčastěji mezi 22 až 34 lety
* může být diagnostikována i v dětském věku, ale bývá to relativně vzácný nález

*Historie:*

* slovo schizofrenie je řeckého původu (od základu slova „schizo“ - štěpit a „phren“ - rozum a myšlení)
* tento název měl zdůraznit přítomnost rozštěpení (schizma) mezi myšlením, emocemi a chováním
* termín schizofrenie je však široce mylně vykládán laickou veřejností jako „rozštěpení osobnosti“, kdy jakoby současně existovaly dvě nebo více odlišných osobností - tento výklad je zcela nesprávný!
* schizofrenie jako onemocnění byla popsána v medicínských textech již v období antiky
* prvním ustáleným názvem pro toto onemocnění byl pojem „***dementiae praecox***“ (předčasné zhloupnutí)
  + poprvé vyřčený v roce 1896 a následně zavedený v roce 1898 *Emilem Kraepelinem*
* název ***schizofrenie*** pro předmětné psychotické onemocnění použito až v roce 1911 - ŠVÝ psychiatr *Eugen Bleuler*
* Eugen Bleuler (1857-1939) zavedl užívání pojmu „primární symptomy“ schizofrenie kam zařadil (4A):
  + poruchy asociací (asociativní přeskoky, paralogie)
  + poruchy afektivity (její nepřiměřenost, oploštění)
  + ambivalence
  + autismus

*Etiologie schizofrenie*

* etiologie schizofrenie ***není známa***
* podmíněna multifaktoriálně v koincidenci s mnohočetnými patogenetickými vlivy
  + skupina onemocnění, které mají podobný klinický průběh, různé genetické charakteristiky nemocných, odlišné nálezy strukturálních změn v CNS, také odlišnou reaktivitu na léčbu a různou prognózu průběhu onemocnění
* v současné době je nejvíce přijímanou teorií o patogenezi schizofrenie ***teorie zátěže a dispozice***
  + každý pacient si nese určitou míru dispozice (zranitelnost – vulnerabilita), která se v pak v běžném životě setkává se zátěží (stres) - pokud má pacient vlohu (dědičně přenesenou) k selhání adaptivních funkcí duševního života a setká se s dostatečně intenzivní stresovou zátěží, dojde k selhávání v této zátěži, k poklesu odolnosti jedince a k rozvoji příznaků psychotického onemocnění – klinické manifestaci onemocnění (dědí se vloha, ne nemoc!)
  + studie - pokud onemocní jeden z rodičů schizofrenií, je asi 10% pravděpodobnost, že jeho dítě onemocní také
    - pokud oba rodiče onemocní schizofrenií - riziko pro dítě je 30-40%
    - velmi důležité studie jednovaječných a dvojvaječných dvojčat - obě jednovaječná dvojčata onemocní schizofrenií častěji (35-58%) než dvouvaječná dvojčata (9-27%), i když dvojčata vyrůstala odděleně, v jiném rodinném a sociálním prostředí
  + *dispozicí* může být:
    - geneticky podmíněná variace některých enzymových, receptorových nebo proteinových struktur
    - funkční nebo morfologická odchylka získaná v průběhu těhotenství (např. infekce matky během těhotenství) nebo perinatálně (např. trauma CNS při komplikovaném porodu).
  + *zátěží*, která působí na dispozici, může být:
    - např. přechod z adolescence do dospělosti, vstup na vysokou školu, uzavření manželství, ale i tělesné onemocnění, trauma, zkušenost s psychotropní látkou, úmrtí blízké osoby apod.
* řada hypotéz vzniku: dopaminová, virová, imunologická, genetická, rodinná
* předpoklad neurochemického základu
  + z pozorování účinků různých psychofarmak – schopna vyvolat (psychostimulancii – agonisté dopaminu – amfetamin, meskalin, LSD), zlepšit či zhoršit symptomy onemocnění
* v rozvoji schizofrenie mají nejdůležitější roli neurotransmitery dopamin, serotonin a glutamát
* zvýšená činnost dopaminového systému a jednak určitá nerovnováha v souhře dopaminového a serotoninového systému
  + při nadbytku dopaminu v některých částech mozku (limbický systém) je současně přenášeno příliš velké množství informací, které mozková kůra nedokáže správně rozlišit na důležité a nepodstatné informace, nedokáže také odlišit, zda tyto informace přicházejí z jiných částí mozku nebo zvenku a není ani schopna je správně zpracovat
  + z nadbytku dopaminu a vzájemné nerovnováhy působení dopaminu a serotoninu vznikají různé příznaky psychózy
* v léčbě schizofrenie jsou užívány léky, které normalizují fungování a vzájemnou souhru dopaminového, serotoninového a glutamátového systému
  + ***dopaminová hypotéza***
    - psychotické symptomy jsou u schizofrenie vztaženy k dopaminergní hyperaktivitě v mozku
    - hyperaktivita dopaminergních systémů spojená se schizofrenií je důsledkem zvýšení citlivosti a počtu dopaminových D2 receptorů (neléčení jich mají více) - může se týkat jen určité oblasti mozku
  + podle ***glutamátové hypotézy*** schizofrenie je dopaminergní dysfunkce při schizofrenii sekundární ke glutamátergní dysfunkci
    - hypofunkce glutamátu v kortikostriatálních projekcích vede ke spouštěcím efektům v thalamokortikální smyčce, které mají za následek senzorické přehlcení, a tím psychotické symptomy, a změny koncentrace dopaminu
  + ***neurovývojová hypotéza***
    - jedna z nejznámější hypotézy schizofrenie
    - podle níž významná část osob s diagnózou schizofrenie (získanou v dospělém věku) prodělala poruchu vývoje mozku (porucha migrace, selekce a fce zapojení neuronů) desítky let před symptomatickou fází onemocnění
    - narušení vývoje mozku může způsobit buď:
      * takové poškození mozku, které se v dospělosti vlivem interakcí s dosud neznámými faktory projeví vznikem psychotických symptomů, nebo
      * toto časné poškození CNS vede k ovlivnění dalšího vývoje mozku a vzniku náchylnosti ke schizofrenii v pozdějším věku.
  + ***psychosociální hypotéza***
    - vlivem vyvolávajícím onemocnění jsou určité komplexní sociální požadavky
      * vztahy v základní rodině (rodina a příbuzní mohou svým chováním příznivě ovlivnit další průběh onemocnění)
    - stres je spouštějící, ale ne rozhodující faktor vzniku onemocnění
  + vznik schizofrenie je v současné době popisován nejčastěji jako kombinace vzájemného působení biologických, psychologických a sociálních faktorů, které spolu vytvářejí dispozici k vlastnímu onemocnění
  + ***sociální teorie*** *-* vyšší výskyt ve slabších sociálních třídách se nepotvrdil

*Diagnostika:*

* v současné době se opírá o zjišťování přítomnosti charakteristických skupin příznaků nemoci a funkčního narušení pacienta
* v současné době není žádný jednoznačný laboratorní test, který by byl pro onemocnění schizofrenií typický
* psychiatr musí nemocného vyšetřit a velmi často i nějakou dobu pozorovat, aby mohl podle přítomnosti jednotlivých příznaků a jejich dynamiky, diagnózu stanovit nebo vyvrátit.
* dgn. kritéria vycházejí ze současného klasifik. systému **MKN-10** nebo **DSM-IV** (Dgn. and Statistical Manual)
* přítomnost alespoň 1 z následujících příznaků v trvání delším než 1 měsíc:
  + slyšení vlastních myšlenek a intrapsychické halucinace
  + bludy kontrolovatelnosti a ovlivňování, případně prožitky pasivity a přesvědčení o tom, že subjekt je ovládán psychotickými prožitky
  + halucinované hlasy, které komentují chování pacienta, případně o něm rozmlouvají
  + bludná přesvědčení, která se vymykají dané kultuře
* pokud není přítomen některý z předchozích, je třeba, aby byly přítomny alespoň 2 z příznaků:
  + přetrvávající halucinace
  + formální poruchy myšlení (inkoherence, zárazy – zastavení toku myšlenek, neologismy)
  + katatonní projevy
  + negativní příznaky v podobě apatie, alogie (ochuzení řeči, autismus, emoční oploštění až vyhaslost)
  + nápadné změny v chování (ztráta citových vztahů, zájmů, sociální stažení, nečinnost, bezcílnost)

**SCHIZOAFEKTIVNÍ PORUCHY** (F25)

* častou diagnózou, která může být učiněna na počátku onemocnění zejména při nedostatku anamnestických informací o průběhu onemocnění
* charakterizované přítomností schizofrenní a afektivní symptomaticky
* rozlišujeme:
  + **depresivní typ**
    - depresivní nebo úzkostně depresivní nálada, ztráta životního elánu, sebeobviňování a sebepodceňování, depresivní bludy autoakuzační a hypochondrické, nebo bludy perzekuční a bludy kontrolovatelnosti
    - Th.: antidepresiva, ECT
  + **manický typ**
    - typická expanzivní nálada se zvýšeným sebevědomím, vzrušením, někdy agresivitou, současně megalomanické nebo perzekušní bludy a intrapsychické či jiné halucinace
    - Th.: neuroleptika, lithium
  + **smíšený typ** - dobrá prognóza, menší narušení osobnosti

**13. SCHIZOFRENIE - PRŮBĚHOVÉ VARIANTY ONEMOCNĚNÍ A LÉČBA**

*Průběh onemocnění:*

* začíná obvykle v průběhu dospívání nebo rané dospělosti
* typický je postupný rozvoj onemocnění s prodromálními příznaky (příznaky předcházející nemoci)
  + počátek prodromálních příznaků může být velmi obtížné určit, protože se často mohou překrývat s charakterovými rysy
  + nejčastěji v nich bývá přítomna uzavřenost, pasivita, introvertovanost a z toho vycházející snížení nebo nedostatek kontaktů s vrstevníky a rodinou
  + v období prodromálních příznaků si nemocní stěžují na časté poruchy pozornosti, poruchy spánku, neurčité bolesti hlavy, zad a svalů, zažívací obtíže a pocity celkové slabosti
* při dalším rozvoji psychotické poruchy se rozvíjí a objevují další příznaky jako je hloubání nad detaily, maličkostmi a nepodstatnými věcmi, často i nové zaujetí vírou nebo okultismem, zvláštnosti v oblékání a chování a i v jídle, rozlady a podrážděnost, vztahovačnost, úzkost, neklid, výraznější nespavost nebo změna režimu spánek-bdění
* postupně dochází i k formování a rozvoji bludů a halucinací - nakonec dojde k plnému propuknutí akutních příznaků epizody psychotického onemocnění
* schizofrenie může probíhat:
  + chronicky bez přechodného zlepšení
  + v epizodách (atakách) s narůstajícím nebo stabilním defektem
  + v epizodách s částečnou nebo úplnou remisí
* schizofrenie většinou probíhá jako epizodické onemocnění
* dlouhodobá prognóza nemocných se schizofrenií:
  + cca 1/3 se po 1. atace uzdraví úplně nebo téměř beze zbytku a epizoda onem. se již neopakuje
  + u cca 1/3 probíhá onemocnění v atakách s reziduální psychopatologií mezi atakami
  + cca 1/3 nemocných trpí dlouhodobě trvale progredujícím (chronickým) průběhem, s kolísavou intenzitou téměř trvale přítomných příznaků onemocnění
* schizofrenie je léčitelné duševní onemocnění!

*Symptomy:*

* lze rozdělit do 3 velkých skupin
  + **pozitivní příznaky** - nadměrné nebo zkreslené vyjádření normálních funkcí
    - *halucinace* - zkreslené vnímání reality - falešné smyslové vjemy bez zevního podnětu
      * sluchové - zvuky, hlasy (k němu, o něm, imperativní halucinace)
      * intrapsychické - odnímání a vkládání myšlenek
      * zrakové - barvy, tvary, osoby, scény
    - *bludy* - mylná nevývratná přesvědčení, poruchy myšlení
      * paranoidní a perzekuční - pocit vztahovačnosti, pronásledování
      * extrapotenční - nadání výjimečnými až nadpřirozenými schopn.
      * originární - o významném původu
      * religiózní - náboženský obsah
    - *poruchy formy myšlení* - bez logických souvislostí, zabíhavé, slovní salát, myšlenkový záraz
    - *poruchy chování* - agitovanost, neklid, zrychlené psychomotorické tempo
  + **negativní příznaky** - oslabení nebo ztrátu normálních funkcí
    - snížené citové prožívání, omezená komunikace s okolím, snížená mimika, porucha pozornosti, obtížné rozhodování, snížená schopnost plánování, ztráta vůle
    - v extrému - ztuhlost, přestávají mluvit, pít a jíst
    - zhoršená nálada, pocit méněcennosti, beznaděje, sebevražedné myšlenky
  + **kognitivní** **příznaky** - vyjadřují oslabení schopností pamatovat si, soustředit se, plánovat a řešit problémy, a jsou těsně spjaty s podstatou schizofrenie
* „***skupina schizofrenií***“

**PARANOIDNÍ SCHIZOFRENIE** (F 20.0)

* nejčastější forma schizofrenie charakterizovaná především bludy a halucinacemi, které se liší mírou uspořádanosti a naléhavosti dle průběhu a stádia onemocnění
* bludy mají často obsahy perzekuční, někdy i velikášské, často mají organizující vliv nejen na myšlení nemocného, ale i na jeho chování
* halucinace bývají nejčastěji sluchové
* afektivita podrážděná, může se objevit agresivita vůči domnělým nepřátelům

**HEBEFRENNÍ SCHIZOFRENIE** (F 20.1)

* forma typická pro adolescentní věk
* nemocní jsou charakteristicky nevypočitatelní ve svém chování, vrtkaví, emočně labilní až inadekvátní, aktivita je necílená nebo je podivná až bizarní, objevuje se také nepřiměřená nezbednost, což vede až k jakési fragmentaci chování
* nemocní mají projevy manýrování, strojeně mluví, planě filozofují, nápadně a nepřiléhavě se oblékají
* často jsou vedoucími příznaky přehnané až zkarikované projevy nedospělosti, které v mírné formě provázejí běžné dospívání
* dezorganizované myšlení – též „dezorganizovaná schizofrenie“

**KATATONNÍ SCHIZOFRENIE** (F 20.2)

* dnes vzácná forma
* u této formy schizofrenie jsou nejvýznamnějšími příznaky *poruchy psychomotoriky*:
  + ***produktivní forma*** *-* projevy nadměrného vzrušení provázené bezcílným neklidem
    - neobvyklé pohyby, impulzivní činy, povelovýautomatismus, nadměrná vzrušivost, bezcílný neklid, sterotypie v motorickém a verbálním projevu, někdy impulsivní pacienti
  + ***neproduktivní forma (stuporózní)*** *-* projevy psychomotorického útlumu až katatonního stuporu
    - katatonní stupor (tělo a končetiny setrvávají v bizarních nebo nastavených polohách a při pasivních pohybech je patrný zvýšený svalový tonus, nereaguje, neztrácívědomí, riziko metabolického rozvratu), negativismus, tělo a končetiny setrvávají v nastavených polohách (flexibilitas cerea, katalepsie)
* dalšími projevy může být povelový automatismus, manýrování a negativismus
* nejúčinnější je ECT, dobrá prognóza
* halucinace a systemizované bludy nejsou typické

**SIMPLEXNÍ SCHIZOFRENIE** (F 20.6)

* méně častou formou schizofrenie, ale je prognosticky velmi závažná
* nenápadná
* vedoucími příznaky (hl. negativní) je postupný a někdy až plíživý rozvoj změn chování s úpadkem vůle, nárůstem lhostejnosti a povrchnosti, ztrátou zájmů a oploštěním emocí, které jsou často nepřiměřené situaci
* onemocnění neprobíhá v epizodách, ale jedná se pozvolný proces, který velmi často končí trvalou změnou osobnosti nemocného

**NEDIFERENCOVANÁ SCHIZOFRENIE**

* splňuje kritéria, ale nemá specifickou kombinaci příznaků pro některou z forem

**REZIDUÁLNÍ SCHIZOFRENIE**

* chronifikace průběhu onemocnění, převaha negativních příznaků, špatně reagují na terapii antipsychotiky

**POSTSCHIZOFRENNÍ DEPRESE**

* do roka po atace schizofrenie vzniká epizoda depresivní nálady, zvýšené riziko suicidia

*Nová typologie schizofrenie*

* příznaky schizofrenního onemocnění lze rozdělit na:
  + negativní (nedostatky v řeči, afektivní oploštěnost, apatie, anhedonie – asocialita, narušená pozornost)
  + pozitivní (halucinace, bludy, bizardní chování, porucha platného společenského myšlení)
  + kognitivní a afektivní - snížená schopnost soustředit se, pamatovat si, cokoliv plánovat a řešit problémy provází každou epizodu schizofrenie
* další třídění symptomů schizofrenie je do tří základních syndromů:
  + psychomotorický útlum
    - snížená spontánní hybnost (hypokineze), neměnná mimika, emoční plochost – apatie, monotónní řeč, nemluvnost
  + dezorganizace
    - nepřiléhavé emoce, inkoherence v myšlení a řeči, chudý obsah řeči
  + zkreslení skutečnosti
    - bludy a halucinace

