

Příčiny a prevence duševních poruch výukový materiál pro SZŠ

Prim. MUDr. Miroslav Novotný

Centrum duševního zdraví

EEG Biofeedback Centrum Jeseník a Šumperk

Česká republika

Tel (00420) 584 412 462

e-mail cdz.jesenik@seznam.cz

Curriculum vitae

- 1976 Medical Faculty Universitas Palackiana Olomouc
- 1979 Atestation Psychiatrie I. Degree
- 1983 Atestation Psychiatrie II. Degree
- 1991 Atestation Psychiatric Rehabilitation
- 1996 Atestation Psychotherapy
- Psychotherapy training in Dynamic psychotherapy(5 years)
- Cognitive behavioral therapy (4 years)
- Supervision in psychotherapy (5 years)
- Hypnosis and autogenes training(1 year)
- EEG Biofeedback (Tyl, Faber, Petránek)
- Workshops in EEG Biofeedback (Serman, von Hilsheimer, Lubar, M+L. Thompson)
- Teacher Institut of Cognitive Behavioral therapy since 2002
- Teacher Institut of EEG Biofeedback Prague (Tyl, Tylová, Faber) since 2004
- Trainer of Down Hill skiing since 1999
- Supervizor of European Assotiation of Integrative Psychotherapy since 2005
- Profession: Head physician of Privat Psychiatric and Psychological praxis since 1993
- Official appointment court expert (Soudní znalec since 1980)

Pojetí vyučovacího předmětu č.j.VZV-530-29.5.92

- Žáci SZŠ mají mít znalosti o současném stavu psychiatrie (Učební osnova předmětu psychiatrie MZd.+MŠMT účinnost od 1.9.1992)
- VĚDOMOSTI:
- Základní příznaky duševních chorob
- Přehled o základních duševních chorobách
- Vznik a příčiny duševních chorob
- Prevence a léčba duševních chorob
- Postupy při ošetřování duševně nemocných

Příčiny a prevence duševních poruch(multifaktoriálnost)

- Biopsychosociální model –trvalé ovlivňování faktorů během lidského vývoje
- Faktory – Biologické
- - psychologické
- - sociální
 - užší(rodina)
 - širší(pracoviště,společnost)

Biologické vlivy

- Biologické vlivy: genetické vlivy u řady poruch jsou zřejmě prvotní
- Někdy však jen predispozicí, která se nemusí uplatnit .
- Genetické vlivy se vysoce podílejí na
- Alzheimer.chorobě, BAD, Sch, Down.sy
- málo u anxiet
- Získané biol. vlivy :nákaza syfilis-
progresivní paralýsa, Tabes dorsalis

Biologické vlivy

- Genetika
- Infekce matky v době těhotenství
- Nadměrný stres v době těhotenství
- Intoxikace matky(Alkohol,drogy,léky,plyny)
- Protrahovaný těžký porod
- V poporodním období avitaminózy dítěte
- intoxikace dítěte
- úrazy hlavy,nádory mozku
- Endokrinní choroby,další těžká tělesná onemocnění dítěte

Biologické vlivy:genetické jsou prvotní

- Dispozice však ke vznik nemoci nestačí
- Další dílčí vlivy:Deprivace v citově chudém prostředí(dětský domov,anetická výchova)
- Poruchy vývoje v raném dětství,
- Těživá rodinná situace
- Dlouhodobý nebo opakovaný stres

Kombinací těchto vlivů vzniká

ZRANITELNOST

Neznámý původ duševních poruch

- Jde o duševní poruchy v užším slova smyslu-dříve zvané psychózy- vedou k nepředvídatelnému chování(bizarérie,poruchy vnímání, myšlení,patické nálady ,obvykle bez náhledu chorobnosti) a často k dezintegraci osobnosti
- Genetika- polygenní hypotéza dědičnosti (alkoholismus,schizofrenie,bipolární p.tiky.ADHD)

Neuromediátory zajišťují mezibuněčný přenos nervového signálu(informace)

- Dopamin-ovlivňuje myšlení a chování,
++=poruchy myšlení, zmatenost,bludy,agrese
- Serotonin-nálada + úzkost . - - =deprese
- Noradrenalin-vyplavuje se při „akci“ ++=mánie.
- - - =deprese
- Acetylcholin- paměť a intelekt - -=demence
- GABA-nejstarší
neurotransmitter,sedace,antikonvulze,myorelaxace,
anxiolytikum(Diazepam) - - = agitovanost
- Endorfiny – vztah k bolesti

Spouštěče

- Jsou situace které u zranitelného člověka napomohou k rozvoji nemoci
- Může to být soubor vleklých událostí
- Jednorázový zátěžový podnět(ztráta blízké osoby, propuštění z práce) psychosociální či biologické povahy(těžká chřipka)
- Biologické(porod) či sezónní podněty nebo životní události(úmrť) spíše určují začátek poruchy než by ji přímo vyvolávaly

Sociální faktory se podílejí

- 1.při vzniku zranitelnosti k psychické poruše(výchova,traumatické zážitky)
- 2.v okolnostech které předcházejí vznik psychické poruchy(stres, vztahy)
- 3.bezprostřední spouštěč psych.poruchy (konflikty,traumata,úmrtí,změny rolí)
- 4.Faktory modifikující nebo udržující průběh (rodinná atmosféra,exkomunikace, labeling)
- 5.Faktory podílející se na léčbě (komunita,kluby,psychoterapie,chráněné dílny)

1. Sociální faktory podílející se na zranitelnosti k psychické poruše

- Chování dospělého neodráží jednoduše to „co prožil v dětství“
- Dítě potřebuje pocit bezpečí, lásky zajišťování potřeb a uspokojování emočních a fyzických kontaktů s rodiči
- Citová deprivace: vlčí děti, citová tupost, neschopnost empatie, nebo nadměrná závislost na přijetí a povzbuzení druhých
- Škola může zraňovat (šikana) nebo podněcovat či neutralizovat rodinnou patologii



Psychická deprivace

- Bio-psycho-sociální potřeby dítěte
- 1.potřeba vnějších podnětů (trpí-li mozek „podvýživou“ podnětů dochází k opoždění)
Amala.Kamala=vlčí děti,Kašpar Hauser
- 2.potřeba smysluplného světa-paci-paci
- 3.potřeba citových a sociálních vztahů-
rodiče,nebo vychovatelé zajišťují jistotu,důvěru v sebe a v jiné lidi
- 4.Potřeba společenské hodnoty-vlastní já
- 5.potřeba otevřené budoucnosti

Deprivace a subdeprivace

- „Normální“ rodina nejlépe naplňuje 5 základních psychických potřeb
- Poznatky o deprivaci byly získány z dětských domovů, ústavů(hospitalismus)
- Subdeprivace – děti trpí i v defektních rodinách(jeden z rodičů fetišák,alkoholik,dissociál,anomál,agresor, kriminálník,ale i nechtěné děti,či nemanželské děti
- Terapie – svízelná
- Prevence:mladí lidé mají mít do svého očekávání od života zabudováno odhodlání **mít děti**
- **Které chtějí mít (chtěné, plánované děti)**
- **Mít děti s tím, s kým je chtějí mít**
- **Mít děti v době,která je k tomu nejprůhodnější**

1. Sociální faktory podílející se na zranitelnosti k psychické poruše

- Podnětné prostředí k rozumovému a citovému vyspívání dítěte
- Výchova má být laskavá a tolerantní, splňovat pocit bezpečí
- Výchova má být i přiměřeně náročná a důsledná
- Nadměrná přísnost vede k sebepodceňování, pocitům viny, neschopností odpočívat, workoholismu a depresím
- Nadměrné rozmazlování vede k egocentrismu a potížím v sociální adaptaci

2.Sociální faktory jako okolnosti předcházející rozvoji psychické poruchy

- Ztráta blízké osoby úmrtím či rozvodem, rozchod s partnerem, vážné konflikty rodičů, ztráta zaměstnání, odchod dětí z rodiny odchod do důchodu
- Rozvoj potíží většinou až s odstupem času
- Samotné stresory k rozvoji psychické poruchy nestačí
- Velmi stabilní lidé je unesou bez narušení psychické rovnováhy. Podpora nejbližších chrání před negativním vlivem životních událostí

3. Sociální faktory jako bezprostřední spouštěče psychické poruchy

- Nejčastější stresory v páru, v rodině, ve třídě, pracovním kolektivu
- Partnerské, rodinné, pracovní rozpory, nedostateční adaptace na změny v rolích (role matky, změny v zaměstnání, ekonomické stresory)
- Mnohočetné drobné psychosociální stresory, jako nepřiměřená kritika, odmítání
- Příliš soutěživá atmosféra.

4. Sociální faktory modifikující průběh psychické poruchy

- Na postiženého člověka má největší vliv Podpora či odmítnutí rodinou a nejbližším okolím. Důležité je zda je přijímán i přes nálepku psychické poruchy , nebo zda ho rodina více či méně odmítá.

Rodiny s vysokou *emoční expresivitou zhoršují prognózu uzdravení*

Klidné rodinné prostředí a sociální podpora pozitivně ovlivňují průběh poruchy

5. Sociální faktory, které se podílejí na léčbě psychické poruchy

Socioterapie se snaží o zlepšení sociálních dovedností a vztahů nemocného

Dlouhodobý pobyt v psychiatrických zařízeních ohrožuje duševně nemocného nedostatkem stimulujících podnětů

Struktura vztahů mezi nemocnými a zdravotníky omezuje komunikaci a přehnaná direktivita personálu může zhoršovat psychiku nemocných

Hospitalismus

Prevence

- Primární (předcházíme perinatálnímu poškození mozku, rozpoznání m. Down, fenylketonurie,) prevence alkohol. fetál. sy, drogy, potraviny, stabilní a spořádaná rodina, mezilidské vztahy a stát
- Sekundární = nejrychlejší rozpoznání a léčba
- Terciární = návratná péče, rehabilitace a resocializace
- Dispenzarizace (Prelaps, Itareps, svépomoc)

Zdravotní výchova

- **Odborná zdravotní výchova** na :
 - Středních a vyšších zdravotnických školách
 - Lékařských fakultách universit
 - IPVZ (Institut pro postgraduální vzdělávání ve zdravotnictví)
 - Konference, symposia, kursy, výcviky
- **Veřejná zdravotní výchova:**
 - ZŠ, SŠ, OU, zdravotní zařízení a sdělovací prostředky
 - Z.vých. = srozumitelné seznámení veřejnosti s problémy a pokroky psychiatrie. Je povinností každého zdravotníka jak vůči nemocným a jejich příbuzným, tak vůči sobě a kolegům

Spolupráce s nezdrav.institucemi

- Lékař-psychiatr a psychiatrická sestra spolupracují s:
 - A.rodinami nemocných
 - B.zaměstnavateli
 - C.orgány státní správy(OSZS,Okr.úřady)
 - D.pojišťovnamí
 - E.orgány činnými v trestním řízení
 - F.neziskovou sférou (nadace,charity,o.s.AA.)



Vývoj psychiatrie

Duševní poruchy provázejí lidstvo celou jeho existenci

Trepanované lebky v archeologických nálezích Homo sapiens

Egypt-chrámové léčení, modlitby, vyhánění zlého ducha zaříkáváním. Spánek navozován omamnými látkami. Duševní nemoc = posedlost d'áblem či projev božího hněvu-démonologie

Bible- Starý zákon-David mírní depresi krále Saula hrou na lyru

Bible-simulace duševní nemoci

Antika:Hippokrates, Asklepiades, Galenos-opouští mystiku

Považují duševní nemoc za projev tělesné poruchy

Středověk=Avicenna

- Arábie-pokrok,léčba progresivní paralýzy
inokulací malarické horečky
- Evropa-Malleus malleficarum 1439 Inkvizice až do
r.1682-poslední upálení
- 1755 Marie Terezie-zrušení zákona o čarodějnictví
- 1784 Josef II.-Ústav pro pomatené ve zrušeném
klášteře U.Sv.Anny v Brně
- Filip Pinel Velká francouzská revoluce-“zbavil
duševně nemocné řetězů“,léčba prací,
tinct.opii,psychodrama
- 1790 Praha Tollhaus,1846- Nový dům
- 1863-1928 Kosmonosy,Beřkovice,
Bohnice,Kroměříž,Opava,Černovice,Šternberk

Psychiatrické kliniky

- Praha, Plzeň, Hradec Králové,
- Brno, Olomouc, VÚPS=PCP, ILF=IPVZ
- Cca 900 atestovaných psychiatrů v ČR
- 1 psychiatr na 12 000 obyvatel, nebo
- 8 psychiatrů na 100 000 obyvatel
- V USA 1 psychiatr na 8 500 obyvatel
- Psychiatrie je 5 největším speciálním oborem medicíny (gyn.int.chir, pediater.)
- 20 PL, 23 PO = 15 000 psychiatrických lůžek
- 230 psychiatr. ambulancí v ČR
- Mysliveček, Vondráček, Hanzlíček, Vinař, Švestka, Höschl
- Grof, Knobloch, Volavka, Gros, Balon, Alda

Postavení psychiatrie v medicíně

- Psychiatrie je jedním ze základních lékařských oborů
- Zabývá se diagnostikou, léčbou a prevencí duševních poruch
- 50% klientů prakt. lékaře trpí nějakou duševní poruchou nejčastěji neurotickou
- Prožitek těžké deprese patří k největším duševním utrpením
- Psychiatr=lékař, psycholog= nelékař
- Psychosomatika, Symptomatické poruchy
- Konsiliární činnost



Psychiatrické vyšetření

- Psychiatrie je exaktně-empirický obor
- Základním nástrojem je řízený pohovor
- Lékař hodnotí
- Slovní projev
- Vzhled
- Mimiku
- Dynamiku projevu
- Náladu
- Přítomnost ,či nepřítomnost psychopatologických příznaků

První pohovor

- První pohovor má velmi důležitou roli na počátku, protože se lékař i pacient orientují v tom, co se děje. Utváří se počátek terapeutického vztahu, domlouvají se pravidla a strategie léčby. První rozhovor má
 - diagnostické,
 - rozhodovací a
 - terapeutické cíle.

- Lékař se proto musí vyvarovat komplementárního chování, např. odmítavých reakcí na pacientovu zlost, nebo planého utěšování, nucení k odvaze, apod. Na počátku je terapeut aktivní a direktivní (to však neznamená, že pacientovi něco vnucuje). Pomocí otázek učí pacienta vyznat se v situaci. Pozor na otázky typu "PROČ" - mohou vést k pocitům viny. Spíše používáme otázky začínající "JAK" nebo "A PROČ NE".
- Pomocí empatických poznámek ("Rozumím vám", "Chápu váš smutek") poskytujeme pacientovi pocit, že mu rozumíme a jsme na jeho straně. Pacienti jsou citliví na banální optimismus, snadno poznají, že spíše vyjadřuje potřeby terapeuta, než jejich vlastní pocity. Rada pacientů má tendenci k nerealistickým očekáváním od terapeuta a pak se může stát, že jsou zklamání a více zoufalí, když zjistí, že se jejich stav nemění ihned. Je třeba udržovat jejich naději na vyléčení a více prezentovat delší variantu léčby.

- Z otázek zaměřených na orientaci v situaci, trpělivého naslouchání, citlivých empatických reflexí a jednoduchého vysvětlení nemoci a způsobu léčby mohou nemocní získat jistotu, že jsou léčeni kompetentně a s pozitivní emoční pozorností. Tomu napomáhá zejména vyváženost mezi racionalitou (informace o nemoci, o léčbě a jejich strategiích) a emocionalitou (empatie, povzbuzování naděje).
- Často má pacient problém, jak vysvětlit svou nemoc rodině. Obává se zejména dvou krajních reakcí. Jednak bagatelizace, jednak opačného efektu - rodina se vyděsí. Pacientovi doporučíme, aby své potíže vysvětloval rodinným příslušníkům podobně, jako jsme to vysvětlovali my jemu.
- Pacient může na terapeuta reagovat různě. Od nadměrného očekávání rychlého zázraku, přes nedůvěru v léčbu, k odmítání léků, odmítání návštěv, apod. Na všechny tyto reakce potřebujeme být připraveni a schopni je laskavě přijmout a trpělivě korigovat.

Anamnéza-svěřování má přinést úlevu

SOUČASNÝ PROBLÉM

- Požádáme pacienta, aby popsal své příznaky, potíže a problémy, jejich frekvenci, intenzitu a dobu trvání. Zajímá nás soupis situací, v nichž se problém opakovaně objevuje. Co si o těchto problémech pacient myslí, jak je hodnotí? Jednotlivých problémů nás zajímají příznaky:
 - tělesné (Jaké vegetativní a somatické příznaky je doprovázejí?)
 - emoce (Jaké to ve vás vyvolává pocity, náladu?)
 - myšlenky (Co vám v tom okamžiku běží hlavou? Jak často na tento problém myslíte?)
 - chování (Co děláte, když se tento problém objeví? Co děláte, aby se neobjevil?)

- Za jakých okolností se tyto potíže a problémy objevují? Jak vypadají, kdy se objevují, kdy nikoliv, kde se objevují, kde nikoliv, jak dlouho potíže trvají? Udělejte s pacientem soupis situací, v nichž se problém objevuje. Co potíže moduluje - zhoršuje nebo zlepšuje? V jakých situacích (za jakých okolností) jsou problémy menší? větší? Soupis modulátorů. Jak se tyto problémy promítají do pacientova každodenního života? V čem mu brání?
 - v práci;
 - v domácím životě;
 - ve společenském životě;
 - v zálibách a koníčcích?

- Jak se váš život změnil v souvislosti v problémem? Co jste přestal dělat? Co jste schopen, ale s obtížemi? Čemu se vyhýbáte?
- Je v současné době pacient vystaven vnějšímu stresu? Pokud ano, určete a popište jeho příčinu, pokud ne, jaké faktory udržují příznaky? Jak se život pacienta změnil v souvislosti v problémem? Co přestal dělat? Co je schopen, ale s obtížemi? Čemu se vyhýbá? Jaký má pacient postoj sám k sobě? Jak na jeho problémy reagují druzí? Jak život změněný poruchou přijímá pacient sám a jak jeho nejbližší? Jak spolupracovníci? Další významné osoby?

HISTORIE PROBLÉMU

- Co předcházelo objevení se příznaků? Kdy příznaky a problémy začaly? Byla to jedná závažná událost, nebo souhra zátěžových situací? Za jakých životních okolností k tomu došlo? Uvědomuje si v té době pacient větší stres? Jak na počátek reagovalo okolí?
- Byly příznaky a problémy vždy stejné jako nyní? Nebo se mění v kvalitě či kvantitě během času? Za jakých podmínek se intenzita nebo kvalita měnila? Co vedlo k modifikaci v minulosti, co nyní? Bylo období, kdy příznaky zcela vymizely? Kdy, za jakých okolností?
- Jak pacient svým symptomům a problémům rozumí? Má nějakou představu, jak to překonat? Co už zkoušel? S jakým výsledkem? Co mu radili druzí?
- Předchozí léčení - formy, trvání, úspěšnost?