**LÉČBA SCHIZOFRENIE**

* opírá se hlavně o farmakoterapii antipsychotiky (dříve neuroleptika)
* čím dříve se terapií začne, tím lepší prognóza a tím nižší pravděpodobnost relapsů onemocnění, nižší spotřeba léků a riziko sociálních následků duševního onemocnění
* počáteční stadium – lze léčit ambulantně
* snaha o monoterapii
* ty však vyvolávají vedle svých hlavních léčebných účinků i vedlejší nežádoucí příznaky:
  + *akutní* extrapyramidové příznaky (parkins. hypokineze, rigidita, tremor, dystonie, akatizie)
  + *pozdní* (tardivní) extrapyramidové motorické poruchy (dyskineze, dystonie)
  + způsobeny tím, že antipsychotika ovlivňují dopaminový systém (vyvolávají dopaminovou blokádu) i v oblastech mozku, které regulují mimovolní pohyblivost a svalové napětí (extrapyramidový systém)
  + působení antipsychotika v těchto oblastech se může také projevit svalovým třesem, pocitem ztuhlosti svalů, nechutí k pohybu, snížením gestikulace a mimiky
* různé strategie:
  + většinou volíme buď postup, kdy v akutní fázi nemoci je někdy nezbytné zklidnit nemocného vyšší dávkou antipsychotika podávaného injekčně
  + pokud je to možné, volíme spíše strategii, kdy postupně zvyšujeme dávku léku a sledujeme především zlepšování klinického stavu a výskyt vedlejších nežádoucích příznaků (jsou někdy pro nemocné tak nepříjemné, že snižují ochotu nemocných lék nebo léky užívat)
  + podávat antipsychotikum dostatečně dlouhou dobu, abychom zabránili relapsu
* **atypická antipsychotika** (antipsychotika 2. generace) – nepůsobí farmakogenní ztuhlost
* **elektrokonvulzivní terapie** – při léčbě katatonní schizofrenie, výrazné depresivní sympromatice a malig. neuroleptickému sy
* **psychoterapie:** individuální, skupinová, kognitivně-behaviorální, rodinná, psychoedukace

*Antipsychotika*

* jsou léky, které léčí psychotické příznaky a tím vedou ke zklidnění nemocného, zmírnění úzkosti a navozují spánek
* při pravidelném podávání léků se myšlení postupně uspořádává, bludy a halucinace ztrácejí svoji naléhavost, až posléze odezní zcela
* v ideálním případě ustoupí veškeré psychotické příznaky a nemocný je k proběhlé epizodě schizofrenie kritický
* **atypická antipsychotika** - ovlivněním dopaminových i serotoninových receptorů působí léčebně na pozitivní příznaky, negativní příznaky, kognitivní příznaky a do určité míry ovlivňují i náladu nemocných s psychózou
  + jejich velkou výhodou je, že způsobují méně nežádoucích vedlejších příznaků než klasická

**14. TRVALÁ PORUCHA S BLUDY A SCHIZOAFEKTIVNÍ PORUCHA**

**TRVALÁ PORUCHA S BLUDY** (F22)

* v MKN-10 zařazena do skupiny schizofrenií
* dříve se tyto psychózy označovaly jako ***paranoické*** (ne paranoidní) a spadaly mezi ně i chronické vývoje povahy k bludné vztahovačnosti
* vzniká na podkladě povahových nápadností, které nabývají psychotického rázu
* v dnešní době – onemocnění s jedním nebo více dobře formovanými bludy, které se prolínají s životem pacienta
  + typicky bludy perzekuční, ale i bludy incentorní, erotomanické, žárlivecké, hypochondrické
  + zvláštní druh - kverulantský blud ublíženosti (snaha dopomoci si veřejné nápravy a zadostiučinění, furt si na něco stěžují)
  + pokud je bludů více, jsou dobře propojené
  + mohou být doprovázeny i halucinacemi, které je doplňují
    - výskyt halucinací - rozdíl proti dříve užívané dgn kategorii paranoia
* není porucha myšlení, emotivita je přiměřená, osobnost relativně integrovaná
* blud může zcela ovládnout pacientovo prožívání a jednání
  + hlavně dysmorfické bludy (znetvoření), hypochondrické (blud těl. zápachu, napadení parazity, často doprovázené dotvrzujícími halucinacemi)
  + prosazuje se do každodenního života a působí značné utrpení
* zachovalost organizace duševního života
* někdy horší odlišením od disociačních poruch nebo poruch osobnosti, ale od jiných psychóz odlišitelné
* léčba:
  + není jednoduchá – pokus o farmakoterapii – antipsychotika, podle okolností i nová antidepresiva
  + psychoterapie, aktivní rehabilitace v oblasti postižení

**SCHIZOAFEKTIVNÍ PORUCHA** (F25)

* diagnostikována velmi často
* onemocnění, při kterém se vyskytují známky poruchy nálady a schizofrenní poruchy současně nebo společně v rozmezí nejvýše několika dnů
* typické:
  + ***bludy*** se neshodují s náladou, mohou mít podivný obsah
  + typická přítomnost ***chorobně zvýšené nebo skleslé nálady***
    - *elevovaná nálada* – doprovázena expanzivním chováním a zvýšenýmsebevědomím s podrážděností, velikášskými bludy a nekritičností
    - *depresivní nálada* – spojena s útlumem chování, autoakuzačními bludy,halucinacemi, bezradností i suicidálními myšlenkami nebo tendencemi
  + nutná přítomnost ***charakteristických příznaků pro schizofrenii:***
  + nesouvislé myšlení, neologismy, manýrování, ambivalence, intrapsychické halucinace, zveřejňování myšlenek
  + často i netypické příznaky: poruchy¨vědomí – zmatenost, neklidné delirium, oneiroidní stav (snu podobný psychotický prožitek s výrazným afektivním doprovodem a halucinatorně-bludnou symptomatikou)
* ataky jsou zřetelně ***ohraničené***, chybí mezi nimi reziduální symptomy
* prognóza příznivější než u schizofrenie
* schopnost emočně prožívat může pacienta chránit před myšlení rozvracejícím a demotivujícím účinkem psychotické ataky
* využití emocí pro zvládání psychotického prožívání (snad ukazuje na silnější osobnost)
* klasifikace - **depresivní**, **manický** a **smíšený typ**
* diferenciální diagnostika – odlišení od: deprese s psychotickými příznaky, deprese u schizoidní osobnosti, smíšený typ od dekompenzace emočně nestálé poruchy osobnosti hraničního typu
* *léčba*
  + kombinace léčby psychózy a poruch nálady → ***antipsychotika*** v kombinaci *s****antidepresivy***
  + antipsychotika II. generace (atypická): risperidon, olanzapin – výraznější ovlivnění afektivní (především depresivní a úzkostné) symptomaticky
  + antidepresiva: SSRI – fluoxetin, fluvoxamin, citalopram
  + tymoprofylaktika: ***lithium*** (x novým atakám onemovnění)
* ***elektrokonvulzivní terapie*** – u vzrušených nebo silně depresivních pacientů (účinkuje rychle aspolehlivě)

**15. DEPRESIVNÍ EPIZODA, REKURENTNÍ DEPRESIVNÍ PORUCHA A DYSTYMIE**

**DEPRESIVNÍ EPIZODA** (F32)

* častá psychická porucha
* dlouhé trvání epizody, vysoká chronicita, časté relapsy a rekurence, psychosociální a tělesné narušení, vysoká suicidalita
* dnes se na depresi nahlíží - jako na chronickou poruchu, která vede k takovému funkčnímu narušení a morbiditě jako somatické chronické nemoci (DM, hypertenze)
* podle intenzity a počtu přítomných příznaků se rozlišuje:
  + ***lehká depresivní epizoda*** (F32.0)
  + ***středně těžká depresivní epizoda*** (F32.1)
  + ***těžká depresivní epizoda bez psychotických příznaků*** (F32.2) ***těžká depresivní epizoda s psychotickými příznaky*** (F32.3)
  + ***jiné depresivní epizody*** (F32.8) – jednoznačně nespadají do uvedených

**Symptomatologie**

* základní příznak - smutná nálada, udávaná (subj.) nebo pozorovaná (obj.) - pokleslá nálada
* minimální trvání - 2 týdny
* intenzita na subj. úrovni (lehká depresiv.epizoda) x u těžké depresiv.epizody na první pohled
* nálada - pesimistická, zoufalá, s pocity beznaděje a bezvýchodnosti
* ztráta zájmu a prožitku radosti, pokles energie a zvýšená únavnost, snížení pracovního a školního výkonu
* svět prožíván jako odstíny šedé a černé
* ztráta sebedůvěry, výčitky, pocit viny, úvahy o sebevraždě (2/3 jedinců, 10-15% realizuje), nesoustředěnost, nerozhodnost, váhavost, změna psychomotorické aktivity (zpomalenost nebo agitovanost), poruchy spánku, změny chuti k jídlu
* *somatické příznaky*:
  + poruchy spánku (ranní nedospávání), snížený apetit, hubnutí, ranní pesima (deprese je nejhorší ráno), snížení libida, nedostatek emoční reaktivity, psychomotorická retardace nebo agitovanost
  + při přítomnosti somatického sy je indikována biologická léčba
  + pro dg.:
    - lehká - přítomnost min 4 věcí
    - střední 6
    - těžká 8 /10 příznaků
* *kognitivní příznaky*
  + ruminace, hypochondrické a suicidální myšlenky
  + zpomalené mentální pochody, psychomotorická retardace až u 90% depresivních nemocných
  + zpomalený reakční čas není specifický pro depresi a nejpravděpodobněji odráží závažnost deprese
  + obsah depresivních bludů: pocity viny, bída, zájem o vlastní tělo, perzekuční bludy
* *behaviorální projevy, aktivita*
  + u bipolární deprese aktivita téměř vždy snížená, dominuje únava, hypobulie
  + u monopolární - hlavně úzkost, agitovanost
  + může být přítomna úzkost, agitovanost
  + časté je autodestruktivní jednání, 10 – 15% suiciduje, 2/3 mají suicidální myšlenky - u bipolární deprese jsou tato čísla ještě vyšší
  + u nejtěžších depresí často chybí motivace a energie k impulzivnímu nebo násilnému jednání - paradoxně se zlepšením získá energii k realizaci suicidálního plánu
  + u psychot. depresí může i vlivem bludů vraždit
  + **presuicidální sy** **-** nejdřív fantazijní představy, zpočátku se jim brání – vysílá svému okolí signály o pomoc, často však nepoznány, postupně nabývají konkrétní podoby, se zrajícím rozhodnutím dochází ke zklidnění

**Epidemiologie, průběh, prognóza**

* celoživotní prevalence depresivní poruchy 17%, více u žen, riziko rekurence 50%
* u 50% odezní do 6 měsíců spontánně
* riziko rekurence: po první epizodě 50%, po čtvrté epizodě 90%
* každá epizoda 10 – 15% chronicity
* neúplná úzdrava = fce narušení, vyšší riziko relapsu, rekurence a chronicity
* etiopatogeneze: výraznější podíl **psychosociálních faktorů** než u bipolární poruchy

**Diferenciální diagnostika**

* v prvé řadě vyloučení somatických příčin
* neurologické choroby, farmaka, návykové látky mohou způsobovat obraz poruch nálady, nejčastěji deprese
* deprese zhoršuje prognózu základního onemocnění
* farmaka spojovaná s depresí: antihypertenziva, kortikosteroidy, hormony (antikoncepce)
* x schizofrenie, schizoafektivní porucha – důležitá je sekvence symptomů a obsah bludů
  + v akutní fázi není důležité – stejná léčba neuroleptiky (zejména atypickými)
* poruchy osobnosti hraničního typu – depresivní afekt u této poruchy je měnlivý, reaguje na zevní vlivy
* demence
  + postižení paměti a dalších kognitivních funkcí (myšlení, úsudku) – důležitá je sekvence příznaků: u deprese porucha nálady předchází kognitivnímu narušení, u demence je to naopak
  + u demence příznaky kulminují ve večerních hodinách, u deprese ráno

**Léčba**

* přes možnost spontánní úpravy nutno léčit pro riziko suicida, snížení kvality života, riziko recidiv, chronicity a ekonomický dopad (akcentace různých org.chorob – vyšší mortalita na KVS choroby)
* základní vodítko pro volbu léčebného postupu je intenzita:
  + u lehké deprese stačí **psychoterapie**
    - kognitivně-behaviorální a interpersonální psychoterapie
  + u těžších forem nezbytná **biologická léčba**
    - psychofarmakoterapie, elektrokonvulzivní terapie, léčba světlem, spánková deprivace
* antidepresiva I. generace – tricyklická antidepresiva (TCA)
* všechna antidepresiva mají v průměru stejný terapeutický účinek
* výhody vyšších generací: lepší snášenlivost a bezpečnost, rychlejší nástup účinku
* **antidepresiva** první volby: **SSRI** – fluoxetin, fluvoxamin, sertralin, paroxetin, citalopram
* **elektrokonvulzivní terapie** – u těžkých depresí, psychotických a farmakorezistentních depresí
* léčba akutní fáze: cílem je odstranění příznaků (dosažení remise)
* pokračovací léčba: cílem je udržet remisi, zabránit relapsu – měla by trvat min 3 měsíce, optimálně 6 měsíců

**REKURENTNÍ DEPRESIVNÍ PORUCHA** (F33)

* klinický obraz současné periody se specifikuje stejně jako u depresivní epizody, navíc je kategorie rekurentní depresivní porucha v současné době v remisi (F33.4)
* opakované depresivní epizody, resp. stav remise
* prevalence celoživotní 17%, u žen častěji 2:1
* deprese je spojena se zvýšenou mortalitou, 15% umírá sebevraždou, zvýšená mortalita na KVS chorobu

**Průběh a prognóza**

* **remise** – ústup symptomatologie, nejsou splněna kritéria poruchy
* **relaps** – návrat symptomatologie po dosažení remise, ale před dosažením úzdravy
* **rekurence (recidiva)** – návrat symptomatologie po dosažení úzdravy
* **úzdrava** – min 3 měsíce trvající remise
* recidivy jsou spíše pravidlem než výjimkou
* po prodělané jedné depresivní epizody – riziko vzniku 2. je 50%, po 3. epizodě 75% a po 4. 90%
* tendence k častějšímu výskytu následných epizod se závažnějšími symptomy
* pro prognózu je podstatné, zda je remise úplná nebo částečná
* v průběhu času se zvyšuje nejen kumulativní pravděpodobnost rekurence (po 6 mm 13%, po 15 letech 87%), ale i kumulativní pravděpodobnost úzdravy (po 6 mm 53%, od 6 do 15 let 94%)
* polovina nemocných se uzdraví během prvních 6 měsíců, v dalším průběhu se procento úzdravy snižuje o 1-2%

**Etiopatogeneze**

* podílejí se biologické, genetické a psychosociální faktory
* ***snížení monoaminů*** v synaptické štěrbině
* význam mají vzájemné interakce neurotransmiterových systémů a děje za receptorem

**Diferenciální diagnostika**

* rozlišení unipolární a bipolární formy – spočívá hlavně v anamnéze

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| - | *znak* | - | *bipolární* | - | *unipolární* |
| - | **anamnéza** | - | dřívější začátek | - | pozdější začátek |
|  |  | - | více kratších epizod | - | méně delších epizod |
| - | **epidemiologie** | - | celoživotní riziko 1% | - | celoživotní riziko 5% |
|  |  | - stejný výskyt u obou pohlaví | | - | častější u žen |
|  |  | - | častější rodinná zátěž | - méně častá rodinná zátěž | |
|  |  | - častější škodlivé užívání návykových | | - |  |
|  |  |  | látek | - | méně suicidálního jednání |
|  |  | - | více suicidálního jednání |  |  |
| - | **symptomatologie** | - | výraznější retardace | - | častější úzkost a |
|  |  |  |  |  | agitovanost |

* pokud nemocný prodělal dvě i více depresivní epizody bez manické či hypomanické epizody
  + jde spíše o rekurentní deprese (u 10% možný vývoj do bipolární formy)
* u unipolární deprese
  + více zlostné ataky, stížnosti na somatické potíže, úzkost, agitovanost, větší fyzická aktivita, větší úbytek hmotnosti
* u bipolární deprese
  + větší labilita nálad, výraznější retardace, více suicidálních aktivit, časté bludy a halucinace

**Léčba**

* cílem profylaktické léčby je zabránit recidivě
  + výběr mezi **lithiem** a **antidepresivy**
  + nemocní s + rodinnou anamnézou a bipolárními charakteristikami (anamnesticky cyklotymie, časný začátek, časté epizody) – lepší volbou lithium
  + profylaktickou léčbu vyžadují nemocní, kteří prodělali 3 a více epizod v posledních 5 letech, nebo 3 epizody a mají rizikové faktory:
    - pozdní nebo časný začátek choroby, pozitivní rodinná anamnéza, krátké intervaly mezi epizodami a jejich rychlý nástup, komorbidita, úzkostní porucha, reziduální symptomatologie
  + profylaxe je často celoživotní
* zásady profylaktické léčby - aplikace vyšších dávek, které byly úspěšné v akutní fázi
  + vyšší účinnost kombinace farmakoterapie a psychoterapie