Terapeutický vztah

- Terapeutickým vztahem pacienta **motivujeme k další spolupráci v terapii-týmová spolupráce**
- Lékař – psychiatr +SZP mají mít obecné vlastnosti dobrého psychoterapeuta,
- “suplují“ roli kněze
- 1/.Schopnost empatie
- 2/.Schopnost kongruence(souladu)
- 3/.Schopnost vyjadřování podpory a vřelosti
- 4/. Pacient potřebuje cítit, že je přijímán s porozuměním

Povinná mlčenlivost

- Základní předpoklad pacientovy důvěry
- Ubezpečení, že informace jsou důvěrné
- Ubezpečení, že nejdou do počítačové sítě
- Ubezpečení, že bez jeho písemného souhlasu se nedostanou ven
- Ubezpečení, že telefonicky informace neposkytujeme

Respektování osobní důstojnosti

- Lékař musí splnit 3 základní očekávání pacienta a ztotožnit se s rolí (láska víra naděje)
- Řádné vyslechnutí v dostatečném časovém prostoru
- Pacient očekává:
 - -odborné rozhodnutí o diagnóze
 - -odborné rozhodnutí o léčbě
 - -odborné rozhodnutí o prognóze
 - -přiměřené a dostatečně srozumitelné poučení
 - -neutralitu- nevstupovat do žádné z koalic

Profesionální přístup

- Zdravotníci neberou pacientovy projevy osobně, naučit se zvládat vlastní emoce
- Nejednat popuzeně, nedat se zatáhnout do hádky.
- Nevyjadřovat své nadšení, nesouhlas, nebo odsouzení (musíte tím trpět)
- Personál se musí umět vcítit do situace nemocného, nemá s ním problém spoluprožívat, ne s ním zjevně sympatizovat
- Nesdělovat osobní věci lékaře pacientovi
- Neléčit v rodině, a tam ,kde se příliš znají-koalice
- Nesoudit, nekritizovat, nesympatizovat, nenechat sebou manipulovat
- Umožnit nemocnému odreagovat emočně nabitě prožitky, umožnit mu svěřit se s tím, co nemůže svěřit doma, přátelům, či spolupracovníkům

Nedirektivita

- Lékař nesmí radit, nebo rozkazovat jak má pacient řešit své mezosobní vztahy,
- Rozvést se, rozvázat prac, poměr. podat žalobu – nemůže převzít zodpovědnost za pacienta
- Lékař jen „moderuje“ klienta k tomu ,aby učinil vlastní „zralé“ rozhodnutí v době , kdy k němu je schopen dospět sám
- Musí to být „jeho vlastní“ rozhodnutí
- Potlačení lékařské autoritativnosti patří mezi nejnáročnější úkoly, před kterými lékař a sestra stojí

První pohovor

- První pohovor má velmi důležitou roli na počátku terapie, protože se terapeut i pacient orientují v tom, co se děje. Utváří se počátek terapeutického vztahu, domlouvají se pravidla a strategie léčby. První rozhovor má diagnostické, rozhodovací a terapeutické cíle.
- Jak jsme již uváděli, prvním základním terapeutickým cílem potřebným pro úspěšnou léčbu je navázat a postupně prohlubovat dobrý terapeutický vztah. Nutno přiznat, že se to nemusí podařit hned v prvním rozhovoru, ale přesto by terapeut měl udělat vše proto, aby se pacient cítil v léčbě co nejvíce bezpečně. V terapeutickém vztahu je ze strany nemocného obsažena důvěra v terapeutovou kompetenci a morálku, ze strany terapeuta pochopení a přijetí nemocného a úcta k němu

První pohovor II

- Terapeut se proto musí vyvarovat komplementárního chování, např. odmítavých reakcí na pacientovu zlost, nebo planého utěšování, nucení k odvaze, apod. Na počátku je terapeut aktivní a direktivní (to však neznamená, že pacientovi něco vnucuje). Pomocí otázek učí pacienta vyznat se v situaci. Pozor na otázky typu "PROČ" - mohou vést k pocitům viny. Spíše používáme otázky začínající "JAK" nebo "A PROČ NE".
- Pomocí empatických poznámek ("Rozumím vám", "Chápu váš smutek") poskytujeme pacientovi pocit, že mu rozumíme a jsme na jeho straně. Pacienti jsou citliví na banální optimismus, snadno poznají, že spíše vyjadřuje potřeby terapeuta, než jejich vlastní pocity. Řada pacientů má tendenci k nerealistickým očekáváním od terapeuta a pak se může stát, že jsou zklamání a více zoufalí, když zjistí, že se jejich stav nemění ihned. Je třeba udržovat jejich naději na vyléčení a více prezentovat delší variantu léčby.

První pohovor III

- Z otázek zaměřených na orientaci v situaci, trpělivého naslouchání, citlivých empatických reflexí a jednoduchého vysvětlení nemoci a způsobu léčby mohou nemocní získat jistotu, že jsou léčeni kompetentně a s pozitivní emoční pozorností. Tomu napomáhá zejména vyváženost mezi racionalitou (informace o nemoci, o léčbě a jejich strategiích) a emocionalitou (empatie, povzbuzování naděje).
- Často má pacient problém, jak vysvětlit svou nemoc rodině. Obává se zejména dvou krajních reakcí. Jednak bagatelizace, jednak opačného efektu - rodina se vyděsí. Pacientovi doporučíme, aby své potíže vysvětloval rodinným příslušníkům podobně, jako jsme to vysvětlovali my jemu.
- Pacient může na terapeuta reagovat různě. Od nadměrného očekávání rychlého zázraku, přes nedůvěru v léčbu, k odmítání léků, odmítání návštěv, apod. Na všechny tyto reakce potřebujeme být připraveni a schopni je laskavě přijmout a trpělivě korigovat.



Rodinná anamneza

- Měl v rodině někdo psychické problémy? Potíže s alkoholem? Spáchal někdo sebevraždu? Byl někdo podivínský?
- Jak by popsal svoji matku, svého otce? Jak by je charakterizoval jako lidi? Jak byl jimi ovlivňován v dětství. Jak by popsal své sourozence?
- Jaké má vzpomínky z dětství? Co rodina kritizovala? Co obdivovala? Jak by popsal krédo rodiny?
- Jaký je současný vztah k členům rodiny? Jaký si pacient myslí, že mají vztah ostatní k němu? Jak se to projevuje konkrétně?
- Co dělal rád, když chodil do školy, co v pubertě, co než vstoupil do partnerského vztahu? Měl nějaké přátele? Má nyní nějaké? Jak se s nimi stýká?
- Jakou měl povahu v dětství, dospívání, jak hodnotí svojí povahu nyní? Co dělával ve volnu? O víkendech?
- Jakou měl v dospívání představu - světlý sen - o své kariéře, o svých vztazích, o svých zálibách? Nakolik se mu/jí to splnilo?
- Měl nějaké spokojené období v životě? Co tehdy skýtalo spokojenost?
- Zažil nějaké vážné životní události, které podstatněji měnily jeho život nebo jeho postoje?

Osobní anamnéza I.

- U dětí údaje porodu, prvním vývoji, prodělaných závažných nemocí včetně pohlavních, úrazech a operacích
- Bezvědomí, epi paroxysmy, alergie
- ŠKOLNÍ HISTORIE, VZDĚLÁNÍ
- Jak mu to šlo ve Škole? Jak se cítil před kolektivem, jak před učiteli? Úspěchy? Propadl?
- Měl přátele? Jakou roli zaujímal ve třídě? Byly v tom nějaké významné změny? Kdy? Jak si je vysvětloval? Co přechody mezi Školami a změny kolektivu? Znamky z chování.

ZAMĚSTNÁNÍ

- Jaká zaměstnání dělal? Jak se mu líbila práce? Jak vycházel s autoritami? Jak se cítil v kolektivu? Důvody změny zaměstnání?
- Jaká je současná pracovní situace pacienta? Kolik hodin denně pracuje? Kolik týdně? Jaké jsou jeho vztahy se spolupracovníky, s nadřízenými nebo podřízenými? Má nějaké problémy v souvislosti s prací? Jakou zátěž pro něj práce představuje? Jaká je závažnost příznaků v práci ve srovnání s jinými situacemi? Jaké konkrétní aspekty pracovní situace ovlivňují závažnost příznaků? Jak na příznaky reaguji spolupracovníci?

Osobní anamnéza II.

- Zákl. vojenská služba, konflikty se, děti, gravidity, porody, interrupce
- Menstruační cyklus, klimakterium
- Bytové poměry, průběh předchozích zaměstnání, počet a kvalita sociálních vztahů (rodiče, sourozenci, kamarádi, tchyně)
- Charakterizování vlastní povahy (jaký jsem)
- Změny – možno ověřovat od doprovodu
- Alkohol, drogy, kouření, patol. hraní, patolog. návyky (káva, s bírání, fanatismus, sex)
- Léky, zejm. psychofarmaka, reakce na ně

ZÁJMY A KONÍČKY

- Co dělával dříve ve svém volném čase? Co dělává nyní? Jak často to dělá? Co dělá o víkendech? O večerech?
- Jaké zájmy a koníčky míval, než se objevily problémy, jak se to změnilo nyní? Měl nebo má nějaké společné záliby se svým partnerem?

SPOLEČENSKÉ AKTIVITY

- Kdo jsou důležité osoby pacientova života? Partner, rodiče, příbuzní, přátelé, spolupracovníci? Jaký má s nimi vztah? Co mu v tom vyhovuje a co nikoliv? Jak by si to představoval ideálně?
- Jak často se s těmito osobami stýká? Jak často je navštěvuje nebo oni navštěvují jeho? Jak spolu tráví čas, kam spolu chodí?
- Jak často si s partnerem vyjde do společnosti?
- Změnil se nyní nějak jeho společenský život? Jak?

NEZÁVISLOST

- Co dělá pacient sám, nezávisle na blízkých osobách? Vyjmenuje jednotlivé aktivity a jejich frekvenci.
- Co dělá sám pacientův partner?
- Jak se cítí, když je oddělený od blízkých osob?

PARTNERSKÝ VZTAH

- Jak v současné době vnímá partnerský vztah? Je zde něco, co by chtěl aby se změnilo? Co by se mohlo změnit na partnerovi, co na něm? Požádat o konkrétnost. Je něco, co partner dělá příliš často, příliš málo, vůbec ně, špatně?
- Ví, v čem by si jeho partner přál, aby se změnil? Ví, co by měl dělat, aby se manželství zlepšilo? V čem se s partnerem neshodne/kvůli čemu se hádá? Co mu na těchto věcech vadí? Co dělá partner, když vidí, že se necítí dobře? Jak na to reaguje?

SEXUÁLNÍ VZTAHY

- Je spokojen se sexuálním vztahem? Pokud ne, proč? Jak často sexuální styk probíhá? Za jakých okolností? Jak dlouho trvá předehra? Jak vypadá?
- Vyhovuje to jemu/partnerovi? Čemu by dal přednost? Dojde-li ke koitu, za jak dlouho, jak dlouho trvá, dosahuje partnerka orgasmu?
- Má sexuální fantazie, pokud ano, o čem?
- Onanoval dříve nebo nyní? Co si o onanii myslí?
- V čem by se sexuální život mohl zlepšit?

PLÁNY DO BUDOUCNA

- Co by si přál, aby se stalo v budoucnu? Co by se stalo, kdyby potíže neměl? Co by dělal? Jak by se změnil život doma, v práci, trávení volného času? V čem by hledal osobní naplnění? Vedl by takový styl života k uspokojení jeho potřeb? Řešil by nedostatky, které nyní vnímá?
- Co by rád dělal a současné problémy mu v tom brání? Co by šlo dělat v blízké době?

Objektivní anamnéza

- Rozhovor s partnerem či příbuznými může probíhat podle podobného schématu.
- Jak vidí problémy pacienta?
- V čem vidí jejich příčinu a co je udržuje?
- Jak si myslí, že by mohli pomoci pacientovi překonat jeho problémy?
- Získejte informace o sociálních aktivitách a zájmech, o manželském vztahu. Tento rozhovor může objasnit osobní problémy partnera či příbuzných, které ovlivňují problémy pacienta a mohou ovlivňovat terapeutický program.
-



Analýza chování-VLASTNÍ PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ:

- *Počátek*
- Této části se ve vyšetření zpravidla věnujeme stručně, protože informace o minulosti sbíráme pouze tehdy, pokud se přímo vztahují k rozvoji současného problému a pokud nám pomohou porozumět současným faktorům, které problém udržují. Problém může mít konkrétní začátek: např. agorafobie se může rozvinout bezprostředně po panické atace v autobuse, která se objevila těsně po hádce s manželem. Ovšem i v tomto zdánlivě jasném případě potřebujeme další informace, abychom pochopili konkrétní povahu problému a jeho udržovací faktory. Například strach z cestování dopravními prostředky může být udržován myšlenkami na riziko infarktu, vyhýbáním se cestování, myšlenkami na ztrátu kontrolu před lidmi a následnou ostudu i tím, že manžel nyní pacientku vozí denně do práce. Ve většině případů se však problém rozvíjí postupně a přispívá k němu řada po sobě následujících událostí.

VLASTNÍ PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ:

- Tyto se mohou přímo týkat identifikovaného problému; např. pacient se opakovaně přetěžuje v práci, než si uvědomí, že má problémy říci svému nadřízenému ne. Na druhé straně si sice pacient může uvědomovat, že má problém, který se zhoršuje, ale není mu jasné jak to začalo nebo proč se zhoršuje. V těchto případech někdy zjistíme, že před počátkem problému se v životě pacienta udála nějaká změna nebo stresující událost. Proto může pomoci probrat s pacientem seznam takových typických životních událostí, např. rozchod, změnu zaměstnání, úmrtí v rodině apod. U většiny problémů jsou určité situace, které bývají specifičtější; pro depresi to bývá ztráta a změna role, u pacienta se somatoformní poruchou či panickou poruchou zase nemoc blízkého člověka.

Průběh

- Důležité je zmapovat, jak se problém vyvíjel. Mohl se například projevovat po celou dobu stejně, nebo se mohl postupně zhoršovat nebo ve své závažnosti kolísat. Podobně je dobré zjistit, proč pacient požádal o pomoc právě nyní. To může být výrazem dalších problémů, o kterých z různých důvodů nerefereje. Pokud se intenzita problému měnila v průběhu času, k porozumění může pomoci vytvoření grafu intenzity v závislosti na čase. Na horizontální časové ose pak vyznačíme důležité události v životě, na vertikále pak intenzitu potíží.

- Někteří pacienti očekávají, že po nich budeme chtít zevrubný popis problémů včetně všech jejich otázek, pochybností. Dokonce si někdy přinášejí celý stoh zápisku s detaily, které spíše dokreslují psychopatologii, než by nám mohli pomoci. V těchto případech je potřebné je jemně upozornit na to, že se spíše zaměříme na současný stav a jeho kontext. Terapeut může říci:
- Děkuji za velmi zevrubnou analýzu toho, jak problém vznikl. V mnohém nám to může pomoci. Musím však říci, že se nyní budeme muset věnovat zejména tomu, co se děje v současnosti. To potřebujeme změnit, abyste se mohl cítit lépe

- Také můžeme ukázat na to, že důvody, pro které problém vznikl, už nemůžeme změnit a že nyní může být udržován něčím úplně jiným. Řada pacientů pod vlivem popularizace psychoanalýzy, se chce intenzivně věnovat křivdám z dětství. Zpravidla je to však kontraproduktivní a slouží to vyhnutí se řešení současných problémů.
- Třicetiletá pacientka s dystymií žijící v sociální izolaci zevrubně popisuje vztahy s rodiči v dětství. Je přesvědčena, že jedině jejich důkladným porozuměním „prohlédne“ a pak se už snadno seznámí s nějakým partnerem.
- Při vyšetření se **většinou vyhýbáme všem "proč"**, protože to může vést k reakci "Nevím" nebo k dlouhému laickému vysvětlování kořenů problému. Naproti tomu otázky jako "Čím pro vás byla ta situace obtížná?" nebo "Jak jste dokázal zůstat v této situaci klidný?" poskytují více podrobných informací o faktorech, které v současné situaci udržují existenci problému.

Predisponující faktory

- Predisponujících faktorů může být celá řada. Říkají nám něco o tom, proč se právě u tohoto pacienta objevil po precipitujících událostech právě tento problém. V orientačním vyšetření se tomuto tématu věnujeme minimálně, je však důležité propátrat je v zevrubném vyšetření. Všeobecné predisponující faktory u jednotlivých poruch jsou uvedeny v kapitolách o jednotlivých poruchách MKN ICD 10

Podrobný popis problému

- Nejdříve můžeme pacienta požádat, aby nám popsal poslední případ, kdy se problém objevil. Tak se dozvíme více, než z obecného popisu. Pokud pacient neumí poslední událost dostatečně popsat, můžeme ho požádat, aby zavřel oči a představil si situaci jako film. Popis problému by měl zahrnovat i vnitřní procesy, jako jsou myšlenky, pocity a tělesné příznaky, stejně jako zjevné chování.

Spouštěče, kontext a modulující faktory

- Spouštěčem rozumíme událost, která situačně spouští problémové chování, kontextem rozumíme celý soubor události, ve kterých se problém objevuje a modulující faktory jsou události, které problémové chování mění – zesilují nebo zeslabují. Uvádíme je najednou, protože je mezi nimi značný překryv. Podrobné zmapování těchto faktorů je potřebné, protože terapie často spočívá v manipulaci s spouštěči, kontextem nebo modulujícími faktory. Např. hypochondrický pacient si měří tělesnou teplotu doma ve čtvrt hodinových intervalech, v práci však vůbec ne, pacienta se sociální fobii doma není schopna nakupovat u pultu ani mluvit s cizím člověkem, v cizině však komunikuje normálně apod.

Spouštěče II.

- Pacient sám si často kontextu není úplně vědomý, také se neuvědomuje dostatečně, co vše jeho chování spouští či modifikuje. Proto může být důležité upřesnit další informace buď pomocí sebe-sledování nebo behaviorálních testů. Například výše uvedený pacient si měřil doma nadměrně často tělesnou teplotu – počet měření vždy narůstal, když se nudil a byl doma sám. Když přišla matka, návštěva, nebo byl zajímavý program v televizi, často na „nutnost“ změřit si teplotu zapomněl.
- Když probíráme spouštěče, kontext a modulující faktory, které souvisejí s problémem, je třeba probrat šest důležitých oblastí:

Šest důležitých oblastí:

- situace
- chování
- Kognice/MYŠLENKOVÉ POCHODY/
- emoce
- interpersonální
- fyziologické proměnné. (vegetativní projevy jako pocení, červenání, blednutí, bušení srdce, zrychlení dechu)

Kognitivní analýza

- **Kognitivní analýza** je detailní analýza pacientových myšlenek, představ, očekávání, postojů a sebehodnocení. Maladaptivní vnitřní dialog může být antecedentem epizod změny nálady nebo chování, důležitou součástí příznaků nebo následkem problémového chování. Kognitivní analýza je součástí výše uvedené behaviorální analýzy. Praktikujeme ji automaticky od prvního vyšetření. Avšak analýza kognitiv-ních **událostí** (myšlenek a představ, např. "Co když se teď zblázním?", "To je infarkt!"), **procesů** (např. nadměrné zevšeobecnění: "Když teď zmatkuji - určitě jsem se zbláznila" nebo katastrofizace: "Tento pocit nepřežiji.") a **schémat** (např. „Musím být ve všem perfektní!“ nebo: „Když druzí poznají, jaký jsem doopravdy, odmítnou mě!“ či „Zdravý člověk nemá žádné nepříjemné tělesné pocity!“) pro-bíhá během celé terapie.

Kognitivní analýza II.

- Pacientovo hodnocení, očekávání, postoje a sebehodnocení bývají tématy vnitřního dialogu. A maladaptivní vnitřní dialog může být antecedentem (spouštěčem) poruchy, důležitou součástí příznaků samotných a rovněž bývá následkem problémového chování, který může sloužit jako udržovací faktor.
- Pacienti navíc mohou být přesvědčení, že se problém vyskytuje zcela nepředvídatelně. Nevšímají si totiž, jaké myšlenky jim běží hlavou těsně před a během rozvoje problémového chování. O kognitivních událostech přitom může pacient referovat sám ve svých stížnostech, mohou se objevit v popisu události, které prožíval. Zpočátku bývá pro některé pacienty obtížné zjistit důležité automatické myšlenky. Bývá to tím, že jim nevěnují pozornost, nebo taky tím, že jim připadají směšné nebo znehodnocující.