**DYSTYMIE**

* vychází z koncepce existence mírné (subklinické) deprese, historicky je spojována s poruchou osobnosti (depresivní neuróza)
* v MKN-9 jako depresivní neuróza, v MKN-10 jasně jako porucha nálady

**Symptomatologie**

* symptomy obtížně zjistitelné, dg se opírá o to, co nemocný říká
* déle než 2 roky, převaha depresivní symptomatologie
* skleslý, introvertovaný, zamyšlený jedinec, neschopný se radovat, zahloubaný do vlastní neschopnosti, pesimismus, málomluvnost
* v období deprese (trvalé nebo se neustále vracející) - alespoň 3 z příznaků:
  + pokles energie a únava, insomnie, ztráta sebedůvěry, problémy se soustředivostí, plačtivost, ztráta zájmu o příjemné aktivity, pocit beznaděje, pesimismus, sociální stažení, málomluvnost

**Epidemiologie, komorbidita, průběh, prognóza**

* ženy 2-3x častěji, celoživotní prevalence cca 3% (velmi časté onemocnění, v psychiatrii prevalence 10-20%)
* často nediagnostikována (zjistí se až na psychiatrii s nějakou komorbiditou – s depresí tzv. dvojitá deprese)
* počátek obvykle již v dětství a dospívání
* zřetelné sociální selhávání
* faktory fenetické i vnější (závislost na návykových l. u rodičů, porucha osobnosti, traumatizující události)
* odlišení od depresivní poruchy je nejtěžší: délka trvání, dystymie má více kognitivní symptomatologie, deprese více vegetativních symptomů

**Léčba**

* **farmakoterapie** analogická depresi
* nejčastěji kognitivně-behaviorální **psychoterapie –** vytvoření + sebehodnocení, naučit vhodné chování
* nemocní s dystimií jsou více vnímaví k nežádoucím účinkům antidepresiv

**16. BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHA A CYKLOTYMIE**

**BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHA** (F31)

* v rámci BAP lze diagnostikovat epizodu:
  + epizodu hypomanickou (F31.0), manickou (F31.1), manickou s psychotickými příznaky (F31.2), lehké nebo středně těžké deprese (F31.3), těžké deprese (F31.4), těžké deprese s psychotickými příznaky (F31.5), smíšenou (F31.6) a remisi (F31.7)
* vyznačuje se střídáním manických a depresivních epizod, resp. stavem remise (stav bez známek afektiv. poruchy)
* **smíšená epizoda**
  + smíšené nebo rychle se střídající hypomanické, manické a depresivní příznaky
  + lze na ni také pohlížet jako na přechodný stav z jedné do druhé nebo nezávislý stav, kombinující různé komponenty nálady, myšlení, behaviorál. projevů a aktivity
  + dg. je obtížná
  + přítomnost depresivní a manické symptomatologie je široká a vágní
  + 40% nemocných má smíšené stavy
  + variabilita a labilita nálady
  + tendence k logorei a zvýšené aktivitě, zatímco bludy, nálada a vegetativní příznaky se blíží depresi
  + u většiny předchází deprese a začátek je postupný
* suicidalita je vyšší než u rekurentní deprese – cca 19%

**Epidemiologie, komorbidita**

* celoživotní riziko pro obě pohlaví je 1%
* 5% když budeme brát tzv. bipolární spektrum (i cyklotymie, subsyndromální formy, často neléčené a nedgn.)
* u 25% nemocných začíná před 20. rokem – období 15-19 let je nejrizikovější
* výrazná je komorbidita s nadužíváním návykových látek (včetně alkoholu) – cca 50%
* častá je komorbidita s obsedantně-kompulzivní poruchou, migrénou, panickou poruchou a bulimií

**Průběh**

* 80% onemocnění má opakující se epizody, frekvence a tíže epizod se zvyšuje s věkem
* depresivní epizody bývají delší než manické
* klinický obraz, délka epizod je u jedince, zvláště manických identický, liší se více mezi jedinci
* ***rychlé cyklování***
  + min 4 afektivní epizody ročně
  + až u 20% bipolárů, převážně ženy
  + většinou je iniciální epizoda depresivní

**Prognóza**

* příznivější než u schizofrenie, horší než u rekurentní deprese
* riziko chronicity je menší než u depresivní poruchy (11% vs. 20%)
* nutno zohlednit profylaktickou léčbu

**Etiopatogeneze**

* porucha signálové transdukce, zvýšená produkce cAMP, alterace proteinkinázy C v kortikální oblast

**Léčba**

* léčebné cíle se liší podle fáze léčby
* akutní fáze: co nejdříve **stabilizátory nálady**
  + pokud je nutno sáhnout na **antidepresiva** – SSRI (menší riziko přesmyku do hypománie)
  + u mánie **antipsychotika**
* pokračovací léčba – ve fázi remise – je třeba najít nejnižší účinné hladiny, dobře tolerovaných stabilizátorů nálady
  + často redukce lithia a valproátu, zvýšení karbamazepinu
  + trvání pokračovací léčby nejméně cca 4 měsíce
* profylaktická léčba – pro její zahájení je dostačující prodělání dvou epizod
  + platí pro ní snížení dávek, vysazení přídatné medikace, setrvávají pouze stabilizátory nálady
  + k zásadám profylaktické léčby patří: nepřerušovat tymoprofylaxi, vyvarovat se antidepresiv, kontrola compliance
* rizika léčby antidepresivy:
  + přesmyk do mánie, rychlé cyklování, rozvoj rezistence ke stabilizátorům nálady
* nezbytné je stanovení krevních hladin pře recidivě
  + farmakorezistence (adekvátní hladiny), pseudorezistence (nízké hladiny)
  + non-complience (nulové hladiny)
* u nemocných se škodlivým užíváním návykových látek nebo závislostí je vysoké riziko exacerbace afektivní symptomatologie, toxických reakcí a suicidia
* často celoživotní problém

**CYKLOTYMIE** (F34.0)

* tvoří část tzv. ***bipolárního spektra***

**Symptomatologie**

* jedná se o střídající se stavy deprese a hypománie, které nesplňují diagnózu depresivní nebo hypomanické epizody
* kromě základní poruchy by měly být současně přítomny minimálně 3 z následujících příznaků:
  + pokles energie, insomnie, ztráta sebedůvěry, pocit neschopnosti, obtíže s koncentrací, sociální stažení, anhedonie, ztráta zájmu, menší hovornost
  + nebo zvýšená energie, snížená potřeba spánku, zvýšené sebevědomí, tvořivé myšlení, přehnaný optimismus, přeceňování
* charakteristická je hlavně ***změna energie***
* také ***změny ve specifickém chování***
  + střídání poruch spánku, výkyvy v kvalitě a kvantitě pracovní produktivity, finanční nezdrženlivost, přesuny v zájmech, plánech, užívání návykových látek
  + epizodická promiskuita ve 40%, disociální projevy
* celoživotní prevalence: kolem 1%
* v etiopatogenezi podobné faktory jako při bipolární poruše

**Průběh a prognóza**

* subsyndromální poruchy nálady mohou v 1/3 mohou přejít do bipolární poruchy, kterou mohou předcházet o mnoho let
* časný začátek (12-14 let) a sezónnost
* potíže perzistují několik týdnů a s výjimkou počátku nesouvisejí s životními událostmi
* členy rodiny jsou popisováni jako explozivní, náladoví, hyperaktivní nebo citlivý
* nejčastěji se pravidelně střídají depresivní a hypomanické výkyvy, nebo mohou jedny převažovat

**Léčba**

* jsou-li ochotni se léčit
  + **stabilizátory nálady**
  + cyklotymie je charakteristická dobrou reakcí na **lithium**
  + dále připadá v úvahu symptomatická léčba (tj. hlavně antidepresiva při depresivní symptomatologii)

**17. AKUTNÍ REAKCE NA STRES, PORUCHY PŘIZPŮSOBENÍ A POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA**

* kategorizace na podkladě etiopatogeneze
* příčina - stresující životní zážitky či životní změny

**AKUTNÍ REAKCE NA STRES**

* závažná porucha, vzniká u jedince, který předtím ničím netrpěl
* okamžitá odpověď na mimořádně výjimečný fyzický nebo duševní stres
* obvykle během hodin či dnů odezní
* povodně, požár domu, úraz, autonehoda, únos
* vyšší riziko u disponovaných osob (dlouhodobá nemoc, vyšší věk)
* primární vunerabilita různých osob je různá
* symptomy dost variabilní - typické cykly - ustrnutí, zúžené vědomí, dezorientace až stupor, může pokračovat jako otupění či jako agitace až hyperaktivita (útěková reakce)
  + somaticky - tachykardie, pocení, zčervenání
  + částečná/úplná amnézie
* první pomoc - zklidnění - BZD

**POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA**

* byla zavedena v souvislosti s válkou ve Vietnamu (posttraumatic stress disorder - PTSD)
* opožděná reakce na intenzivní stresovou událost
* je dlouhodobá, rozvoj do 6 měsíců od události
* symptomy:
  + opakovaně prožívá v myšlenkách událost (flashbacks), vyhýbá se místům, kde se to stalo
  + úzkost, poruchy spánku, sklon k úlekovým, agresivním či panickým reakcím
  + ztrácí zájem o aktivity, otupělost
* více u žen (často znásilněné), muži - války
* odhad - asi 30% obětí živelných katastrof
* průběh - 3 stupně
  + nespecifická reakce na trauma (úzkost)
  + po několika týdnech - pocity bezmocnosti, ztráta kontroly nad jednáním, znovuprožívání traumatu
  + chronicita - demoralizace, invalidizace, závislost
* hlavně situace vedoucí k narušení osobní integrity, bezpečí, sebevědomí
* genetické dispozice, více u jedinců, kteří měli více stresujících myšlenek
* v popředí zájmů se zkoumá NA systém
* dif.dg. - nutno vyloučit organickou duševní poruchu (delirium, poruchu osobnosti), deprese, po traumatu se často vyvine fobie k dané situaci, místu simulace

**PORUCHA PŘIZPŮSOBENÍ**

* obtíže vznikající do 1 měsíce jako reakce na negativní životní události
* tyto události nejsou v dané kultuře nepřiměřené jako u PTSD
* symptomatologie:
  + *krátkodobá depresivní reakce* - přechodný mírný stav, trvá do 1 měsíce
  + *protrahovaná depresivní reakce* - mírný depresivní stav, trvá do 2 let
  + *smíšená úzkostná a depresivní reakce*
  + *převládající porucha emocí* - úzkost, deprese, tenze, zlost
  + *převládající poruchy chování* (typické u adolescentů po úmrtí rodičů) - agresivita a disociální chování
* TH - dynamická/kognitivně-behaviorální psychoterapie, antidepresiva

**18. OBSEDANTNĚ KOMPULZIVNÍ PORUCHA, NÁVYKOVÉ A IMPULZIVNÍ PORUCHY**

* OCD, je známa po staletí, nazývána různě - posedlost ďáblem, religiózní melancholie, puntičkářství aj.
* pacienti s OCD obvykle popisují svůj život jako „vězení“ či „bludný kruh“
* nutkavé jevy mění jejich běžné aktivity, musí dělat mnoho rituálů k potlačení strachu
* přítomnost nutkavých myšlenek (obsesí) a nutkavého jednání (kompulze)
* klasifikace a KO:
  + **obsese** - vtíravé myšlenky nebo představy, pociťovány jako cizí
  + strach z nákazy, že něco nebylo uděláno, impulsy k násilnému a agresivnímu chování, starost, že něco ztratím (peníze), nepohoda z asymetrie a nepořádku
  + je třeba zjistit, zda mají ty obsese i kompulzivní komponentu
    - kompulze - opakující se úkony zdánlivě účelného chování - dle určitých pravidel
  + provedení rituálu do určité míry sníží vyvolanou úzkost
  + musí být přítomny stále po dobu dvou týdnů, musí splňovat kritéria:
    - pacient musí uznat, že to dělá on a ví o tom
    - jsou nepříjemné, pacient to považuje za nesmyslené
    - alespoň jedna obsese je tak naléhavá, že se jí postižený brání
    - vyhovění nutkání není samo o sobě příjemné
  + vyvolává to pocit tísně, narušuje psychosociální život (zabere to dost času)
  + *převážně obsedantní myšlenky nebo ruminace* - forma nepříjemných/ohrožujících myšlenek
    - týkají se násilí, ublížení sobě/druhým, strachu z nákazy, pochybnosti o dokončení úkolu
    - ruminace - trvalé neproduktivní opakování určitých myšlenek (přežvykování)
      * provádění nesmyslných rituálů - v duchu opakovaná recitace slov
  + *převážně nutkavé afekty (kompulzivní rituály)* 
    - většina se týká očisty a kontrolování potenciálně nebezpečné situace, dodržování čistoty (mytí rukou hodiny), mnohočetné kontrolování zamčených dveří
* epidemiologie - málo chodí k psychiatrovi, častěji se setkáme jinde - dermatologie - ekzém z mytí rukou apod., prevalence cca 2-3%, ženy/muži stejně
  + 2/3 trpí navíc depresemi, alkoholismus
* průběh a prognóza - začíná obvykle v pozdní adolescenci (kolem 15let), závažné důsledky pro životní kariéru, většinou žijí izolovaně, mají méně děti
* etiopatogeneze:
  + genetika
  + psychodynamická hypotéza - podtrhuje význam raného psychosexuálního vývoje, tam, kde dojde k fixaci a pak regresi z oidipální do anální etapy
  + teorie dvojstupňového učení - první je anxieta a rituály se naučí, aby to potlačil, operantní podmiňování
  + biologie - souvislost s perinatální encephalopatií, s diabetes insipidus
    - zvýšená činnost okruhu - orbitofrontální kůra - limbický systém - BG
    - vyšší činnost v caudatu a cingulu
    - komorbidita s Tourettem - i přínos DA systémem
* dif.dg. - schizofrenie, deprese, jiné úzkostné poruchy
* TH - relativně dobře ovlivnitelná - kognitivně - behaviorální psychoterapií a SSRI
  + je třeba všem vysvětlit podstatu poruchy
  + kognitivně-behaviorální TH - hierarchie (udá seznam toho, čeho se bojí), expozice, prevence kompulze
  + léčba dlouhodobá, cingulotomie

**PATOLOGICKÉ HRÁČSTVÍ, PATOLOGICKÉ ZAKLÁDÁNÍ POŽÁRŮ, KLEPTOMANIE**

***Patologické hráčství - gambling***

* opakované epizody hráčství - 2 nebo více epizod v průběhu 1 roku
* vede k poškození rodinných, sociálních, pracovních a materiálních hodnot a k zadlužení
* osoby riskují ztrátu zaměstnání, lžou
* porušují zákony, aby získali peníze na hru nebo se vyhnuli placení dluhů
* hráči popisují **intenzivní puzení ke hře** (obdoba cravingu)
* nejsou schopni vůlí zastavit hru ani myšlenky na ni
* puzení je intenzivnější ve stresových situacích
* často vzrůstá i přes nepříznivé sociální důsledky - zchudnutí, narušení rodinných vztahů
* průběh:
  + **fáze výher** -hra pouze občas, převažují výhry, vzrušení prše hrou a během ní, postupnézvyšování sázek, hra je častější a častější, fantazie o velké výhře, neodůvodněný optimismus, posléze osamělé hraní
  + **fáze prohrávání** -i přes prohry nedokáže přestat hrát, půjčuje si peníze, skrývá hru, kvůli hřeabsence v zaměstnání, změny osobnosti-neklid, podrážděnost, uzavřenost, velké půjčky, zanedbávání zdraví
  + **fáze zoufalství** -tresty za podvody a nesplácení dluhů, poškození pověsti, odcizení rodiny,přátel, tráví čas hrou, více prohrává, obviňuje druhé, trestná činnost, panika, zoufalství, myšlenky na sebevraždu nebo konzumace alkoholu, drog, většinou rozvod
* průběh procesu uzdravování:
  + **fáze kritičnosti** -hledá pomoc, ukončí hraní, zkoumání duchovních potřeb, finančníinventura, objevuje se schopnost řešit problémy
  + **fáze znovuvytvoření** -vytvoření rozpočtu, splácení dluhů, plán náhrad, zlepšení vztahů, novézájmy, návrat sebeúcty a důvěry rodiny
  + **fáze růstu** -daří se nemyslet na hru, nový způsob života
* diagnostika-vyšetřeni včetně somatického, posouzení stavu a rozhodnutí o způsobu léčby-ambulantní či ústavní
* terapie:
  + **motivační trénink**-posilování rozhodnutí ke změně
  + **vyrovnání finančních závazků**
  + **psychoterapie** – lépe skupinová, směřuje ke zlepšení sebeporozumění, sebepřijetí
  + **kognitivně behaviorální postupy**-nácvik vícestupňové obrany-vyhýbání se místům, kde se hraje,zvládání nebezpečných emocí, vyhýbání se zdánlivě nevýznamným rozhodnutím-např. jít se do herny jen podívat
  + **změna životního stylu**-plánovat příjemné aktivity, rozvoj zájmů
  + **relaxace a nácvik technik zvyšujících sebevědomí**
  + **svépomocná skupina-** tzv. Anonymní hráči-obdoba anonymních alkoholiků
  + **práce s rodinou**-včetně terapie
  + **léčba komorbidit**-duševní poruchy, závislosti na návykových látkáchPodpůrná farmakoterapie
  + **následná péče** - doléčovací program