Funkční analýza=zisk ze symptomu

- Funkční analýza pomáhá porozumět, jakou funkci má problém v životě pacienta a jaké obecnější faktory jej udržují. Pomocí funkční analýzy se terapeut snaží odpovědět a otázku: Proč toto chování nevyhasíná? Kdo, co a jak toto chování posiluje? Jak toto problémové chování zasahuje do běžného života pacienta? Snažíme se zjistit, jak toto chování ovlivňuje celý systém jeho mezilidských vztahů. Další součástí funkční analýzy je zjištění pacientových nedostatků a přednosti. Je potřebné zjistit, které dovednosti mu chybí a potřebuje se je naučit, a které dovednosti má, o než se můžeme opřít.

Formulace problému

- formulace představuje psychologický popis a vysvětlení pacientova problému v jeho životní situaci. Obsahuje jak popis aktuálního stavu problému, tak faktory, které problém spouštějí a které problém udržují. S touto formulací pacienta seznámíme a požádáme jej, aby ji doplnil či opravil. Tuto formulaci považujeme za vstupní hypotézu, na jejímž základě formulujeme jednotlivé problémy a cíle terapie.
- Vyšetření pak pokračuje tím, že zjistíme, jak každý z problémů začal a jak se dále rozvíjel, a pak se vrátíme k podrobnější analýze současné situace. Problémy analyzujeme jeden po druhém.

- Potřebujeme odlišit problémy od příznaků. Např. bolest hlavy není problém, je to potíže, příznak. Problémem je např. neschopnost zvládnout denní povinnosti - opět je ovšem třeba konkretizovat. Z behaviorální analýzy pak musí vyplynout formulace problému tak, aby z něj vyplýval i cíl terapie:
- Budu schopna chodit denně do zaměstnání a zpět a bude schopna jít nakoupit, aniž by ji musel někdo doprovázet.
- Z tohoto celkového cíle pak vyplynou cíle postupné, jimiž se k celkovému cíli blížíme:
- Budu schopna dojít do nejbližšího obchodu a zpět bez doprovodu někoho z rodiny.
- Problémy je potřebné *definovat* pokud možno konkrétně a v měřitelných pojmech. Definice má být krátká a má v sobě obsahovat to, jak problém interferuje s životem. Má být společným výtvořem pacienta s terapeutem:

Cíle

- Při určování cílů terapie se terapeut musí s pacientem shodnout na podrobném, konkrétním cíli pro každou oblast problémů, na kterých spolu budou pracovat. Rovněž je potřebné se dohodnout na stanovení postupných mezi-cílů. Řada principů, kterých používáme při stanovování cílů, se překrývá s těmi, kterými se řídíme při měření, protože měření se obvykle vztahují k cílům. Stanovení cílů přímo vyplývá z definice problémů. Cíle je třeba stanovit na základě diskuse mezi terapeutem a pacientem, tak, aby byly pro pacienta praktické, žádoucí, realistické a dosažitelné. Pokud je to možné, je důležité zaměřit pacienta směrem k pozitivní formulaci cílů. Aby bylo jasné, že pacient směřuje *k něčemu* spíše než *od něčeho*. V tom mohou pomoci konkrétní otázky. Cíle je rovněž potřeba definovat jednoduše, v měřitelných pojmech a krátce. Je vhodné, aby formulace cíle obsahovala v úvodu větu:
 - "Na konci terapie budu schopen....."

Co potřebuje klient od terapeuta

- 1. Orientaci v situaci, vysvětlení, co se s ním děje
- 2. Pomoc při přijetí poruchy jako problému, který se dá léčit
- 3. Pomoc při uvolnění a zeslabení záporných emocí (strach, úzkost, smutek, bezmoc)
- 4. Snížit pocity viny a zabránit nálepkování duševní nemoci
- 5. Vytvořit naději na vyléčení a stále ji podporovat
- 6. Podporu a přijetí - pocit, že není sám proti svým problémům
- 7. Trpělivé vyslechnutí terapeutem, projevy akceptace, úcty, zájmu, pochopení a vcítění
- 8. Otevřené rozhovory o jeho onemocnění, průběhu, o osobní historii
- 9. Plán léčby a vysvětlení jejího postupu
- 10. Přiměřené informace a účincích léků a hlavních vedlejších účincích
- 11. Stanovení krátkodobých cílů přiměřených pacientovým možnostem
- 12. Systematický postup po malých krocích
- 13. Možnost aktivně spolupracovat, spolupodílet se na léčbě
- 14. Průběžné udržování kontaktu, sdělování informací, strategie léčby, plánu, změn
- 15. Ocenění a pochvalu snahy o spolupráci



Úloha SZP

U ambulantních pacientů

V denních stacionářích

V komunitní péči : odebírají rodinné, osobní a objektivní anamnézy sestry

Důležitým spolupracovníkem psychiatra je

Klinický psycholog

Má své testové a dotazníkové metody, jimiž dovede detailně charakterizovat osobnost pacienta, diagnostikovat poruchy myšlení, intelektu nebo mnestických funkcí

Pomocná vyšetření:

- EEG vyšetření
- CT(computerized tomography)
- MR(magnetic resonance imaging)
- SPECT(single photon emission computer tomography)
- PET(positron emission tomography)
- Liquor = mozkomíšní mok při podezření na encefalitidy či syfilis

Symptomy a syndromy

- Symptom=příznak= „něco se děje“
- Symptomy se navzájem ovlivňují a přesahují se, hranice mezi nimi jsou často neostré
- Syndrom = „trs příznaků“= skupiny symptomů
- Klinické jednotky = syndromy +hodnocení průběhu + úvahy o příčinách (etiologii) + výsledky dalších pomocných vyšetření= vlastní klinická kategorie

Symptomy

- Symptomy poruchy
- 1.vědomí
- 2.orientace
- 3.vnímání
- 4.emocí
- 5.paměti
- 6.pozornosti
- 7.pudů
- 8.volního jednání
- 9.osobnosti

1. Vědomí a jeho poruchy

- Vědomí je bdělý stav, kdy si člověk uvědomuje sám sebe, své okolí a své psychické pochody. Vědomí je nezbytné pro fungování vnímání, myšlení, paměti atd.
- a) Vigilita = bdělost, ta kolísá, ospalost-plná bdělost
- b) Lucidita = jasnost = schopnost uvědomovat si sám sebe a své vnitřní mentální stavy
- Vědomí se hodnotí pomocí vyšetření **2. orientace**
- Osobou (vlastní a vyšetřujícího)
- Místem (kde se se nyní nachází)
- Časem (rok, roční období, měsíc, den, hodina alespoň)
- Situací (kde je a proč zde je)

Vědomí a jeho změny

- Fyziologické-spánek a hypnóza
- Patologické-kvantitativní-somnolence
 - -sopor
 - -koma
 - kvalitativní - mdloba
 - – delirium
 - - amence
 - - obnubilace

Spánek = zúžené vědomí

- Nedochází k úplnému přerušení činností některé oblasti jsou utlumené, jiné jsou v činnosti
- **REM fáze**= snění, za noc 4-5 REM fází
- **nonREM fáze**
- **Poruchy spánku:**
 - Inverse
 - Hypersomnie, Narkolepsie
 - Hyposomie
 - Somnambulismus, Somniloquie (mluvení ze spánku) Noční děsy = Pavor nocturnus

Hypnóza – je podobná spánku

- Jedná se zvláštní stav, vzniká působením terapeuta (hypnotizéra) na hypnotizovanou osobu
- Rapport, hypnabilita, bdělá sugesce
- Posthypnotická sugesce
- Hypnóza direktivní (klasická)
- Hypnóza nedirektivní (Eriksonovská) - prožívá sny a obsahy, které je možno následně zpracovat analyticky, nebo abreakčně

Somnolence

- Lehčí stupeň porušení vědomí
- Dojem polospícího člověka
- Výraznějšími podněty lze přivést k vědomí
- Myšlení je zpomaleno, je schopen odpovídat na otázky i když ospale a po latencích

Sopor

- Hlubší porucha vědomí
- Dojem spícího člověka
- Lze ho přivést k vědomí jen velmi silnými podněty
- Postižený je schopen úsečně odpovídat nebo změnit polohu těla
- Zpomalené dýchání, zpomalená frekvence srdeční, nitkovitý tep, někdy Babinského reflex

Kóma

- Postiženého nelze přivést v vědomí ani silnými podněty, přestává reagovat i na bolest
- Mělké kóma mydriáza+ reakce na světlo
- Hlubší kóma mióza a nonreakce na osvit + patologické reflexy(Babinský, obranné reflexy)
- Hluboké kóma může přejít ve smrt
- Výskyt : úrazy, mozková krvácení, intoxikace, hypoglykémie(i somnolence a sopor)

Mdloba

- Krátkodobá porucha vědomí, vzniká jako důsledek odkrvení mozku
- Výskyt : únava, vyčerpání, srdeční onemocnění, onemocnění krevního oběhu
Psychogenně , po nepříjemném psychickém podnětu(i štěstím)

Delirium (obluzenost)

- Dochází k narušení obsahu vědomí
- V popředí zmatený obsah duševní činnosti
- Porucha vědomí je kolísavá
- Vznik poruchy většinou náhlý
- Ztráta paměti ostrůvkovitá
- Příznaky : neklid, halucinace, iluze, sugestibilita
- Výskyt: infekce, febrilie, intoxikace, abstinence
- Nejznámější: Delirium tremens

Amence(zmatenost)

- Zmatenost= dezorientace časem prostorem situací a tělesným schématem+
- Ztráta schopnosti uvědomovat si co je vlastní zážitek a co je projev okolí
- Porucha vědomí nastupuje pomalu a značně kolísá
- Příznaky: zmatenost, nepřiměřené chování v dané situaci, neschopnost se orientovat v situaci. (současná terminologie zahrnuje amenci pod pojem deliria)

Obnubilace(mrákotný stav)

- Náhlý vznik , náhlé odeznění,porucha vědomí se nikdy nepřiblíží k luciditě(jasnosti),proto ztráta paměti-amnesie je vždy úplná(totální amnesie)
- Po odeznění si nemocný vůbec nepamatuje ani neuvědomuje , že prožil nějakou poruchu,či změnu svého vědomí
- Porucha je vzácná
- Výskyt:epilepsie,organické postižení mozku a intoxikace
- Příklady: patická opilost, patický afekt



Orientace

- Znalost času: hodina, den v týdnu, datum, měsíc, roční období, rok století
- Znalost místa: kde se nachází, proč se tam nachází, adresa bydliště
- Identita sebe: i jiných, kdo je kdo ?
- Orientace autopsychická o vlastním duševním životě
- Orientace somatopsychická o vlastním těle
- Orientace alopsychická – ve vnějším světě

Vnímání

- Podnět-vzruch-CNS-projekční oblast- podráždění-vznik počítku-integrace s minulou zkušeností-komplexní vjem
- **Vjem** je odrazem vnějšího a vnitřního světa (je odrazem objektivní realita a současně subjektivním zážitkem člověka.
- Zvláštní fyziologické formy vnímání:
- **Eidetismus** schopnost zrakové reprodukce
- **Paobrazy** po vypnutí TV
- **Pareidolie** mraky, tapety horečka iluze

Vnímání a jeho poruchy

Iluze jsou vyvolány skutečností, ale neodpovídají jí (skvrna na zdi = čert)

Pravá psychotická iluze je nevývratné přesvědčení o tom, že to je realita

Iluze zrakové sluchové čichové, chuťové, tělocitné. Hypnagogní iluze při usínání

Výskyt: infekce a toxické psychózy, delirium tremens a intoxikace LSD

Halucinace vznikají bez vnějšího podnětu a postižený je vnímá jako realitu (čert bez podnětu)

Halucinace

- halucinace jsou typické u psychóz a intoxikací
- Halucinace sluchové, zrakové, čichové, chuťové, tělocitné, intrapsychické
- H.pravé pacient je k nim zcela nekritický
- H.nepravé, ví že to je chorobný zážitek a staví se k nim kriticky např.febrilie,toxikomanie
- H.elementární- jednotlivé smyslové podněty
- H.komplexní-scény, rozhovory lidí,postavy,zvířata

Sluchové halucinace

jednoduché=akoasmata(zvuky,pískání,
střílení,zvonění,tóny)

Složité=komplexní(slova , věty,rozhovory)

imperativní- něco přikazují

antagonistické-hádají se mezi sebou

výskyt: schizofrenie

toxické psychózy

Halucinace

- Zrakové-jednoduché=fotomy-záblesky,jiskry,skvrny
 - složitě=postavy,nadpřirozené věci
- Zoopsie, mikrozoopsie
- Makropsie, mikropsie
- Čichové-jednoduché olfaktace, odorace
- Chuťové-gustace-pocit otráveného jídla
- Tělové-taktilní(sex.obtěžování u parafrenie)
orgánové,motorické,posedlosti
- Intrapsychické-jsou mu vkládány,nebo kradeny
myšlenky,zveřejňovány,ozvučeny

Emotivita

- Emoce vyjadřují zda je člověku něco příjemné či nepříjemné a jak moc
- Emoce dělíme na afekty a nálady
- **Afekt-prudká**, velmi intenzivní emoční reakce. **Rychle** začíná, bouřlivě probíhá, krátce trvá. (Afekt zlosti, radosti strachu)
- **Nálada –trvalejší, má menší sílu.** Ale delší trvání.
- Emoce nižší: radost, strach, hněv. lítost
- Emoce vyšší: sociální, etické, intelektuální, estetické

Poruchy emotivity

- Rozlišujeme poruchy afektů
- poruchy nálad
- poruchy vyšších citů
- strukturálně obsahové poruchy emotivity
= ty netvoří kompaktní skupinu.
(ambivalence, alexitymie, katatymie, fobie)

Poruchy afektů

- **Nezvládnutý** afekt-postižený se nechá strhnout k nerozumným, surovým a násilným činům. Není přítomna porucha vědomí.
- **Patický** afekt-přítomna porucha vědomí (typu obnubilace) Bouřlivý motorický neklid, bezcílné automatické jednání, agresivita.
- **Afektivní stupor** –po zvlášť silných podnětech, zejména hrůzného obsahu. Neschopnost pohybu, řeči, mimiky, gestikulace.
- Trvání krátké, prognóza příznivá.

Poruchy nálad=expanzivní + depresivní

- Poruchy nálad –vyznačují se nepřiměřeností v délce a v síle(intenzitě)
- **Expanzivní** nálada:zvýšení činností
 - zvýšení emoční reaktivity
 - zvýšení sebevědomí
 - zvýšení vitality
- Eforická nálada-zvýšená spokojenost
- Hypomanická nálada-veselost rozjařenost smích
- Manická nálada- expanzivní-resonance-konfuze
- Výskyt: Mánie,BAD,demence, intoxikace

Depresivní nálada=chorobně smutná

- Deprese: snížení činností až útlum aktivity
 snížení emoční reaktivity
 snížení sebevědomí
 snížení vitality
- Řeč =tichá, zpomalená, odpovědi po
 latencích, někdy mutismus (nemluvnost)
- Výskyt: depres. porucha, schizofrenie, BAD
- Sebevražedná aktivita, myšlenky, tendence
- úvahy , rozhodnutí

Suicidální myšlenky - otázky

- 1.Uvažoval jste někdy v posledních dnech o smyslu života?
- 2.Uvažoval jste někdy dříve o smyslu života?
- 3.Cítil jste se v posledních dnech neužitečný a zbytečný?
- 4.Připadá vám vaše budoucnost černá a bezvýchodná?
- 5.Nevidíte žádnou perspektivu?
- 6.Plánujete něco do budoucnosti ?
- 7. Připadlo vám někdy v posledních dnech,že by bylo nejlépe se vším skončit
 - Rozumějete vzít si život.
- 8. Přemýšlel jste někdy o tom, zda byste byl schopen si život i vzít?
- 9.Přemýšlel jste někdy i o způsobu jak se životem skončit.(Prášky, zastřelení, oběšení,
 - skok pod auto nebo pod vlak, nebo skok z výšky dolů,nebo autohavárie)

Anxieta a anxiózní nálada

- je subjektivně nepříjemný pocit obav a strachu. (úzkost nemá konkrétní obsah) vnitřní napětí tenze, vegetativní příznaky neklid, pocit neurčitého ohrožení
- Subjektivní prožitek je nesmírně trýznivý může vést k sebevražednému jednání nebo k raptu
- Výskyt: úzkostné poruchy (Panika, GAD) ale i schizofrenie, BAD, epi, toxikomanie, demence

Poruchy vyšších citů

- Sociální tupost-porucha až neschopnost citového kontaktu(sch,demence, oligo,psp)
- Morální tupost(moral insanity)-vystupňování bezcitnosti,bezohlednosti,sobectví,minimální zábrany-kriminalita (psp,oligo)
- Emoční deprivace a emoční degradace (snížení morálních zábran při celkovém chátrání osobnosti u alkoholismu, toxikomanií,demencí a schizofrenií s postprocesuálním osobnostním defektem)

Další poruchy emotivity

- Emoční ambivalence- láska a nenávisť k témuž člověku
- Alexitymie- člověk není schopen správně porozumět vlastním emocím a „somatizuje
- Katatymie-emoční zkreslování postojů vůči osobám nebo událostem
- Fobie-vtíravé obavy, nemocný ví,že strach je iracionální, ale nedovede ho potlačit
- **-agorafobie (3-6 %)**
- **-sociální fobie (3 %)**
- **-specifické fobie (11% mužů,16 % žen)**

Paměť

- Složky paměti: vřtípivost
- úchovnost
- výbavnost
- UČENÍ: aktivní, soustavné a úmyslné zapamatování si, používáme zejména vřtípivou a úchovnou složku paměti
- Paměť- mechanická
- - logická (mnemotechnika)

Paměť a její poruchy I.

- Hypomnésie: při únavě, útlumu i u psychických poruch
- Hypermnésie: zázrační počtáři oligo
- Amnézie: ztráta paměti na určitý časový úsek (úrazy lbi, opilost, patický afekt, epi parox.) ostrůvkovitá amnesie, retrográdní amnesie (před úrazem) anterográdní (po)
- Ictus amnesticus - po konfliktu (hysterie)
- Pseudoreminiscence (nepravé vzpomínky) u simplexních sugestibilních osobností

Paměť a její poruchy II.