***Pyrománie***

* opakované zakládání nebo pokusy o zakládání požárů bez zřetelného motivu nebo abnormální zájem o předměty se vztahem k ohni a hoření
* vzácná porucha, která se častěji vyskytuje u mužů než u žen
* u dospělých pyromanů se najdou začátky jejich patologického chování už v dětství
  + jsou fascinováni zakládáním požárů a sledování hořících věcí
  + jediným motivem zakládáním požárů je sebeuspokojení, nesledují finanční prospěch
  + často bývají diváky u požárů, hlásí se jako dobrovolní hasiči, jsou si vědomi nebezpečnosti svého jednání, ale nejsou schopni odolat nutkání založit oheň
* obvykle se bojí odhalení, zahlazují stopy
* TH: individuální psychoterapie zaměřená na získání náhledu na poruchu a získání kontrolynad patologickým chováním

***Kleptomanie***

* osoba nemůže opakovaně odolat impulsům ukrást předměty, které nejsou určeny k osobní potřebě nebo pro finanční zisk
* obvykle začíná v adolescenci, ale může začít i v dospělosti
* jedinec pociťuje napětí před krádeží a uvolnění po ní
* ukradené věci pro něho obvykle nemají žádný význam, často bývají zahazovány nebo tajně vraceny na původní místo, čin není prováděn s komplicem
* kleptoman mívá dostatek peněz ke koupi předmětů, ale krade jen pro požitek z kradení
* ke zhoršení poruchy dochází při stresu
* TH: individuální psychoterapie

**19. FOBICKÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY, PANICKÁ PORUCHA A GENERALIZOVANÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA**

* úzkost je běžná emoce, jejíž příčinu nelze přesně definovat, často doprovázená vegetativními příznaky - mohou vést k únavě a vyčerpání
* strach - emoční a fyziologická odpověď na rozpoznatelné nebezpečí, trvá jen po dobu jeho existence
* normálně mají svůj nezastupitelný ochranný význam
* nečekaný rozvoj úzkosti - spontánní úzkost, velmi intenzivní - spontánní panika
* v určité situaci - situační či fobická úzkost / panika
* úzkostné poruchy - jedny z nejčastějších duševních onemocnění

**FOBICKÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY**

***Agorafobie***

* doslova strach z tržiště, v psychiatrii, strach z otevřeného prostoru
* strach být v davu, na veřejných místech, cestovat sám, strach z opuštění domova
* typicky - strach užít MHD, výtahy, restaurace, obchoďáky
* stání ve frontách
* vyhýbavé chování
  + příznaky vegetativní (bušení srdce, tachykardie, pocení, třes, sucho v ústech)
  + příznaky hrudi a břicha (dyspnoe, pocit dušení, břišní obtíže)
  + příznaky vztahující se k duševnímu stavu - závrať, pocit na omdlení, točení hlavy, derealizace, depersonalizace
  + všeobecné příznaky - návaly horka, palčivé pocity
* dvojnásob víc žen než mužů
* začíná 18-35let, intenzita dlouhodobě kolísá
* dif.dg - nutno vyloučit bludy, organické poškození CNS
* TH: kognitivně-behaviorální TH, psychodynamické techniky, TCA (imipramin), SSRI (citalopram), anxiolytika (alprazolam)
  + BDZ pouze u nutného rychlého nástupu účinku

***Sociální fobie***

* strach z kontaktu s jinými lidmi, obávají se, že je ostatní špatně přijímají, snaží se vyhnout těmto situacím
* mohou to být izolované strachy (třeba strach z veřejného vystoupení), nebo generalizované
* bojí se - být představen, setkat se s autoritou, telefonovat, přijímat návštěvy, být pozorován, být terčem žertů, mluvit na veřejnosti - vyvolání tělesných příznaků úzkosti
* 5-16% - jedna z nejčastějších fobií
* časté komorbidity - alkohol, agorafobie
* dif.dg- extrémní stydlivost (generalizovaná, bez narušení psychosociální adaptace)
* TH: u výrazné poruchy psychosociální adaptace
  + KBT - nácvik sociálních dovedností, cílené vystavování se obávaným situacím (expozice), kognitivní restrukturalizace
  + IMAO, RIMA (meklobemid), SSRI (paroxetin), benzodiazepiny, betablokátory (propranolol)

***Specifické (izolované) fobie***

* ohraničené obavy ze specifických objektů, situací či činností
* anticipační úzkost, vlastní strach a vyhýbavé chování
* tři skupiny
  + strach za zvířat
  + situační fobie (výšky, blesky)
  + fobie z poranění (injekce)
* nejčastější duševní poruchy vůbec, více ženy
* TH: KBT - edukace, expozice; relaxační techniky

**JINÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY**

***Panická porucha***

* panika od boha Pana (řec., trpasličí bůh, rohatý, pokrytý srstí, poskakoval v lesích, honil se za nymfami a plašil pocestné, jejich strach se nazýval panikou)
* náhle vznikající, nepředvídatelné, periodicky se opakující **záchvaty masivní úzkosti**, nejsou v souvislosti s žádnou situací
* symptomy- různé, společný je náhlý začátek, palpitace, pocit dušnosti, závratě, derealizace
* strach z umírání, ze ztráty sebekontroly, ze zešílení
* ataka trvá 5-20 minut, i několikrát denně
* různé jiné formy - podprahové ataky, panické záchvaty beze strachu (jen vegetativní příznaky)
* typicky začíná u mladých lidí, kteří měli stresové dětství
* první ataka může přijít v době krize - nemoc, smrt v rodině
* rizikové období je i šestinedělí
* postižení můžou mít pocit, že dostali infarkt - jdou na pohotovost, zůstává dlouho nediagnostikována
* dif.dg- somatické poruchy - hypo/hypertyreózu, hypoglc, feochromocytom, prolaps mitr., arytmie; psychoaktivní látky (amfetamin), kofein
* TH: co nejdříve
  + psychodynamické techniky, KBT (ovlivnění hypoventilace, relaxační techniky)
  + anxiolytika (alprazolam) - závislost!; antidepresiva (imipramin, SSRI, RIMA)

***Generalizovaná úzkostná porucha***

* výrazná, chronická úzkostná symptomatologie, trvá aspoň 6 měsíců, nepřítomnost panických atak, žijí v očekávání špatných věcí, jsou plačtiví, neumí odpočívat, relaxovat, tělesné obtíže (nespavost, svalové napětí)
* v rané dospělosti, průběh velmi chronický, minimální tendence ke spontánní remisi
* pocity frustrace, nespokojenost s životem, beznaděj
* dif.dg - „normální“ starosti, typ osobnosti, deprese, panická porucha, OCD, tělesná choroba, amfetamin
* TH: anxiolytika (alprazolam), buspiron, antidepresiva (SSRI, RIMA, SNRI), amtojosta,omola (hydroxyzin), systematická psychoterapie

***Smíšená úzkostná depresivní porucha***

* hlavně v primární péči
* jak deprese, tak úzkost a ani jedno nesplňuje podmínky zařazení
* **etiologie** - většinou psychogenní
  + řada z nich má i biologický podklad - velký význak je připisován locus coeruleus, látky, které ho aktivují, jsou anxiogenní (yohimbin)
  + teorie hyposenzitivity GABA receptorového komplexu

**20. SOMATOFORMNÍ A DISSOCIATIVNÍ (KONVERZNÍ) PORUCHY**

**SOMATOFORMNÍ PORUCHY**

* odhadem 20-50% pacientů nemyjí jasnou tělesnou příčinu obtíží
* historie - v Egyptě popsali hysterii a hypochondrii, slovo hysterie - Hippokrates - od histera - myslel, že hysterie žen je způsobena tlakem dislokované dělohy na jiné orgány
* základní symptom - somatické stesky, které nelze vysvětlit tělesnou poruchou
* nadměrná konzumace zdravotní péče, narušení kvality života
* pacienti se dost brání psychogennímu vysvětlení obtíží (stigmatizace)

***Somatizační porucha***

* hysterie, přítomnost dramatických a excesivních zdravotních obtíží při nepřítomnosti organické patologie
* často se měnící tělesné příznaky, vyžaduje jejich léčbu
* mohou to být různé mnohočetné poruchy (hlavně GIT a kůže), bolesti břicha, končetin, kloubů, typicky zahrnují více orgánových systémů, laboratorní výsledky negativní
* pro diagnózu to musí trvat alespoň 2 roky
* asi u 2% žen, muži mnohem méně
* začíná v adolescenci či rané dospělosti, průběh chronický, kolísavý
* hlavní komplikace - neúčelné opakované operace, nadužívání léků, narušení vztahů, sebevraždy (ne dokonalé)
* i jako součást jiných poruch - afektivní poruchy, panické poruchy, schizofrenie
* etiologie - genetika, v dětství při častém modelu manipulací okolí pomocí nemoci, ženy udávají často traumatické sexuální zážitky
* obtížně léčitelné - chápavý postoj, vysvětlit, že není blázen, ale že trpí poruchou, která není smrtelná

***Hypochondrická porucha***

* Hippokrates - nadměrné zabývání se tělesnými funkcemi
* Řekové to připisovali narušené funkci orgánů pod proc. xyphoideus - regio hypochondriaca, odtud název
* základní rys není to, co tvrdil Hippokrates, ale je to strach, že jedinec trpí závažnou chorobou, špatná interpretace tělesných prožitků
* přetrvává to min 6 měsíců, i když byl opakovaně vyšetřován
* pokud se zabývá tím, že je zdeformován - dysmorfická porucha
* léčba - psychoterapie, antidepresiva (když je i deprese)

***Somatoformní vegetativní dysfunkce***

* stížnosti spojené s funkcí orgánů řízených vegetativně
* KVS (srdeční neuróza, neurocirkulační astenie), GIT (psychogenní aerofagie, škytavka, žaludeční neuróza, dráždivý tračník, psychogenní průjem)

***Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha***

* aspoň 6 měsíců si pacient stěžuje na somaticky nevysvětlitelné bolesti velké intenzity

**DISOCIAČNÍ PORUCHY**

* Charcot objevil, že hypnóza může odstranit některé neobvyklé pseudoneurologické příznaky
* tyto poruchy dříve představovaly typické projevy konverzní hysterie (dnes se termín neužívá)
* abychom mohli diagnostikovat, nesmí být prokázána somatická porucha, která by mohla mít podobné příznaky, existuje jasný vztah mezi začátkem poruchy a stresovou událostí
  + dochází k narušení integrace funkce vědomí, k reakcím jako je konverze a disociace
* objev příznaků přinášejících prospěch - **primární zisk**, osvobozuje to od úzkosti
* **sekundární zisk** - z manipulace sjinými lidmi

***Disociační amnézie***

* typická funkční porucha paměti, týká se traumatických událostí (pohlavní zneužití, znásilnění, sebevražedný pokus)
* vtahuje se na ohraničený časový úsek (minuty až roky)
* amnézie je dost rozsáhlá, učení nových věcí nepostiženo
* i když tam ty vzpomínky „nejsou“, ovlivňují chování a cítění lidí - odcizení, demoralizace
* většinou spontánní remise (hlavně v bezpečném prostředí)
* většinou osoby silně hypnabilní

***Disociační fuga***

* vigilambulantní mrákotný stav, jedinec neočekávaně opustí domov, bezúčelně cestuje, nepamatuje si svou identitu
* začíná často náhle jako reakce na silný psychosociální stres

***Disociační stupor***

* výrazný útlum psychomotoriky, časová souvislost s intenzivním prožitkem (autonehoda)

***Disociační trans a stavy posedlosti***

* osoba jedná, jako by se jí zmocnil cizí jedinec, duch

***Disociační poruchy motoriky, disociační křeče a poruchy citlivosti***

* dojde ke ztrátě nebo narušení pohybů končetin, kožního čití, ke ztrátě zraku, sluchu, čichu
* ochrnutí, křeče, afonie, dysartrie
* léčba disociačních poruch - systematická psychoterapie, hypnóza

**Jiné disociační poruchy**

***Ganserův syndrom***

* vzácný fenomén, pseudodemence
* cílené nebo zcela nehorázné odpovědi
* nevědomá simulace u lidí v obtížné osobní situaci (účetní zatčena za defraudaci tvrdí, že 2+2 je 8 apod.)

***Mnohočetná porucha osobnosti***

* v jednom jedinci se vyskytuje více samostatných osobností, v daném časovém okamžiku je v jedinci jen jedna, výpadky vzpomínek na minulost (Jekyl a Hyde)
* přeměna jedné osoby ve druhou často na podkladě traumatické události
* vznik v adolescenci či mladé dospělosti

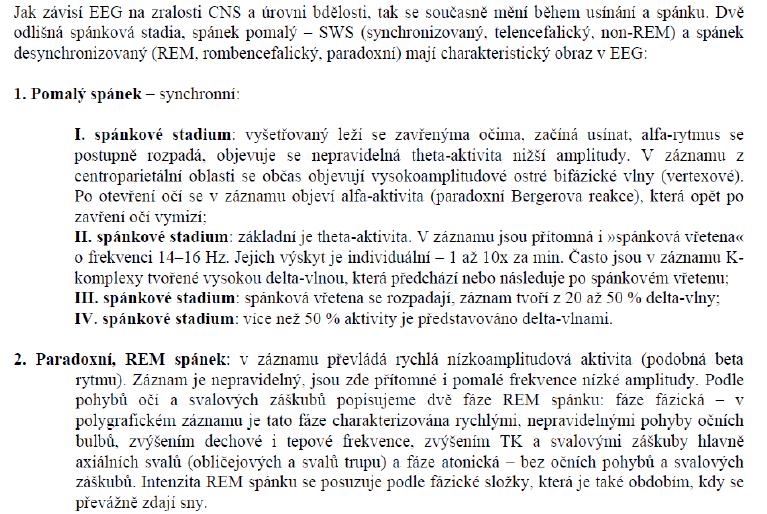
**21. PORUCHY SPÁNKU A BDĚNÍ**

**SPÁNEK**

* fázický periodicky se opakující stav určitého aktivačního stupně CNS
* je jednou z forem vědomí, opak bdělosti
* převažují v něm anabolické pochody, pro organismus nezbytný (jak pro psychické, tak pro fyzické potřeby
* kvalita spánku souvisí s kvalitou vigility
* u člověka je základní potřebou
  + novorozenec – spí monofázicky
  + v průběhu dospívání mozku se potřeba spánku zkracuje
  + batole spí polyfázicky, později bifázicky
  + v dospělosti spíme 6-9h monofázickým spánkem
    - potřeba se interindividuálně liší (short sleepers 3-5h, long sleepers více jak 9h)
  + v seniu se potřeba snižuje, objevují se mikrospánky ve dne, nebo se spánek stává opět bifázický
* spánek se během ontogeneze nemění jen kvantitativně, ale i kvalitativně
  + novorozenec spí polovinu času REM spánkem
  + v dospělosti tvoří REM 20 % spánku

**Hygiena spánku**

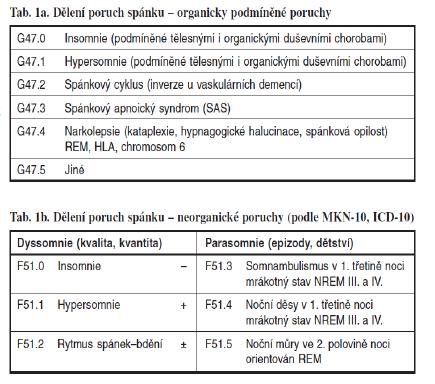
* člověk není schopen potlačit spánek déle než 100h, max. 200h
* spánková deprivace
  + docházelo ke stupňující se nervozitě, podrážděnosti, která přešla v tělesnou letargii se zrychlením pulsu, dýchání, rozpadem alfa-aktivity a objevováním se pomalých spánkových vln v EEG, někdy i halucinace a bludy
  + po usnutí zmnožení a prodloužení spánkových stadií NREM III. a IV.
* kvalita spánku souvisí s kvalitou bdění přes den
* člověk by se měl snažit o maximální dodržování biorytmů (usínat a probouzet ve stejnou dobu i o volnu)
* při poruchách spánku by se neměli konzumovat látky stimulující či tlumící CNS (včetně kofeinu, nikotinu, alkoholu)
* monofázický, v temné, nehlučné místnosti s přiměřenou vlhkostí a teplotou 18-20 stupňů
* spaní by nemělo předcházet těžké jídlo ani nadměrná práce
* přílišný denní stres s nevyřešenými konflikty