- Kryptomnézie-nezaviněné plagiáty
- Illuzion du déja vu-již viděného, slyšeného(entendu) zažitého(věcu) nebo neviděného(jamais vu) neslyšeného(jamais entendu), neprožitého(jamais věcu)

Součást depersonalizačního sy
únava, demence, psychózy

- Pseudologia phantastica-bájná lhavost-fantazie nerozlišuje mezi skutečností a fantazií(baron Prášil, hysterie, narcis.děti)
- Konfabulace-vyplnění poruch paměti smyšlenkami a plné přesvědčení o jejich skutečnosti(demence , zvláště Korsakov)

Intelekt

- Intelligence je „obecná schopnost adaptovat se na nové problémy a podmínky života“ = úroveň rozumových schopností
- Měření intelektových schopností
- 1.zaměřené psychiatrické vyšetření
- 2.Testové vyšetření(cca 5000 testů na IQ)
Wechler-Bellevue(W-B)Amthauer,Raven

Poruchy intelektu

- Retardace-nedostatečně rozvinutý intelekt
- Deteriorace-postupný úbytek intelektu
- **Mentální retardace** (dříve oligofrenie, slabomyslnost)slaboduch,debil,imbecil,idiot
- Lehká mentální retardace(IQ 50-67)
- Středně těžká mentální retardace(IQ 35-49)
- Těžká mentální retardace(IQ 20-34)
- Hluboká mentální retardace(IQ pod 20)
- **DEMENCE** = úbytek intelektu(ALZ,AS)

Myšlení

- Myšlení je nejvyšší formou poznávací činnosti. Je specificky lidskou psychickou funkcí a má společenský charakter. (Prodělává stejný vývoj jako společnost)
- Vlastnosti myšlení: Kritičnost
 - Pohotovost
 - Rychlost
- Poruchy myšlení
 - A.- v dynamice
 - B.- ve struktuře (formě)
 - C.- v obsahu myšlení

A.Poruchy dynamiky myšlení(zpomalené + zrychlené)

- **Zpomalené myšlení**= BRADYPSYCHISMUS - pomalá řeč, dlouhé pauzy, vymizelá mimika, monotónní řeč
- Záraz myšlení-pac. se v půli věty zastaví a nedokáže pokračovat)PŘERUŠÍ SE přisun PŘEDSTAV)
- Mutismus-mlčení
- **Zrychlené myšlení** -až myšlenkový trysk-až pseudoinkoherence

B.Poruchy struktury myšlení

Ulpívavé myšlení (perseverace)-opakované vrácení se k téže představě,mnohdy plané

Nevýpravné myšlení-setrvání na jedné představě

Zabíhavé myšlení-cíl dosahuje oklikami

Symbolické myšlení-je vyjadřováno vyšší mocí(magické myšlení)

Obsedantní(nutkavé),vnucují se mu bezvýznamné myšlenky ,které nedovede potlačit

Autistické myšlení-je tvořeno subj.prožitky a produkty fantazie s chorobnými obsahy(sch)

Inkoherentní myšlení-narušení logických vazeb-chaos kdy slova a věty jsou řazeny vedle sebe a nelze jim porozumět-nemá hlavu ani patu-“slovní salát“

C.Porucha obsahu myšlení=BLUD

Pacient dospěl na základě **duševní poruchy** ke zcela **mylnému přesvědčení**, je o něm **nevývratně** přesvědčen o správnosti svého závěru a chová se podle toho

Charakteristika bludu:

- a/chorobný vznik-vždy součástí duševní poruchy
- b/.obsahová nepravdivost-pro okolí zjevně nesmyslný
- c/nevývratnost-nelze ho vyvrátit žádnými logickými argu
- d/.vliv na jednání-nemocný pod jeho vlivem vždy koná
- e/.blud je individuální –okolí ho vždy považuje za nesprávný

BLUDY jsou megalomanické
+paranoidní + mikromanické

A.MEGALOMANICKÉ BLUDY:přesvědčení
o nadměrném významu své osoby

EXPANZIVNÍ: extrapoten.iriginár.inventorní-

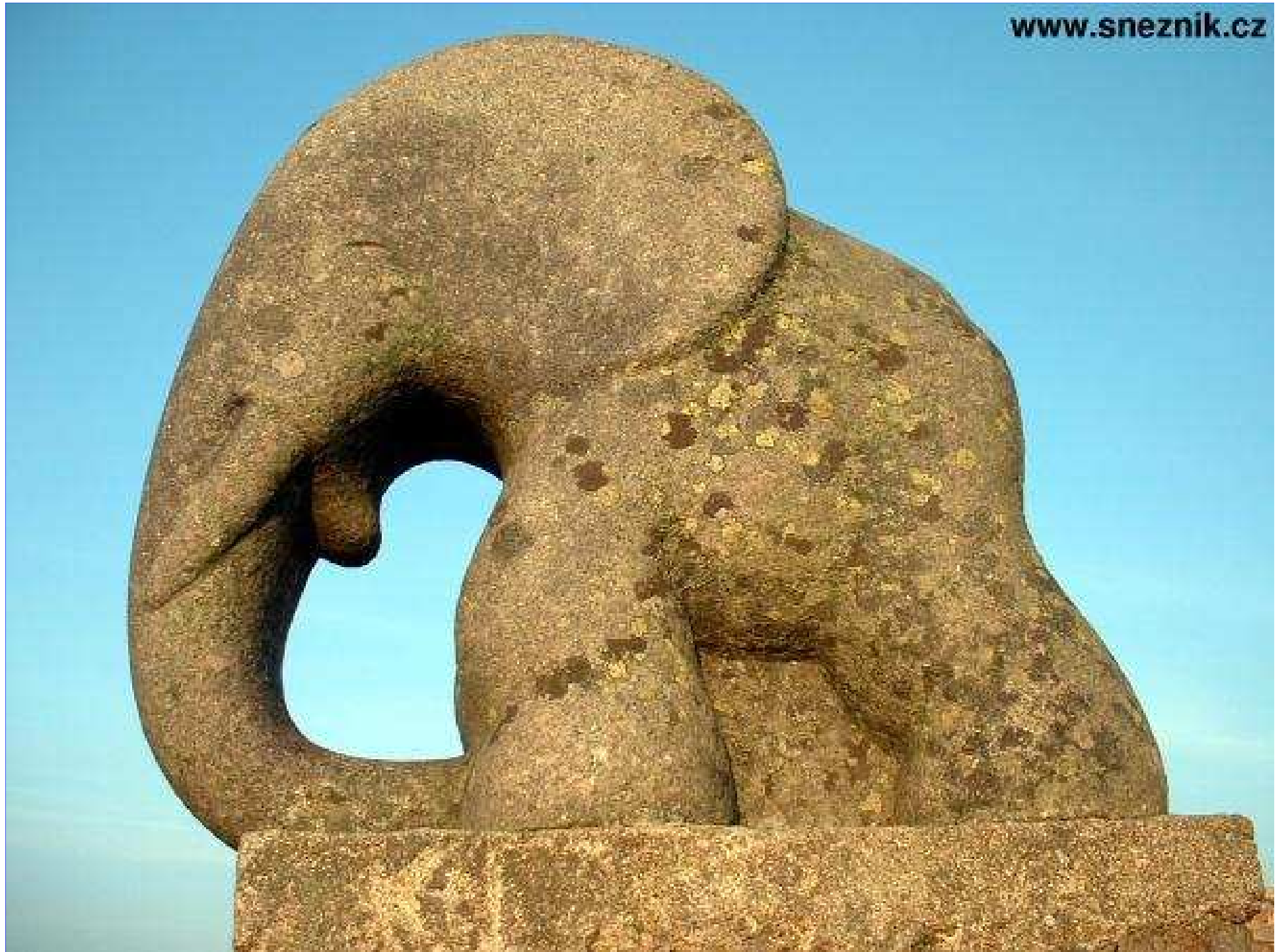
- extrapotenční-schopnosti přesahující
lidské možnosti
- originární-vznešený původ
- inventorní-vynálezci,objevitelé

BLUDY

- **B.PARANOIDNÍ** BLUDY-vše co se kolem něho děje je zaměřeno na jeho osobu
- Persekuční-cítí se pronásledován
- Kverulační-stěžuje si,dožaduje se ochrany
- Žárlivecký(emulační)-přesvědčení o nevěře
- Erotomanický-je přesvědčena o své neodolatelnosti je milována Coperfieldem

BLUDY

- **C.MIKROMANICKÉ** BLUDY-podceňování vlastní osoby, je bezcenný a zbytečný
- DEPRESIVNÍ-život ztratil smysl-TS
- AUTOAKUZAČNÍ-sebeobvinění z povodn
- INSUFICIENČNÍ-je naprosto neschopný
- HYPOCHONDRICKÝ- má místo mozku kámen,otočená střeva atd.
- DYSMORFOFOBICKÝ- má změněný obličej



POZORNOST – JEJÍ PORUCHY

- Pozornost(prosexie)-schopnost soustředit se na ty informace, které jsou pro daný okamžik nejdůležitější- jedná se o funkci

VĚDOMÍ

- ROZTRŽITOST-z přílišného zaujetí unikají událo
- ROZPTÝLENÁ POZORNOST-při vyčerpání
- APROSEXIE-porucha soustředivosti pozornosti
- NADMĚRNÁ INERTNOST POZORNOSTI-ulpívavost u epileptiků
- PARAPROSEXIE-dřívější, nebo pozdní reaktivita než je obvyklé

PUDY

Pudy jsou vrozené stereotypy

ZÁKLADNÍ PUDY:

a.PUD VÝŽIVY

b.PUD SEBEZÁCHOVY

c.PUD POHLAVNÍ

d.PUD RODIČOVSKÝ

e.PUD SOCIÁLNÍ

PUD VÝŽIVY a jeho poruchy I.

- KVANTITATIVNÍ PORUCHY:
- **Polyfagie**-hyperorexie, jí kvanta jídla bez pocitu nasycení (hyperinsulinismus, hyperthyreóza rekonvalescence po somatických chorobách, po hladovění, u psychóz)
- **Bulimie**-vlčí hlad –bulimie, mentální retardace demence, tumor CNS
- **Sitofobie**-chorobný strach z jídla u sch. u depresí
- **Anorexie**-u PPP, ale i u horečky, hypofunkce thyreoidey, před zkouškami z nervozity

PUD VÝŽIVY a jeho poruchy II.