**FORMY PORUCH SPÁNKU**

* **poruchy usínání** (delší než 30 minut)
* **časté noční buzení** (více než 1x za noc)
* **předčasné probouzení** – ranní typ nespavosti (probouzení dříve než 30 minut před obvykloudobou nebo budíkem)
* **usínání v průběhu dne** (nepočítá se postprandiální ospalost, které člověk vyhoví)
* musí se opakovat ***alespoň 3x týdně po dobu 1 měsíce*** → spánková porucha
* neuspokojivé množství nebo kvalita působí tíseň, narušují sociální či profesní fce

**Klasifikace spánkových poruch**



***Organicky podmíněné poruchy spánku*** *(G47.0-G47.5)*

* sekundární poruchy spánku, vznik v důsledku tělesných poruch z nejrůznějších orgánů a příčin
* u astmatu, bolestivých sy, nykturie, narkolepsie s kataplexií, inverze spánku při vaskulární demenci, Klein-Levinův syndrom

***Neorganicky podmíněné poruchy spánku***

* primární poruchy
* dělí se na:
  + **dyssomnie (F51.0 – F51.2)**
    - primární emoční porucha vede k poruše množství, kvality nebo časování spánku
  + **parasomnie (F51.3 – F51.5)**
    - abnormální epizody v průběhu spánku, zejm. u dětí
    - váží se na IV. Spánkové stadium NREM a odpovídá mrákotným stavům, tedy poruchám vědomí
    - x pouze noční můry jsou vázány na REM a dítě je při nich orientované

**Dělení poruch spánku:**

***Neorganická insomnie*** *(F51.0)*

* dlouhodobá porucha, typicky nedostatečné množství nebo kvalita spánku
* pacient se cítí druhý den ospalý, unavený
* často konstituční - pacient neurotického úzkostného typu jí trpí při zvýšeném stresu
* buď špatně usínají, nebo se často v noci budí - usnou k ránu a pak by chtěli ještě spát, nemohou se vzbudit
* provází jiné duševní poruchy
* součást **depresivních poruch** (F31-F33)
  + normální usínání, zkrácena latence REM fáze, prodloužení REM spánku v 1. polovině noci
  + předčasné probouzení (již po 2-4h), nemůže již usnout – tzv. ***ranní nespavost***
  + pacient pak ráno pesimistický, depresivní, sebeobviňování, sebevražedné myšlenky – tzv. ***ranní pesimum nálady***
* častý příznak *úzkostných poruch, posttraumatické stresové poruchy, specifických poruch osobnosti (zejména úzkostných a vyhýbavých)*

**Neorganická hypersomnie** (F51.1) (idiopatická)

* nelze najít žádnou primární organickou příčinu
* nadměrná denní ospalost a záchvaty spánku, které nejde vysvětlit noční nespavostí
* může se jednat i o chorobně prodlouženou dobu probouzení (pospánková opilost) nebo poruchu bdělosti
* samostatně - vzácná, spojena s neurastenickým syndromem
* TH: úprava cirkadiánních rytmů a podávání kofeinu nebo opatrně stimulancií

**Neorganická porucha rytmu spánek-bdění** (F51.2)

* jedná se o spánkovou inverzi (nemá klasický organický podklad jako u vaskulární demence..)
* vzácná
* doprovází celkovou osobnostní patologii (některé typy schizoidních osobností, závislosti na psychostimulanciích)

**Somnambulismus - náměsíčnost** (F51.3)

* somnus = spánek, ambulo = chodím
* mrákotný stav (kvalitativní porucha vědomí!), která se vyskytuje ve spánku
* dochází k funkční disociativní poruše CNS
  + při níž jsou některé mozkové struktury bdělé, jiné jsou v hlubokém pomalovlném nonREM
* většinou děti, v první třetině noci - dítě vstává, bloudí po místnosti, brumlá amézie, nereaguje na výzvy
* lze probudit s obtížemi, na epizodu má amnézii
* dif. dg: epilepsie
* nebezpečná!!! - člověk se může při pohybu zranit

**Pavor nocturnus – noční děsy** (F51.4)

* epizoda děsu, křiku během spánku, hlavně první třetina, víc děti
* pacient se posadí a křičí v silné úzkosti, může vyskočit a utíkat
* průběh v nonREM II a IV
* je to porucha vědomí – mrákotný stav s následnou amnézií
* nutno vyloučit organickou příčinu původu: epi psychomotorického typu, nádor
* tyto dvě jednotky se mohou vyskytovat familiárně, na genetickém podkladu
* přítomny v určitém vývojovém stupni zrání mozku
* riziko sebezranění – zklidnění dítěte, přítomnost rodičů v době usínání a spánku x pokud frekvence a intenzita příliš velká – malé dávky hypnotik, při neúspěchu i antiepileptika

**Noční můry – úzkostné sny** (F51.5)

* živé sny provázené strachem ze smrti nebo jiného ohrožení
* pacient se po nich sám probudí nebo je snadno probuditelný
* na sen si dobře pamatuje
* úzkostné sny vázány na REM spánek, častěji ve druhé polovině noci
* i u dospělých po vysazení psychofarmak, která potlačují nebo zkracují REM – tedy v době kompenzatorního zmnožení REM (rebound)

Organicky podmíněné:

**Narkolepsie** (G47.4)

* záchvatovité onemocnění s nepřekonatelnými atakami spánku
* vzácné 4/10000 obyvatel
* neodolatelný záchvat spánku, kdykoli, při hovoru, při chůzi, při pohlavním styku
* může být provázena ***kataplexií*** – ochabnutí antigravitačního svalstva, pád x někdy ochabnou pouze některé sval.sk.
* spánek krátký – přijde bez nebo po varování
* někdy nemocní dokážou potlačit spánek činností
* ***spánková obrna***
  + další příznak, který se může vyskytnout
  + objevuje se při usínání nebo probouzení – nemocný vnímá, ale nemůže se hýbat
  + trvá stejně jako kataplexie pouze několik ss
* onemocnění mohou doprovázet ***halucinace*** před usnutím nebo po probuzení - pravé - všechny smysly zapojeny
* rovněž možné automatické chování, na které je amnézie
* bývá zkrácená REM latence, NREM III, a IV, prodloužené NREM I
* léčba: psychostimulancia, antidepresiva

**Kleinův-Levinův syndrom**

* vzácná porucha, 4x častěji u mužů, začíná v dospívání
* projevy: nadměrný spánek, poruchy příjmu potravy (přejídání), hyperaktivita a nezdrženlivé chování, excesivní masturbace, neadekvátní smích, zpěv, halucinace
* období se vyskytují po 3 – 6 měsících a trvají 2 – 3 dny
* může nastat sekundárně zánětem či tumorem mozku → nutné kompletní neurologické vyšetření
* dif. dg: hebefrenie
* zkouší se léčba lithiem

**Léčba**

* neorganické insomnie:
* vždy individuální
* úprava spánkové hygieny
* vynechat všechny stimulancií v průběhu dne
* dodržování doby uléhání na lůžko a doby vstávání včetně volných dnů
* přiměřená tělesná a duševní zátěž přes den
* relaxace ve večerních hodinách
* optimální fyzikální podmínky pro spánek
* podávání lehkého jídla 1-2 hodiny před spaním
* bylinné čaje a fytoterapeutických přípravků (lekní, meduňka, třezalka, kozlík,...)
* akupunktura, akupresura
* fyzikální a lázeňská léčba
* hydroterapie podle Priessnitze
* autogenní trénink, KBT
* **hypnotika**
  + u těžších forem insomnie, kdy nefce metody viz výše
  + neměla by být podávana dlouhodobě (střídání, krátce vynechávat)
* barbituráty jsou dnes obsoletní
* BZD - midazolam (Dormicum) - krátký t - na usínání
  + flunitrazepam (Rohypnol) - rychlý nástup, dlouhý t
  + nitrazepam, diazepam (dlouhý poločas, méně vhodný)
* hypnotika II. generace - zolpidem, zopiclon
* antidepresiva - u insomnií depresivních
* neuroleptika - u závisláků
* *hypnóza*
  + uměle navozená změna vědomí
  + kontakt se zevním světem je zprostředkován a transformován hypnotizérem
  + nejedná se o spánek
  + EEG odpovídá bdělému stavu
  + podmínkou je hypnabilita jedince
  + na prožitky v hypnotickém stavu má jedinec amnézii

**22. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY**

**Epidemiologie a komorbidity**

* v poslední době incidence a prevalence stoupá
* cca 1-3% žen mezi 15 a 30 lety splňuje kritéria pro bulimia nervosa 0,5 - 1% - anorexia nervosa
* 90-95% dospívající dívky a mladé ženy
* často spolu s obsedantně-kompulzivní a anxiózní poruchou (25-50%)

**Etiologie a patogeneze**

* multifaktoriální
* *neurovývojový model* - genetické predispozice, environmentální vlivy (stres)
* *psychosomatický model* - primární kortikální dysfunkce - nehomeostatické řízení příjmu potravy
  + homeostatická regulace - hypotalamus (narušení dietami, hladověním)
* vliv orexigenních látek (↑chuť) - neuropeptid Y, glukokortikoidy, ghrelin, GABA, noradrenalin α2-rec
* anorexigenní látky (↓chuť) - CRH, cholecystokinin, leptin, serotonin, dopamin, noradrenalin β-rec
* *seberegulační systém* - přiřazuje chuť k životním cílům, hodnotám - pervazivní deficit systému

**Rizikové faktory**

* biologické (genetická vulnerabilita, hladovění)
  + hledání genetických rizik pro vznik onemocnění, která hrají roli až v 80% je důležité si uvědomit, že při zvýšeném riziku je možné hledat preventivní, protektivní postupy
  + pravděpodobnost – ne nevyhnutelnost
* psychologické (osobnostní rysy, spouštěcí faktory okolí)
  + osobnostní rizikové faktory - perfekcionistické, obsedantně kompulsivní rysy
* sociální (sociální tlak k extrémní štíhlosti, strach z obezity, stárnutí)

**Diagnostická kritéria**

***Mentální anorexie*** *(F50.0, anorexia nervosa)*

* jedno z nejčastějších onemocnění v adolescenci
* charakterizované *úmyslným snižování hmotnosti*, které si pacientka způsobuje a udržuje sama
* klinické rysy se snadno poznají
* pro definitivní dgn musí být přítomny:
  + hmotnost min 15% pod předpokládanou hmotností (ať už snížením či nedosažením) nebo BMI 17,5 a méně
  + pacientka si způsobuje snížení sama dietami, úmyslným zvracením, diuretiky, anorektiky, laxativy či ↑ cvičením
  + přetrvávající strach z tloušťky (i při výrazné podváze), zkreslená představa o vlastním těle, vtíravé, ovládavé myšlenky na udržení nízké hmotnosti
  + rozsáhlá endokrin. porucha hypotalamo-pituitární-gonádové osy → amenorea (x vaginál. krvácení u antikoncepce)
  + začne-li před pubertou → puberta je opožděna či nezačne (vývoj prsů, primární amenorea, dětské genitály chlapců), po uzdravení dojde k normálnímu dokončení puberty (i když menarche může být opožděna)
* prepubertální pacienti nesplňují během růstu předpokládaný přírůstek hmotnosti
* u mužů pokles sexuálního zájmu
* duševní poruchy: deprese 42%, úzkost 68% a obsedantní rituály 22%

***Mentální bulimie*** *(50.2, bulimia nervosa)*

* charakterizovaná *opakovanými záchvaty přejídání*, tzv. binge eating, a přehnaná patologická kontrola hmotnosti
* začíná později než MA, často z ní vzniká, příznaky obou se můžou střídat
* pro definitivní dgn musí být přítomny:
  + neustále se zabývají jídlem, neodolatelná touha po jídle, záchvaty přejídání s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby
  + snaha potlačit výkrmný účinek jídla (punge) 1 nebo více z následujících možností: vyprovokované zvracení, laxativa, hladovky, anorektika, diuretika, inzulin (u diabetiček) a tyreoidální preparáty
  + chorobný strach z tloušťky, práh nižší než premorbidní hmotnost (optimální či zdravá)
* v anamnéze často MA (plně vyjádřené nebo jen skryté epizody s podváhou nebo amenoreou)
* můžeme rozlišovat dle symptomatologie:
  + anorexii na:
    - ***restriktivní formu anorexie*** – více úzkosti, potlačení hladu
    - ***bulimickou formu anorexie*** (se zvracením) – více impulzivity, nejsou tak nápadné, občas si něco dají, ale pak jdou zvracet
  + bulimii na:
    - typ se zvracením
    - typ vymezený pouze dietami a excesivním cvičením, které se střídají s přejídáním

***Atypická MA a atypická MB*** *(F 50.1 a F50.3)*

* chybí jeden či více klíčových rysů, jinak typický klinický obraz
* často jen výsledkem zatajování příznaků pacientkou i rodinou
* během terapie a pozorování pacientů se povaha obtíží často více objasní a je možné s nimi lépe pracovat v terapii

***Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami*** *(F50.4)*

* reakce na stresové události (úraz, sexuální trauma, ztráta blízké osoby)
* obezita sama o sobě duševní porucha není x přejídání následkem psychických faktorů do této kategorie patří
* přejídání → zvýšení hmotnosti → snížené sebevědomí, poruchy nálady, úzkostné stavy, soc.izolace

***Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami*** *(F50.5)*

* zvracení se může objevit u:
  + konverzních (disociačních) poruch
  + reakce na těžký stres (psychogenní zvracení)
  + emoční faktory

***Jiné poruchy příjmu potravy*** *(F50.8)*

* pika (nutkavé pojídání látek, které nejsou k jídlu)
* psychogenní ztráta chuti k jídlu

**Průběh a prognóza**

* 44% dobrá prognóza
* 28% se uzdravilo částečně
* 24% nepříznivá (neudrží zdravou hmotnost, patologický zaujetí jídlem a hmotností)
* 5% - smrt - srdeční zástava či sebevražda
* s délkou pozorování se mortalita zvyšuje (20let – až 20=)

**Diferenciální dgn**

* komplikovaná - popírání obtíží, zatajování bizardních jídelních rituálů, odmítáním léčby
* podváha, amenorea, symptomy z hladovění nestačí – nutné, aby pac. hmotnost navodila či i udržovala sama
* nutno odlišit od kachexie z nemoci - TBC, nádory, hypertyreóza, Addison, DM, Crohn, malabsorpce
* odmítání jídla následkem bludů (otrávené jídlo) – schizofrenie
* depresivní porucha (spolu s poruchy spánku, obsedantním a suicidálním myšlením)

**Klinický obraz**

* v období puberty - stres, výrok o tělesných proporcích, rozvod rodičů
* omezení sladkého a tučného jídla, nadměrné cvičení - kachexie, ztráta reálného vnímání těla, strach z obezity
* anorexii tají - zbaví ji úzkosti, pocitu nejistoty, získá obdiv okolí, pocit jedinečnosti
* rozvoj psychologických problémů - omezení zájmu na diety, vaření a krmení druhých, obsedantní systém pravidel, poruchy koncentrace a kognitivních funkcí, deprese, anxieta
* sociální následky - sociální izolace, studijní selhání, ztráta zaměstnání
* rozvoj somatických problémů:
  + hypokalémie, hypochloremická metabolická alkóza
  + parotitida, zpomalené vyprazdňování žaludku
  + bradykardie, hypotenze, arytmie
  + pancytopenie, hypercholesterolemie
  + osteoporóza
  + suchá, praskající kůže, periorální dermatitida
  + pneumonie
  + kazivost zubů
  + nespecifické změny EEG, korová atrofie, křeče, svalová slabost
  + amenorea, infertilita

**Léčba**

* cílem je hlavně nutriční rehabilitace, navození normálního jídelního režimu
* odstranění biolog.a psycholog.následků malnutrice
* stanovení cílové hmotnosti a týdenního nárůstu hmotnosti – někdy písemný kontrakt s pacientkou
* dlouhodobé cíle: vztahové problémy, nízké sebevědomí, nízká frustrační tolerance → prevence relapsu
* komplexní terapie a kvalitní spolupráce odborníků (psychiatr, psycholog, internista, gynekolog, stomatolog, nutriční terapeut)
* pacientka s hmotností pod 30% ideální hmotnosti
  + lze léčit ambulantně pouze při vysoké motivaci, kooperativní rodině, krátké trvání
  + nutná častá monitorace léčby a váhy
  + x většinou nutná hospitalizace na psychiatrickém nebo pediatrickém oddělení (výrazná podváha, děti, adolescenti, fyziologická nestabilita) - parenterální výživa
* bulimie - nekomplikovaná – ambulantně nebo v denním centru
  + hospitalizace I – nebezpečí sebevraždy, abúzus alkoholu, drog, život ohrožující komplikace
* psychoedukace – při akut.realimentaci, poučení pacientky o char. nemoci a vztahu hladovění a jejích symptomů
* dlouhodobě - psychoterapie - edukace, KBT, rodinná terapie, poradenství, svépomocné skupiny
  + antidepresiva (mirtazapin, SSRI), neuroleptika (risperidal, sulfid), anxiolytika před jídlem

**23. SPERCIFICKÉ PORUCHY OSOBNOSTI**

* označuje trvalou povahovou odchylku od normy
* počátky lze vystopovat již v dětství, definitivní podoby nabývá v dospělosti
* dříve označovány jako psychopatie (MKN-10 již neuvádí - pejorativní, neužívá se)
* jedinec trpící SPO má takové vlastnosti, kterými trpí buď jeho okolí nebo on sám (případně oba aspekty)
* osobnost se jeví jako nevyvážená, chybí harmonická souhra
* některé projevy se během zralého období a stárnutí zmírňují (agresiv. a disociál. tendence, psychastenické projevy), jiné se věkem zesilují (vztahovačnost, depresivní ladění)
* příčiny:
  + dědičné - převažují
  + vlivy psychosociální (převážně výchovné)
* sekundární změna osobnosti
  + v důsledku tělesného nebo duševního onemocnění, vlivem těžkého dlouhodobého stresu
  + dříve se hovořilo o psychopatizaci
  + dnes řadíme do organických poruch, schizofrenií apod.
* dg kritéria dle MKN-10:
  + trvalé výrazně disharmonické postoje a chování vyvolává pocity osobní nepohody
  + negativně ovlivňuje pracovní a společenské fungování
* dgn vychází z vlastního klin.vyšetření a z objektivní anamnézy
* detailní strukturu osobnosti posuzuje klinický psycholog

**Paranoidní poruchy osobnosti** (F60.0)

* povaha málo společenská, nedůtklivá, vztahovačná
* malý smysl pro humor
* sklon vyvolávat konflikty
* tendence k trvalé zášti, neodpouštějí ani domnělé urážky, překrucují neutrální poznámky a gesta, cítí v nich pohrdání vlastní osobou, projevy spiknutí a nepřátelství
* agresivní jedinci se ihned bouřlivě odreagovávají x pasivnější křivdu ve svém nitru dlouze zpracovávají
* úporně bojují za svá práva, nikdy nepřiznají vlastní pochybení (nemají pochopení pro pocity a práva druhých)
* partnera opakovaně podezírají z nevěry, týrají ho neustálým vyslýcháním

**Schizoidní porucha osobnosti** (F60.1)

* citový chlad, uzavřenost, nesdílnost
* nejeví zájem o citové vztahy, nedávají najevo emoce, nemají přátele, k hodnocení (ať chvále či kritice) jsou chladní, působí podivínsky
* bizarní nápady, svérázná logika, neúčelné chování
* nepraktičnost, odtržení od reálného života (rádi se zaobírají svými fantaziemi a filozofickými úvahami)

**Disociální porucha osobnosti** (F60.2)

* společensky nejnebezpečnější povahovou odchylku od normy
* nepoučitelní recidivisté v trestné činnosti, mají pocit, že příští trestní čin již provedou dokonale a nikdo jim to nevymluví, nejsou schopni cítit pocit viny
* za svá životní selhání obviňují společnost, úřady, vládu, nikdy sebe
* lhostejní k citům cizích, chybí schopnost empatie
* jako rodiče týrají děti (jak psych., tak fyzicky – sy týraného dítěte), ve vztahu většinou nevydrží déle než rok
* odmítají dodržovat pravidla a zákony společnosti (jsou jim lhostejné)
* nedostatečný rozvoj vyšších citů - „moral insanity“
* s druhými osobami snadno navazují kontakt, nejsou schopni ho udržet
* nízká tolerance na neúspěch, zvýšená afektivní dráždivost a agresivita
* zpravidla již v dětství - záškoláctví, krádeže, lžou, rvou se, týrají zvířata, šikanují

**Emočně nestabilní poruchy osobnosti** (F60.3)

* vystihuje povahu cholerickou - silné, málo zvladatelné afekty, sklon ke zkratkovitému jednání agresivního rázu
* vytrvalost a plánování na nízké úrovni
* přelétavost zájmů, střídání sexuálních partnerů, hledání úlevy v alkoholu a drogách
* ***impulzivní typ***
  + překotné jednání dané afektivní tenzí a tendencí co nejrychleji uspokojit vlastní potřeby
  + neplést s impulzivním jednáním u schizofrenie (bez emočního doprovodu)
* ***hraniční typ***
  + pocity prázdnoty, kompenzované angažovaností v interpersonálních vztazích nebo dramatických událostech, časté sebevražedné pokusy

**Histrionská porucha osobnosti** (F60.4)

* dnes zahrnuje i poruchu dříve označovanou jako hysterická psychopatie → řadíme sem tedy i klasické hysterické příznaky:
  + pocit trvalého napětí a neuspokojení vedoucí k vyvolání scény s prudkými afekty, vyčítání, obviňování druhých a manipulace s nimi, neztišitelný pláč, tajemné náznaky, pomstychtivost, účelové reakce, bájivá lhavost (pseudologia phantastica)
  + tito jedinci dovedou rozvrátit kolektiv (rafinované intrikování, pomlouváním)
* přesvědčivé vystupování, předstírání, lhavost a lehkost překrucování skutečnosti a výroků druhých, silně sugestibilní, zpravidla vykládají ve svůj prospěch
* sklon k teatrálnosti, dramatizování, labilní a povrchní emotivita, infantilní projevy
* touha být středem pozornosti – snaha o fyzickou přitažlivost, svůdné chování
* vyžaduje stálý obdiv a ujišťování, že je uznávána a milována
* touha po dobrodružství - často zneužívání psychoaktivních látek
* narušení partnerských vztahů, střídání partnerů, u žen často anorgasmie nebo jiná sexuální dysfunkce
* ne všechny hysterické osoby jsou negativní
  + někdy schopnost velkého sebeobětování, neodolatelný šarm, ale to se může rychle změnit
* v zátěžové situaci může u histrionské poruchy snadno dojít k disociativním (konverzním) poruchám
  + psychogenní amnézie, fugy, motorické a senzorické poruchy přechodného rázu
* ***narcistická osobnost***
  + má blízko k histrionské osobnosti
  + nedostatek empatie, vyžadování pozornosti, závistivost
  + vysoké sebevědomí, rádi vykořisťují druhé, své cíle považují za jedinečné
  + ve svých fantaziích se zaobírají vlastními úspěchy v dosažení lásky, bohatství a dokonalosti

**Anankastická porucha osobnosti** (F60.5)

* trpí především sám postižený
* vtíravé pochybování o vlastních schopnostech, nerozhodnost, vnitřní nejistota
* kompenzuje to nadměrnou pečlivostí a puntičkářství - sklon k perfekcionismu
* jako pracovníci - precizní, ale pomalí
* nehodí se na vedoucí funkce, neumějí rozhodovat, klasičtí byrokraté
* rigidní v postojích, radost ze života jim uniká
* plánují i málo významné aktivity, nesnášejí jejich změnu
* dekompenzace probíhá pod obrazem *obsedantně-kompulzivní poruchy*

**Anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti** (F60.6)

* trvalý nedostatek sebedůvěry spojený s nepříjemnými pocity úzkostného napětí a obav
* podceňují se, jsou dle sebe málo přitažliví, nešikovní, přesvědčení o společenské méněcennosti
* vyhýbají se sociálním kontaktům, přecitlivělí na kritiku, snadno zranitelní nesouhlasem

**Závislá porucha osobnosti** (F60.7)

* synonyma této poruch *astenická*, *pasivní osobnost*
* touha být ve společnosti druhých lidí, ale v subalterním postavení
* ochotně se podřizují přání druhých, vyzívají je k tomu, aby jim radily a přikazovali, dodávali jistotu
* patří sem i obavy z neschopnosti se o sebe postarat a strach z opuštění

**Jiné specifické poruchy osobnosti** (F60.8)

* ***osobnost nestálá, nezdrženlivá („haltlos“)***
  + nedostatek pevné vůle, podléhání druhým, vyhledávání pohodlí, snadné obohacování a opatřování si příjemných požitků (alkohol, drogy)
  + častá trestná činnost majetkového rázu
* ***osobnost pasivně agresivní***
  + trvalá opozice vůči okolí, pořád si stěžuje, odmítá plnit povinnosti pomocí únikových manévrů (zapomínání, váhavost, lenost),odkládání řešení, kritizuje spolupracovníky a nadřízených, vymívají se jim
  + jedinci málo oblíbení, nevýkonní a profesionálně a v soukromí neúspěšní

**Přetrvávající změny osobnosti** (F62)

* u jedince, který neměl poruchu osobnosti, došlo k povahovým změnám v důsledku katastrofického prožitku, nadměrného stresu nebo prodělané duševní choroby …
* ***přetrvávající změna osobnosti po katastrofické zkušenosti*** *(F62.0)*
  + v důsledku extrémní a většinou dlouhodobé zátěže
  + tak extrémní zátěž, že se charakter premorbidní osobnosti nepovažuje za rozhodující
  + pobyt v koncentráku, mučení, rukojmí teroristů, zajetí s hrozbou smrti
  + předchází posttraumatická stresová porucha – přejde do chronicity
  + u tohoto jedince vznikne nepřátelský nebo nedůvěřivý postoj k okolí, sociální izolace, odcizení a pocit prázdnoty, beznaděje
* ***přetrvávající změna osobnosti po psychickém onemocnění*** *(F62.1)*
* dlouhodobá reakce na prodělané onemocnění, nejde o přetrvávání příznaků
* symptomatologie: nadměrná závislost na druhých, přesvědčení o stigmatizaci prodělanou chorobou, snížení aktivity, pokles zájmů, hypochondrické stesky, depresivní projevy

**Epidemiologie specifických poruch**

* mne každý nositel této odchylky od normy hledá během života psychiatrickou péči

→ hrubé odhady prevalence specifických poruch osobnosti cca 10% populace

**Komorbidita**

* v tíživých situacích jedinci s SPO snáze dekompenzují

→ rozvoj nejrůznějších neurotických obrazů, u disociačních poruch až ráz poruch psychotických

**Prognóza**

* značně nejistá, neboť jde o trvalou duševní poruchu danou převážně geneticky

**Léčba**

* spec. porucha osobnosti je trvalého rázu, terapeutické ovlivnění je značně obtížné
* **psychoterapie**
  + poznání povahových vlastností, které mu (okolí) znepříjemňují život
  + dlouhodobá, vztah pacient – terapeut má zásadní důležitost
  + ***dynamická psychoterapie*** – snaha odhalit nevědomé konflikty, získání náhledu,pomáhá korigovat interporsonální vztahy
  + ***kognitivně****-****behaviorální terapie*** – nácvik situací, které pacient nezvládá
* **farmakoterapie**
  + u úzkostných a depresivních projevů (antidepresiva, anxiolytika – závislost!!)
  + u agresivity (lithium)
  + ve vážných případech neuroleptika (zuklopenthixol, risperidon, pimozid)

**24. SEXUÁLNÍ DEVIACE A DYSFUNKCE**

* 4 základní komponenty sexuální motivace:
  + sexuální identifikace (sexuální role)
  + sexuální orientace (erotická preference)
  + sexuální emoce (sexuální vzrušení, orgasmus, zamilovanost)
  + sexuální chování

**SEXUÁLNÍ DYSFCE NEVYVOLANÉ ORGANICKOU PORUCHOU NEBO NEMOCÍ** (F52)

* poruchy základních sex.fce u mužů i žen
* pokud psychosomatický přístup - lze poruchu často špatně označit za čistě psychogenní či čistě somatickou

**Sexuální dysfce u žen**

***Nedostatek nebo ztráta sexuální touhy*** *(F52.0)*

* nezájem o sex (nízká sexuální apetence) patří k nejčastějším sexuálním dysfce u žen (47% žen s dysfce)
* výskyt nejčastěji v souvislosti s problémy v partnerských vztazích, ale při duševních a tělesných potížích (depresivné stav)
* *selektivní dysfunkce* – naprostý nezájem o sex s konkrétním partnerem
* *generalizovaná dysfunkce*– nízká touha po sexu v obecném i konkrétním smyslu
* léčba: vzácně je to primární stav → pátrat po příčině
  + psychoterapie se zaměřením na postoje k sexualitě a překonávání inhibicí párovou sexoterapii
  + sexuální aktivitu zvyšují dopaminergní léky (bromokriptin)
  + dobré zkušenosti s podáním nízkých dávek androgenů
  + u anxiózních a depresivních stavů jsou indikována psychofarmaka

***Nedostatečné prožívání sexuální slasti*** *(F52.1)*

* frigidita – nízká sexuální vzrušivost, poměrně častá dysfce
* výsky u žen všech věkových kategorií
* problémy s dosažením a udržením dostatečné tumescence (zduření, naběhnutí naplněním krví) genitálu (a s ní spojené lubrikace) v průběhu pohlavního styku
* jde o insuficience základní sexuální emoce – vzrušení + strach a úzkost
* hlavním praktickým problémem je nedostatečné uvolnění vaginy a suchost sliznice → obtížný koitus → dyspareunie, algopareunie (nepříjemná až bolestivá soulož) → začarovaný kruh
* selektivní frigidita – otevřeně nebo skrytě konfliktní vztah k partnerovi
* léčba:
  + psychoterapie (snaha odstranit všechny rušivé faktory)
  + farmakoterapie: sildenafil (Viagra), dopaminergní preparáty, yohimbin, antidepresiva

***Dysfunkční orgasmus*** *(F52.3)*

* ženský orgasmus je zranitelnější vnějšími vlivy než mužský
* žena je ve své sexuální odpovědi náročnější na partnera, je selektivnějším, pomaleji se také s věkem erotizuje
* mnoho žen prožije první orgasmus až třeba ve třiceti (koitální, nekoitální, též masturbační)
* potíže dosažením – nelze vždy označit za dysfce
* ze 17% dysfce žen, z nich uvedlo 48% problémy s dosažením orgasmu
* orgasmus je především emoce – centrální funkce
* o prožitkové kvalitě rozhodují periferní projevy – tonické a klonické stahy svalů pánevního dna
  + ty dávají vznik tzv. orgastické manžetě v dolní 1/3 pochvy
* centrální emoční prožitky lze těžko trénovat, svaly mohou být posilovány
* léčba:
  + autoerotické a nekoitální dráždění pohlavních orgánů
  + nácvik stahů svalstva dna pánevního

***Selhání genitální odpovědi (pro izolovanou nedostatečnost lubrikace)*** *(F52.2),* ***Neorganická dyspareunie*** *(F52.6)*

* dyspareunie, algopareunie– stavy koitálního dyskomfortu – pohyby penisu ve vagině vyvolávajínepříjemné pocity (dyspareunie) až bolest (algopareunie)
* 17% dysfce žen
* dysfunkce mohou být čistě funkční povahy, odvozené od nízké sexuální vzrušivosti nebo vaginismu
* mohou být způsobeny též gynekologickým onemocněním (poševní či pánevní zánět, endometrióza)
* léčba:
  + psychoterapie nebo párová nácviková léčba
  + sekundární dyspareunie a algopareunie u žen v menopauze - dobře ovlivnitelné substituční hormonální léčbou

***Neorganický vaginismus*** *(F52.5)*

* vaginismus- silné mimovolní stahy svalstva poševního vchodu při každém pokusu o penetraci
* dilatace těchto spazmů je výrazně bolestivá
* mohou se pak přidávat odmítavé reakce na sex a na dotýkání genitálu
* většinou jde o primární poruchu, často příčinou nekonzumovaného manželství
* léčba:
  + postupná a trpělivá dilatace spasmů – nejdřív prsty, pak vibrátor
  + vhodné spojit s partnerskými sexoterapeutickými nácviky
  + podpůrná léčba: anxiolytika, lokální anestetikum v gelu při dilataci

**Sexuální dysfunkce u mužů**

***Nedostatek, nebo ztráta sexuální touhy*** *(F52)*

* u mužů je vzácná
* primárně u hypogonadismu (chybějící produkce androgenů)
* podkladem sekundárních poruch bývá depresivní nálada
* neurohumorální příčiny - hyperprolaktinémie, androgenní insuficience po kastraci nebo při involuci („mužské klimakterium“), insuficience nadledvin, hypothyreóza
* léčba: androgeny

***Selhání genitální odpovědi*** *(F52.2)*

* porucha erekce– hodnotí se jako sexuální dysfunkce když erekce opakovaně a v delším obdobínedosahuje té úrovně, která by dosahovala k uspokojivému spojení pohlavních orgánů
* výskyt poruchy se zvyšuje s věkem (zejména u mužů po 50)
* většinou v kombinaci s dalšími sexuálními dysfunkcemi
* rozlišujeme poruchy erekce:
  + *kompletní porucha erekce*
    - erekce je nedostatečná za všech okolností (i spontánní noční a ranní, masturbační, nekoitálně navozená)
    - o organicitě není pochyb
  + *inkompletní porucha erekce*
    - častější, jen někdy a v některých situacích (zejména při koitu, nejsou však významně narušeny erekce spontánní a masturbační)
    - typicky multifaktoriální povahy - strach ze selhání erekce
* léčba:
  + psychoterapie
  + farmakoterapie
    - Yohimbin
    - anxiolytika, antidepresiva (pokud neurotizovaný pac), vazodilatancia
    - androgeny (u hypogonadálních a starších pacientů s nízkou hladinou testosteronu) - Sustanon
    - Sildenafil (Viagra)
      * zesiluje reakci topořivých těles na erotickou stimulaci
      * 25-100 mg p.o. 1,5h před pohlavním stykem
      * kontraindikace: vazodilatační nitráty, retinopatie!!!, opatrně u pac.se systémovým cévním onemocněním!!
  + prostaglandin E2 (intrakavernózní injekce)
  + chirurgická léčba: vaskularizace penisu, implantace penilních endoprotéz (do dutých topořivých těles)

***Dysfunkční orgasmus*** *(F52.3)*

* jde o neschopnost dokonale prožít orgastickou emoci a doprovodné reakce
* **anorgasmie**
  + pacient není schopen dosáhnout orgasmu ani pohlavním stykem, ani masturbací
  + většina primární povahy, sekundární vzácně
  + dif.dg: koitální anorgasmie (orgasmus pouze nekoitálně nebo masturbací), pravý retardovaný orgasmus(až po desítkách minut nebo déle než po hodině)
    - často sek. porucha (psychofarmaka, porucha inerv. genitálu po úrazu míchy, perifer.neuropatie)
    - intenzivní nekoitální dráždění suverénní metodou
  + terapie: suverénní metoda – nácviková terapie (event. nějaká masturbační pomůcka)
* **anejakulace při orgasmu** („suchý orgasmus“)
  + při pocitovém vyvrcholení muže neodchází semeno
  + 2 základní podoby:
    - *retrográdní ejakulace*(vypuzení semene do močového měchýře)
    - *pravá anejakulace*(žádná semenná tekutina není vypuzena)
  + příčiny: iatrogenně - prostatektomie, psychofarmaka, neurologické - diabetická polyneuropatie
  + léčba: retrográdní lze ovlivnit sympatikotonicky – posilují tonus zevního svěrače (efedrin a jiná sympatomimetika)

***Překotná (předčasná) ejakulace*** *(F52.4)*

* krátký pohlavní styk není dysfunkcí
* nepochybný defekt – překotná ejakulace
  + k výronu dochází už před imisí (ejaculatio ante portas), při zavádění, po několika kopulačních pohybech
* definice dle MKN-10: neschopnost dostatečně oddálit ejakulaci, aby mohlo dojít k uspokojení z pohlavního styku
  + k ejakulaci dochází před nebo do 15 s
  + problém není následkem dlouhodobého chybění sexuální aktivity (tak je to v jedné knížce, ve druhé je: je to projev vysoké sexuální tenze, kt. se při opakování soulože již neobjeví)
* 57% poruch u sexuálně dysfunkčních mužů
* důvod hlavně primární, často u mužů, kteří nemají styk pravidelně
* sekundární– popisují muži, kteří změnili partnerku, zejména předcházela-li delší doba abstinence
* léčba:
  + základem je úprava partnerských sexuálních poměrů – pravidelný sex s dostatečnou frekvencí
  + sexoterapie - stiskací technika - silný stisk žaludu (až bol.) obvykle zastaví rozvoj ejakulač. reflexu
    - v rámci párové léčby, při masturbačních nácvicích
  + podpůrná léčba: lokální anestetika (na žalud a frenulum před pohl.stykem) – Mesocain, účinnější je Lidokain
  + psychofarmaka - klomipramin – 25-75mg/ve 2 denních dávkách, výrazně prodlužuje latenci reflexu; citalopram

***Neorganická dyspareunie*** *(F52.6)*

* u mužů prakticky neznámé dysfce
* nejčastější příčiny nepříjemných pocitů: krátké frenulum (frenulum breve), fimóza, parafimóza, plastická indurace penisu s deformacemi různého stupně

***Hypersexualita*** *(F52.7)*

* nymfomanie/satyriasis - psychogenní příčiny - v průběhu manických fází
* dif.dg. - psychotická porucha s erotomanickými bludy

Sexuální reakční cyklus:

* apetence - fantazie, touha po sexu, vzrušení - vaginální lubrikace, erekce, vyvrcholení - orgasmus, uvolnění, refrakční fáze

**SEXUÁLNÍ DEVIACE**

* jako parafílie (v historii jsou tyto stavy nazývány též *sexuální deviace, perverze, aberace, varianty* a podobně) se označují stavy kvalitativně změněné sexuální motivace lidí
* ve struktuře sexuální motivace rozlišujeme tři oblasti, které mohou být takto změněny:
  + [*sexuální identifikaci*,](http://www.wikiskripta.eu/index.php/Psychofyziologie_lidskÃ©_sexuality) *včetně* příslušné sexuální role
  + [*sexuální orientaci*,](http://www.wikiskripta.eu/index.php/Psychofyziologie_lidskÃ©_sexuality) *tedy* erotickou preferenci ke vztahu k sexuálnímu objektu
  + *sexuální chování, emoce a reakce*
  + projevují jak ve sféře behaviorální, tak ve sféře kognitivní a psychofyziologické
* homosexuální orientace - není duševní porucha (třeba odlišovat homosexuální chování a orientaci
* sexuální deviace - kvalitativně změněné sexuální motivace lidí

**Poruchy pohlavní identity**

***Transsexualismus*** *(F64.0)*

* inverznísexuální identifikace
* trýznivý a stálý pocit opačné sexuální příslušnosti
* nespokojenost s vlastním genitálem, touha po opačné sexuální roli
* dif. dg.: feminní mužská homosexualita, maskulinní ženská homosexualita, transvestitismus
* klíčem ke změně sexuální role je změna ošacení, životních způsobů a zájmů
* svou úlohu lépe zvládají ženy v mužské roli než muži v ženské
* léčba:
  + psychoterapie– podpora při organizování života v opačné roli, změna jména apříjmení na sexuálně neutrální
  + hormonální léčba– snaha změnit vzhled sekundárních pohlavních znaků
  + změna matričního pohlaví – nutný souhlas odborné komise, podmínkou je absolvováníchirurgických úprav genitálu
  + chirurgické výkony– odstranění gonád, úpravy zevního genitálu, prsů

**Poruchy sexuální preference**

***Fetišismus*** *(F65.0)*

* erotický zájem zaměřen jen na určitý zástupný symbol sex.partnera nebo na některou dílčí vlastnost
* někdy zcela bez vztahu k případnému erotickému objektu (kožešiny, guma)
* vzácně fetišistická fixace na věci nevábné (stolice, moč, páchnoucí odpadky – exkrementofilie, urofilie, myzofilie)
* raritní je fixace na oheň (pyrofilie) a na mrtvá těla (nekrofilie)
* TH: psychoterapie - snaha naučit pacienta náhradním formám sexuálního ukojení, které nejsou konfliktní
  + v rezistentních případech podávání antiandrogenů

***Fetišistický transvestitismus*** *(F65.1)*

* muži se ve značném erotickém vzrušení oblékají do ženského prádla a šatů
* ukájí se autoerotickými praktikami

***Exhibicionismus*** *(F65.2)*

* pacient se vzrušuje a ukájí tím, že před apetovaným objektem obnažuje svůj genitál
* nesnaží se o verbální ani fyzický kontakt
* nemá agresivní tendence, neatakuje dětské objekty
* dif. dg.: psychózy, demence, pedofilie, patologická sexuální agresivita
* TH: psychoterapie – i skupinové
  + u opakovaných delikvencí antiandrogeny nebo psychofarmaka

***Voyerismus (skoptofilie)*** *(F65.3)*

* pacient se vzrušuje a ukájí tím, že sleduje apetovaný objekt při intimních erotických aktivitách, ale i při aktivitách zcela neerotických (převlékání, koupání)
* zaměřené na anonymní objekt – nemá tendenci s ním komunikovat a navazovat vztah

***Pedofilie*** *(F65.4)*

* sexuální orientace na prepubertální dětské objekty (bez vyvinutých sekundárních pohlavních znaků)
* může být heterosexuální, homosexuální nebo bisexuální
* většina pedofilů je schopna také erotické reakce na objekty zralé
* pedofilní tendence mohou být zcela popřeny a potlačeny - sublimace pedofilních tendencí (např. do uměleckých děl, vynikajících výkonů v oblasti práce s dětmi a pedagogiky)
* genitální spojení jen u pedofilních kontaktů vzácné
* dg: falopletysmografické vyšetření erotických reakcí
* léčba: krátkodobé nebo i dlouhodobé medikamentózní tlumení sexuální aktivity

***Sadomasochismus*** *(F65.5)*

* záliba v násilí ne sobě i na jiných – vyskytuje se vzácně, častěji odděleně
* *sadismus (algolagnie)*
  + agrese a hostilita k sexuálnímu objektu
  + sexuálně deviantní tendence a aktivity
  + může být heterosexuální, homosexuální a bisexuální, někdy zoofilní
  + rozlišuje se:
    - **fetišistický sadismus** – neohrožuje oběť
    - **pseudopedagogický sadismus** – důraz na poslušnost a disciplínu, násilí může býtjen mírné a symbolické
    - **agresivní sadismus** – brutální napadání objektu, fyzické násilí, hrozby, patří k nimvětšina sériových sexuálních vrahů
  + dg. - falopletyzmografické vyšetření
  + TH: psychoterapie, u nebezpečných biologická léčba (antiandrogeny, analoga LH-RH - kastrace)
* *patologická sexuální agresivita*
  + opakované sexuální útoky na neznámé ženy
  + bez zřejmé sadisticky deviantní vlohy
  + prudký útok, žádný pokus o předchozí komunikaci
  + podskupiny - frotéři– ukájejí se třením o oběť, tušéři– ukájejí se osaháváním objektů
  + dif.dg - psychosociálně a psychosexuálně nezralí mladíci
  + TH: útlum psychofarmaky nebo antiandrogeny
* *masochismus*
  + erotická fascinace agresivitou vůči sobě
  + asfyxiofilie– sami se škrtí rukama nebo škrtidlem

***Mnohočetné poruchy sexuální preference*** *(F65.6)*

* nejčastěji kombinace dvou deviantních zájmů
* např. homosexuální pedofilie, homosexuální sadismus, sadomasochismus, pedofilní sadismus
* vzácné jsou kombinace tří (např. pedofilní a homosexuální sadismus)

**25. MENTÁLNÍ RETARDACE**

* stav zastaveného nebo neúplného vývoje
* narušení dovedností - poznávacích, řečových, pohybových a sociálních
* obecnou inteligenci charakterizuje IQ - mentální retardace - míň jak 70
* IQ nestačí na popis postižení, dále sociální přizpůsobivost, kulturální a národnostní zázemí
  + v různém věku, různé typy nedostatků adaptivního chování
  + rané dětství - senzomotorické a komunikační schopnosti
  + dětství - aplikace základních školních dovedností, běžné aktivity
  + dospělost - sociální orientace, zodpovědnost
* dojde-li k úbytku inteligence po 2-4 roku života, jde o demenci!
* ***lehká mentální retardace*** *-* IQ 50-69, dříve označována jako *debilita*, slabomyslnost, lehká oligofrenie
  + naučí se mluvit později, ale většinou nakonec domluvu zvládnou
  + většina je nakonec úplně soběstačná v osobní péči, hygieně apod.
  + problémy se čtením a psaním, jsou vzdělavatelné - zvláštní školy
  + velmi záleží na přidružených poruchách (hyperaktivita, poruchy chování, epilepsie)
* ***středně těžká mentální retardace*** *-* IQ 35-49 , *imbecilita*, středně těžká oligofrenie
  + pomalý rozvoj chápání, užívání řeči, konečné dorozumívací schopnosti jsou omezené
  + také je omezena schopnost se o sebe postarat, nutný dohled, péče po celý život
  + částečně vzdělavatelní, značné odchylky motorických dovedností
* ***těžká mentální*** *retardace -* IQ 20-34, těžká oligofrenie, podobná předchozímu, problémy jsou hlubší, často i poruchy motoriky
* ***hluboká mentální retardace*** *-* IQ pod 20, *idiocie*, hluboká oligofrenie, většinou imobilní, inkontinence, výjimečně schopni komunikace (nonverbální)

**Epidemiologie**

* cca 3% populace, nejvíce je lehké retardace, polovina potřebuje speciální péči (hlavně jako děti)

**Etiologie**

* primárně biologické nebo psychosociální (vrozené i environmentální - sociální faktory)
* čím je retardace hlubší, tím častěji nacházíme biologickou příčinu
* u 25% - dáno chromozomální či metabolickou poruchou
  + větší vliv aberace nepohlavních chromosomů

**Prenatální faktory**

* infekce matky - rubeola v prvním trimestru (malformace srdce, hluchota, mikrocephalie)
  + vrozená syfilis, toxoplasmóza, i HSV, coxsackie, parotitis
* endokrinní poruchy matky - hypotyreóza - následný kretenismus
* Rh inkompatibilita - bilirubin, jádrový ikterus - chorea, i retardace
* fetální alkoholový syndrom - opožděný růst, abnormality, hypertelorismus, vnitřní epikantus, krátké turecké sedlo, kardiopatie
* kokainový syndrom - vazokonstrikce placenty
* AIDS

**Perinatální faktory**

* protrahované porody - útlak hlavičky, škrcení pupečníkem - hypoxie; krvácení - motorický a mentální defekt

**Primární mentální retardace**

* intelektový problém je jediný příznak, etio neznámá
* nejsou metabolické, neurodegenerativní ani chromozomální poruchy

**ABERACE AUTOSOMÁLNÍCH CHROMOSOMŮ**

* *Downův syndrom (trisomie 21)* - IQ od nuly až po 65, průměrně tak 30
  + bývají emočně vyrovnanější a ovladatelnější než jiné retardace
  + epikantus, malé uši, tlustý jazyk
* *Angelmanův syndrom (chybění maternální oblasti 15)* - střední až těžká, světlé vlasy, loutkovitá chůze, nemluví, epilepsie, bezdůvodný smích, prominuje brada a nos, „happy puppet“
* *Prader-Wiliho syndrom (chybění paternální oblasti 15)* - hypotonické a hypotrofické, ve druhém roce věku hyperfágie - obezita, domáhají se jídla (i agresí), jsou dráždivé, neklidné, retardace je střední
* *syndrom kočičího křiku (ztráta části 5)*- IQ 25-30, hypoplázie hlasivek
* *Rubinsteinův-Taybiho sy, Schinzelův sy, Wolf-Hirschhornův sy*

**ABERACE GONOSOMÁLNÍCH CHROMOSOMŮ**

* *syndrom fragilního X* - druhá nejčastější příčina retardace, homozg - hluboký defekt azylového typu (IQ 20-60), heterozygoti mírnější
  + makroorchismus, podlouhlá tvář, velké uši, klenuté patro, bledá duhovka, větší obvod hlavy, abnormity kostry
* *Klinefelterův syndrom* - XXY, inteligence postižena jen mírně
* *syndrom hypervirilního muže* - XYY, vyšší vzrůst, agresivita
* *Turnerův sy* - intelekt postižen jen mírně

**GENETICKÉ ENZYMOVÉ DEFEKTY**

* poruchy metabolismu AMK:
  + fenylketonurie (neléčená dosahuje těžkého stupně)
  + nemoc javorového sirupu (valin-leucinurie)- acidóza, porucha trofiky a myelinizace
  + homocystinurie, histidinémie
* poruchy metabolismu lipidů:
  + Tay-Sachsova choroba - kojenecká gangliosidóza, defekt motoriky končící spasticitou, decerebrace, letální
  + Gaucherova choroba - hromadění cerebrosidů, hepatosplenomeg.,
  + Niemann-Pick - sfingomyelin, na očním pozadí třešňová skvrna
* neuroektodermové dysplázie
  + Recklinghausenova choroba - neurofibromatóza, mnohočetné fibromy kůže, mening a nervů
  + Bournvillova choroba, Sturgeova-Weberova choroba

**SOCIOKULTURNĚ PODMÍNĚNÉ RETARDACE**

* hlavně lehčí postižení, cca polovina retardací
* zaostávání způsobuje nedostatek výchovné stimulace, vedení, málo sociokult. podnětů až deprivací (bydlení, podvýživa, nedostatek lékařské péče)

**PŘIDRUŽENÉ PORUCHY**

* epilepsie, poruchy zraku, sluchu, spasticita, ataxie, atetóza, příznaky mozkové dysfunkce
  + u těžce retardovaných - stereotypní pohyby - pika, ruminace, excesivní masturbace
* 50% má psychickou poruchu - abnormální chování (agresivita, hyperaktivita, impulzivita, sebepoškozování), poruchy osobnosti, negativismus, autistický syndrom, poruchy nálady, schizofrenie
* **sexuální problematika** -většinou mohou žít normální sex. život, u vrozených retardů- antikoncepce,těžká retardace - výjimečně
  + diskrepance mezi sex. vyzráváním a dětským chováním - neskrývaná masturbace, obnažování
* léčba -neexistuje (pouze u fenylketonurie)
  + nonverbální, arteterapeutické přístupy
  + atypická antipsychotika (hyperkinetický syndrom, neklid)
  + risperidon (autismus), SSRI (sebepoškozování, agrese u depresí)
  + nootropika zvýší výkonnost, na přidružené poruchy- neuroleptika

**26. PERVAZIVNÍ VÝVOJOVÉ PORUCHY**

* závažné psychické poruchy u dětí, příznaky trvalé, postihují více funkcí
* atypické prvky vývoje

***Dětský autismus***

* pro diagnózu je nutná přítomnost autistických vzorců chování již před třetím rokem
  + kvalitativní poruchy v reciproční, sociální interakci
  + kvalitativní porucha komunikace
  + omezené, stereotypní chování a zájmy
* u kojenců - lhostejné k pozornosti rodičů, netouží po mazlení, v náruči „visí jako hadrová panenka“
* řeč - omezená funkce, časté monology, neologismy, intonace nepřirozená, gramatické zvláštnosti
* hry stereotypní, bez fantasie, nekonstruktivní (blikají vypínačem, točí kolečkem), sami!
* málokdy je chytnou hračky, spíš třeba šroubovák, klíče
* odpor ke změnám v režimu dne, dožadují se toho křikem, adaptace je obtížná, úzkost
* některé mají izolované zájmy a hypertrofické schopnosti - výborná mechanická paměť, hudební či výtvarné nadání
* etio - dysregulace některých neuromediátorů, odchylky v morfologii některých struktur
  + abnormailty ve vermis cerebelli, front. lalocích a corpus callosum dle CT a MRI, abnormální EEG
  + biochemie - serotonin často zvýšen, též endogenní opioidy mimo
* dif.dg. - mentální retardace, schizofrenie, porucha receptivní složky řeči, Rettův sy
* léčba - musí být komplexní, psychoterapie, farmakoterapie
  + neuroleptika - nemají ale tak výrazný účinek, NÚ extrapyramidové
  + po SSRI částečně zlepšené chování - klomipramin, fluoxetin

***Aspergerův syndrom***

* podobné autismu, není přítomna mentální retardace, je dobrá schopnost řeči a nejsou motorické stereotypie - hodnocení autistických projevů dle CARS škály, mentální úroveň dle Gesell škály
* někdo se domnívá, že je to jako lepší veze autismu („vyléčení“)
* děti - problémy s interpers. komunikací, nedostatečná empatie, často izolováni
* mohou vynikat v abstraktních předmětech, obvykle nemotorní
* hlavně chlapci, etiologie neznámá
* dif.dg. - anankastická porucha osobnosti, OCD, schizofrenie
* TH - psychoterapie

**Rettův syndrom**

* neurovývojová porucha, jen u dívek; specifická léčba není
* normální časný psychomotorický vývoj, následuje úplná či částečná ztráta manuálních a verbálních schopností ve věku 7-24měsíců
* zpomalen růst hlavy, stereotypní „mycí“ pohyby rukou, malé žvýkací pohyby
* vývoj retardace, později ataxie trupu, skolióza
* etiologie - patrně vázaná na X, chlapci prenatálně zmírají
  + bodové mutace v genu MECP2 - brání transkripci

**27. HYPERKINETICKÉ PORUCHY (ADHD) A TIKOVÉ PORUCHY**

**HYPERKINETICKÉ PORUCHY**

* nejčastější příčina psychiatrické léčby u dětí (až 10% dětí), asi 10x častěji u chlapců
* dříve označováno jako LMD, dnes se lehčí formy nepovažují
* hlavní příznaky - narušená pozornost a hyperaktivita
* přecházejí z jedné činnosti na druhou, aniž ji dokončí, pracují nesystematicky, chyby z nepozornosti, puzení k neustálému pohybu, k neúčelné činnosti, potíže zůstat v klidu
* impulzivita, jednají bez rozmyšlení, nedostatečná sebekontrola
* často v nebezpečí - úrazy, problémy s chováním před 6 rokem života
* špatné podřizování autoritám, konflikty s vrstevníky
* často jsou neurotizováni, rodiče jim dávají za vzor hodnější sourozence, jsou trestány
* u více než poloviny se to pak upraví - spontánní ústup kolem 12. roku
* etiologie- genetika -dysfunkční varianty genů pro DA receptory-mohou hrát roli ubehaviorálních poruch
  + neurobiologie - snížená DA a NA transmise, méně HVA
* léčba-léky první volby (paradoxně) psychostimulancia, zmírňují hyperaktivitu
  + působí jako DA a NA agonisté (saturují deficit) - u nás metylfenidát (Ritalin)
  + rodinná terapie - rodiče mají pocit neúspěchu při výchově

**TIKOVÉ PORUCHY**

* 1885 - George Gilles de la Tourette - popsal je
* nejčastěji u dětí mezi 7. a 11. rokem,
* tiky jsou mimovolní, rychlé, nerytmické, opakované pohyby (nebo mluva), které neslouží k žádnému účelu a nejsou podloženy neurotickou poruchou
* jednoduché či komplexní
* tři formy:
  + *přechodná tiková porucha* - hlavně jednoduché tiky, motorické, netrvá déle než rok
  + *chronická motorická či vokální tiková porucha* - buď vokální, nebo motorické, ne současně
  + *kombinovaná vokální a mnohočetná tiková porucha* (**Tourettův syndrom**) - mnohočetné, obvykle komplexní tiky, chrochtání, koprolálie (neslušné), echolálie, echopraxie, OCD
* tiky přibývají při psychické zátěži
* objevuje se nejčastěji během dětství, trvá většinou celý život
* etiologie:
  + komplexní dysregulace neurotransmiterů
  + významná úloha dopaminergní poruchy (ovlivnitelná neuroleptiky)
  + dědičnost - snad AD s variabilní penetrací
  + menší objem BG, nejsou asymetrická, jak to je normálně
  + zkoumá se spojitost s infekcemi streptokokem, autoimunitou
* léčba - psychoterapie (prevence sociální izolace)
  + u Touretta - atypická antipsychotika (tiaprid, risperidon), clonazepam

**28. SCHIZOFRENIE, AFEKTIVNÍ A NEUROTICKÉ PORUCHY V DĚTSTVÍ A DOSPÍVÁNÍ**

**SCHIZOFRENIE V DĚTSTVÍ**

* příznaky podobné schizofrenii dospělých, jsou však modifikovány věkem a úrovní intelektu
  + porucha integrace vzorců chování (bizardní, agresivní)
  + abnormální pohyby a postoje (rituály)
  + dezorganizace řeči (neologismy, inkoherence)
  + poruchy myšlení a vnímání (halucinace méně, pod 7 let vzácné, předškolně - bludné fantasie)
  + porucha kognitivních funkcí - vede k psychické rigiditě, bizardnímu vnímání, psychotické chování
  + porucha afektivity s výraznou anxietou
  + porucha sociálního fungování
* do 12 let je velmi vzácná
* klasifikace - jako pro dospělé
* čím dříve propukne, tím závažnější, psychóza ovlivní vývoj osobnosti
* může dojít až k invaliditě, nedokončení docházky
* v adolescenci-nemusí to být tak zjevné, může připomínat adolescentní krizi
* ve věku 15-25 se vyskytuje *hebefrenní schizofrenie,* která má specifické příznaky
  + iniciálně připomíná vystupňovanou pubertu - klackovitost, pseudofilozofování, pokles prospěchu, výkonu, změny emotivity
  + potom - rozvoj poruch myšlení, dezorganizace, inkoherence
* etiopatogeneze -dva faktory - genetické a časné vývojové poškození (drogy, životní události)
* nižší porodní hmotnost, nezralost, preeklampsie, asfyxie
* developmentally reduced synaptic connectivity
  + zdravý jedinec má přiměřený počet synapsí v raném dětství, vývojem dochází k eliminaci (pruning) nepotřebných synapsí, v adolescenci dosahuje optimálního množství
  + je-li pruning rychlejší nebo je tam málo synapsí po nějaké poruše, nakonec to překročí určitou hranici, kdy je tam toho už málo a vznikne porucha
* biobehaviorální markery preschizofrenních dětí: poruchy osobnosti, horší kognice, sociální fungování, častější hry o samotě, abnormální pohyby očí, anxieta
* neurobiologické nálezy - hypofrontalita, patrně porucha interakce mezi frontálním kortexem a subkort. strukturami, nižší objem levého horního temporálního gyru
  + zvýšení kys. vanilmandlové - dopaminová hypotéza (účinek neuroleptik)
* TH: psychoterapie, obnovení sociálních dovedností, farmakoterapie - risperidon, aripiprazol

**AFEKTIVNÍ PORUCHY (F30)**

**Epidemiologie deprese**

* 1% dětí předškolního věku 4% dětí školního věku
* 4 – 8% dospívajících (po ukončení puberty častěji u dívek)

**Klinický obraz**

* liší v jednotlivých obdobích
  + **kojenci** vypadají smutně, více pláčou, reagují pomaleji na podněty, zpomalení motorickéhovývoje, narušení spánku a příjmu potravy
  + **batolata** zhoršení sociálních dovedností, intelektový útlum, ztráta zvídavosti a iniciativy
  + **předškolní děti** omezená komunikace, působí zpomaleně, nesoustředí se, mají omezenéaktivity a zájmy, odmítání kontaktu s vrstevníky, plačtivost, somatické obtíže, často bolesti břicha, nechutenství, poruchy spánku
  + **školáci** bolestihlavy, břicha, nevolnost, únava, nechutenství nebo přejídání, pocity viny,rozklady, úzkost, podrážděnost, více problémů ve vztazích s dospělými i vrstevníky, zhoršení školního výkonu, sebevražedné myšlenky i pokusy
  + **adolescenti** na rozdíl od dospělých nejsou typická ranní pesima a smutná nálada, spíše propadynálad během dne, podrážděnost, agitovanost, hyperaktivita, pocity vnitřní tenze nebo naopak apatie, nudu řeší rizikovými aktivitami, užíváním návykových látek či střídáním partnerů (to ale zvyšuje pocit viny a zhoršuje sebehodnocení a depresivní prožívání)
    - somatické a vegetativní příznaky (nechutenství, pokles váhy – CAVE často záměna za poruchu příjmu potravy)
    - až u 40% sluchové halucinace, náboženské a paranoidní bludy (CAVE – často záměna za schizofrenii)
    - 20% bipolární afektivní porucha - závažné, obtížně diagnostikovatelné
    - častěji psychotické příznaky a rychlejší přesmyky fází deprese a mánie než v dospělosti

**Léčba**

* sporný efekt tricyklických antidepresiv
* od 15 let tianeptin
* v dětském věku SSRI – fluoxetin
* nutné sledování nežádoucích účinků (4% riziko suicidiality, při neléčení až 15%)
* kratší vylučovací poločas u dětí =˃ podávat větší množství ve více denních dávkách
* u bipolární poruchy - stabilizátory (lithium od 12 let), antipsychotika 2. generace

**NEUROTICKÉ PORUCHY (F40)**

* omezené sociální fungování a hlavně omezení přístupu ke vzdělání
  + **fobické a úzkostné poruchy**
  + **obsedantně kompulzivní poruchy poruchy přizpůsobení**
  + **disociativní a somatoformní poruchy**
* u dětí častějším projevem úzkosti somatické potíže
* léčba: kognitivně – behaviorální psychoterapie, rodinná terapie, SSRI, anxiolytika s delším účinkem (menší riziko vzniku závislosti)

***Sociální fobie***

* psychologické, behaviorální nebo vegetativní symptomy, které jsou primárními projevy úzkosti omezené na určité sociální situace a které vedou k vyhýbání se fobickým situacím
* iracionální strach z kontaktu s jinými lidmi
* strach z nesouhlasu, odmítnutí, kritiky, posměchu a hodnocení
* začátek v adolescenci
* řada příčin – genetické, výchovné prostředí, rodičovské vzory, traumatizující událost
* nerozvinutí sociálních dovedností =˃ selhávání v sociálních situacích =˃ nízké sebevědomí a záporné hodnocení sebe sama
  + vyhýbavé chování
  + krátkodobě pokles úzkosti a úleva
  + dlouhodobě omezení sociálních dovedností, ztráta sebedůvěry, pokles sebevědomí, zvýšení strachu ze sociálních situací (circulus vitiosus)
* léčba:
  + **kognitivně – behaviorální**
  + zlepšení sociálních dovedností posílení sebevědomí
  + pozitivní hodnocení vlastních schopností nácvik relaxace
  + nácvik konkrétních situací

**29. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V DĚTSTVÍ A DOSPÍVÁNÍ**

**Epidemiologie**

* výskyt od útlého věku až do dospělosti
* prevalence mentální anorexie u dívek 0,3 – 1% prevalence mentální bulimie u dívek 1 – 3%
* u adolescentů 3. nejčastější psychiatrické onemocnění
* začátek onemocnění stále v mladších věkových skupinách, dívky 8 – 14 let až 40% sebepoškozování
* časné problémy s jídlem v dětství vliv na fyzický, kognitivní, sociální a emoční vývoj, nižší hmotnost a vyšší nemocnost
* ve 13 letech 35% dívek a 13% chlapců nespokojenost se svým tělem
* 50% dívek chce zhubnout, 40% se vědomě omezuje v jídle, 4% záměrně zvrací

**Klinický obraz**

* řada dalších poruch kormě anorexie a bulimie
  + ***Infantilní ruminační porucha***
    - opakovaná regurgitace potravy bez nauzey
    - pocity libosti při žvýkání a znovupolykání potravy
    - často u mentálně retardovaných a deprivovaných dětí
    - známka dysfunkční či konfliktní rodiny
    - i organická porucha
  + ***Infantilní mentální anorexie***
    - od 6 měsíců do 3 let
    - poruchy separace
    - úzkost matky je přenášena na dítě
    - problematické odstavování
    - vyžadování nočního krmení a další rituály kolem jídla
  + ***Pika***
    - opakované pojídání nejedlých látek
    - trvá alespoň 1 měsíc
    - není přítomen odpor k normálnímu jídlu
    - psychoterapeutická péče
  + ***Emoční porucha spojená s odmítáním jídla***
    - strach z jídla, nevolnost, zvracení, pokles hmotnosti
    - porucha nálady
  + ***Syndrom pervazivního odmítání potravy***
    - ve věku 8 – 14 let
    - odmítání jídla i komunikace a péče o sebe
    - zvážení traumatické příčiny
  + ***Syndrom vybíravosti v jídle***
    - obtížná, ale nejméně závažná porucha
    - množství jídla dostatečné, bez postižení vývoje
  + ***Posttraumatická porucha krmení a psychogenní dysfagie***
    - následek traumatického zážitku (zvracení, nepříjemné vyšetření GITu)
    - obavy z jídla samotného (udušení, zvracení)
  + ***Syndrom nočního upíjení nebo ujídání*** *(zařazen mezi poruchy spánku)*

**Stanovení diagnózy**

* u dětí složitější (nelze použít amenoreu u prepubertálních, není nutný pokles váhy, nelze BMI)
* zpomalení nebo zástava somatického vývoje, stagnace váhy v poměru k tělesné výšce
* antropometrické vyšetření (dynamika vývoje – percentilové grafy)
* častěji somatické potíže a popírání onemocnění
* obtížněji zjistitelné emoce a nespokojenost s vlastním tělem
* nápadné teoretické zaujetí jídlem, vaření pro ostatní, kontrola jídelníčku ostatním členům rodiny
* často změny chuti, děti víc solí, koření, jídlo častěji zapíjejí nebo naopak nepijí, jí pomalu, obřadně, šťourají se v jídle, uždibují mezi jídly
* závažnější díky zásahu do vyvíjejícího se organismu =˃celoživotní následky (menší vzrůst, infertilita)
* porucha menstruačního cyklu a štítné žlázy, osteoporóza (již po 2. roce po vzniku onemocnění), poruchy imunity a termoregulace, svalová atrofie, kazivost zubů (díky zvracení), lámavost nehtů a vlasů, výskyt lanuga
* časté bolesti břicha, obstipace
* zvětšení příušních žláz a zvýšení hladin sérových amyláz
* rychleji vyhubnutí a dehydratace
* hypochloremie, hypokalemie (spavost, svalová slabost, bradykardie, arytmie, až zástava srdce)
* KO: anémie, leukopenie, trombocytopenie
* opožděná puberta

**Prognóza**

* úmrtnost v dětském věku 3%, prepubertální horší
* mortalita všech pacientů 5 – 10%

**Léčba**

* komplexní, diferencovaná, s individuálním specifickým léčebným postupem
* kognitivně – behaviorální psychoterapie
  + cíle: úprava váhy, změna jídelního chování, změna postojů k jídlu, váze, vzhledu a změna sebehodnocení
* rodinná terapie u mentální anorexie
* adaptovaná kognitivně – behaviorální terapie s účastí rodiny u mentální bulimie
* farmakoterapie jen u život ohrožujících stavů antidepresiva málo účinná
  + lepší neuroleptika v malé dávce
  + anxiolytika pouze krátkodobě v nezbytných případech (krátkodobě působící benzodiazepiny 30 min před jídlem)