- KVALITATIVNÍ PORUCHY-patologická změna preference druhu potravy
- KANIBALISMUS-lidské maso(hladomory,sex.deviace,náboženství
- KOPROFAGIE-výkaly ,moč(ment.retard.)
- TRICHOVAGIE-vlasy (u impulsivních poruch jako trichotillomanie)
- ONYCHOVAGIE-nehty

Poruchy pudu sebezáchovy

- SEBEVRAŽDA(suicidium)=vědomé a úmyslné ukončení života(deprese,alkohol)
- SEBEZABITÍ=ukončení života bez úmyslu zemřít(pod vlivem halucinací prchá oknem)
- SEBEOBĚTOVÁNÍ=sebezabití při kterém je snaha prospět svou smrtí jednotlivci či celku(Matrosov,Džihád,religiozita)
- SEBEPOŠKOZOVÁNÍ(automutilace) u sch při bludech amputace,za války sebemrzačení vojáků,i hladovkáři)

Poruchy pohlavního pudu

- Impotence- snížení jak erektilní schopnosti tak apetence, včetně citového prožívání (somato-psycho-farmakogenní příčiny)
- Frigidita – nejčastěji anorgasmie, příčiny stejné
- Hypersexualita – satyriasis
- - nymfomanie
- KVALITATIVNÍ PORUCHY-SEX.ÚCHYLKY
- Sadismus
- Pedofile
- Exhibicionismus

Poruchy rodičovského pudu

- Snížení pudu-vede k nedostatečné péči o potomstvo vznik sy týraného dítěte, opuštění dítěte až vraždě novorozence (výskyty dissociální porucha osobnosti, deprese, puerperální psychoza)
- Zvýšení pudu-hyperprotektivita- snaha potomka co nejvíce šetřit
- V separační fázi dospívajícího to může vést k neurotickým potížím

Poruchy sociálních pudů

- Samotářství: snah izolovat se od společnosti
- Familiárnost: snaha navazovat společenské kontakty bez dostatečného hodnocení situace, bez odstupu

Volní jednání a jeho poruchy

- Poruchy vůle-hypobulie
 - abulie
 - hyperbulie
- Poruchy jednání-obsedantně-kompulsivní jednání
 - Abnormální reakce(patický afekt+impulsivní reakce)
 - Zkratková reakce
- Poruchy psychomotoriky

Poruchy psychomotoriky

- Chorobné pohybové projevy která vyplývají z porušené psychické funkce
- Snížené- stupor
- Zvýšené-neklid, agitovanost, agresivita, raptus
- KVALITATIVNÍ změny- **Katatonní projevy** neodpovídají duševním prožitkům
- **Katatonní akineze** „syndrom podušky“
- **Katatonní hyperkineze** neklid, automatismy, stereotypie, echolalie, echopraxie, aktivní negativismus
- **Paramimie** = katatonní projev v mimice (pošklebování, pomlaskávání, pochechtávání)
- **Dyskineze** různé pohybové poruchy způsobené nejčastěji léky

Osobnost a její poruchy

- Osobnost představuje soubor vrozených a získaných vlastností člověka
- Charakter- povaha , je relativně stálá pohotovost jedince projevit se určitým, charakteristickým způsobem. Tento projev je individuální a nikdy se zcela neopakuje u jiného jedince
- Vyšetř. osobnosti: ROR, MMPI, Eysenck atd

Degradace osobnosti

- DEZINTEGRACE u psychóz a demencí snížení až rozpad osobnosti a intelektu
- DETERIORACE hlavně intelekt a paměť u organických nemocných
- DEPRAVACE porucha hlavně v oblasti morální a sociální, ztráta vyšších citů u alkoholismu a drogových závislostí
- Poruchy identity:
 - Depersonalizace
 - Derealizace
 - Transformace –ztráta identity, považuje se za krále

Syndromy duševních poruch

- Syndrom je skupina příznaků(symptomů), které se typicky vyskytují pohromadě
- Depresivní sy
- Anxiozní sy
- Fobický sy
- Manický sy
- Paranoidně-halucinatorní sy
- Katatonní sy
- Deliriozní sy
- Organický psychosyndrom (sy demence)

Depresivní syndrom

- Chorobně smutná nálada
- Často s doprovodem úzkosti
- Zpomalené myšlení, řeč, ztráta pocitu radosti
- Celkový pokles výkonnosti, apatie, abulie
- Sebevražedné úvahy
- Poruchy sebehodnocení (méněcennost) spánku
- Změny chuti k jídlu
- Ztráta apetence sexuální
- **Extrémní podoby: depresivní stupor, anxiózní raptus, mikromanické bludy, sebevražedná dynamogenie**

Anxiozní syndrom

- Převládá úzkostná nálada
- Pocit svírání na hrudi či za hrudní kostí, v žaludku, u srdce
- Obava, že by se mohlo něco stát
- Napětí-třes rukou, pocení, neklid
- často jako anxiozně- depresivní syndrom

Fobický syndrom

- Fobie je strach z poměrně přesně ohraničené situace nebo předmětu
- Často přechází v paniku
- Výsledek je vyhýbavé chování
- Příznaky-bušení srdce,pocit mdloby,
 - sekundární strach ze smrti, strach
 - ze ztráty kontroly nebo
 - ze zešílení

Očekávání vede k anticipační úzkosti(dovede si to přivolat)

Manický syndrom

- Nepřiměřená rozjařenost, bezdůvodná, nadměrně veselá patická nálada, výstřední nepřírozená nebo podrážděná, hněvivá při odporu až agresivita
- Zrychlení psychomotoriky a aktivity neklid (nákupy, nápady, cestování, návštěvy), šíření víry rozdávání věcí
- Myšlení zrychlené, myšlenkový trysk, rychlá řeč vtipkování
- Sebehodnocení zvýšeno, přeceňování, vytahování se, pocit že vše zvládnu, poruchy spánku-2-3 hod
- Zvýšená schopnost komunikace, sex a přátelství na potkání, porucha příjmu potravy (nemá čas na jídlo)

Paranoidně-halucinatorní sy

- Nelogické a scestné uvažování, bludy +vztahovačnost s halucinacemi
- Pacient je ztotožněný s psychotickými zážitky- nevývratné přesvědčení o realitě
- Pacient vytváří různé obrany proti halucinacím (obranná gesta, kontrola potravy, hlasitě odpovídá, nadává, hádá se s halucinacemi, větrá, myje se atd)
- Nerozpozná chorobnost stavu a odmítá léčbu
- Nutný dohled nad léčbou- nejlépe injekčně

Katatonní sy

- Forma **stuporózní**-psychomotorický útlum, strnulost, svalová ztuhlost, někdy negativismus. Ohrožení okolí náhlým impulzivním činem, často agresivním. Pacient nemluví, nereaguje ale po odeznění se vše pamatuje
- Forma **produktivní**-grimasování, napodobování mimiky, posunky, smích pláč nesmyslné aktivity chůze po kolenou, navlékání si kalhot na ruce jako by simulovat duševní nemoc

Deliriozní syndrom

- Deliriozní sy-kvalitativní porucha vědomí náhlý vznik,bouřlivý průběh,rychlý konec
- Retrográdní amnesie vždy(doba před událostí)
- Neklid=delir,dezorientovanost,úzkost,halucinace, iluze,zmatené a roztráštěné myšlení,vzrušení,agrese,odchody oknem
- Infekce, intoxikace,DT u alkoholismu,demence
- Nejvíce na chirurgii !!!
- Odvykací stavy-třes,neklid,epi. zvracení, hypertenze,pocení,iluze,halucinace,craving

Organický psychosyndrom

- **Difuzní postižení mozku** na počátku:
Poruchy soustředivosti, spánku, cephalea, tenze, nerozhodnost, anxieta, labilita, podrážděnost, vyčerpanost, snížená výkonnost=
- **Pseudoneurasthenický** syndrom
- Později poruchy paměti, úbytek intelektu, deteriorace osobnosti, degradace až do
- **DEMENCE**-zmatenost, úpadek osobnosti, neschopnost sebeobsluhy

Brookback Foundation of Europe
Feb 14-18th 2006 Vienna

www.bfe.org



SPECIÁLNÍ PSYCHIATRIE

- KLASIFIKACE DUŠEVNÍCH PORUCH (MKN 10)
- Dříve-Organické (demence)
- -Endogenní (psychózy)
- -psychogenní (neurózy)
- Nyní:
 - Organické duševní poruchy
 - Poruchy vyvolané psychoaktivními látkami
 - Schizofrenie
 - Afektivní poruchy
 - Neurotické poruchy
 - Behaviorální syndromy
 - Poruchy osobnosti a chování u dospělých
 - Mentální retardace
 - Poruchy psychického vývoje
 - Poruchy osobnosti a chování u dětí a adolescentů
 - Nespecifikované duševní poruchy

Organické duševní poruchy

F00-F09

- Demence u **Alzheimerovy choroby** (AD)
- AD s časným začátkem- již ve středním věku-poruchy řeči=expresivní afázie, poruchy praxe,senzorická afázie= neschopnost rozumět řeči při zachované schopnosti mluvit
- Agrafie=neschopnost vyjadřovat se písmem
- Alexie=neschopnost číst
- Akalkulie=neschopnost počítat
- Apraxie=neschopnost vykonávat složité pohyby
- Depresivní nálada s uvědomováním si defektu
- Fatické=řečové poruchy
- Neschopnost artikulace
- Neschopnost sebeobsluhy,nemožnost udržet hygienu + inkontinence urinae et alvi, svalová ztuhlost někdy epi

Léčení AD

- Kognitiva-většinou inhibitory enzymu acetylcholinesterázy(Aricept,Exelon,Reminil, EBIXA=memantin)
- Antidepresiva SSRI
- Antipsychotika II. Tiapridal,Risperdal,
- Kognitivní trénink
- Rehabilitace
- Ošetrovatelská péče –pomoc druhé osoby ve všech životních úkonech,prevence dekubitů
- Zátěžové situace nemoc zhoršují

AD s pozdním začátkem F 00,1

- Vznik po 65 roku(dříve senilní demence) nejčastěji kolem 80 roku.
- Poruchy paměti, rozvoj plíživý, na rozdíl od AD s časným začátkem kde řeč a praxe
- Postižení všech složek intelektu
- Dezintegrace osobnosti-ztráta estetických a etických citů,ztráta zájmů,poruchy paměti vedoucí ke zmatenosti a konfabulacím
- Nálada euforická až hypomanická, anosognosie, toulání,sběr odpadků,hygienický deficit
- Neschopnost sebeobsluhy

Vaskulární demence F01

- Dříve označována jako arteriosklerotická
- V anamnéze heredita, hypertenze ischemické ataky, kouření, alkohol, stres
- Počátek-pseudoneurasthenický sy=
cephalea, vertigo, insomnia, nesoustředivost, unavenost, nevykonnost, hypochondrické stesky, emoční labilita
- Dobrá staropaměť, novopaměť a učení vážně, noční stavy zmatenosti časté

Progresivní paralýza

- Komplikace pozdního stádia syfilitidy
- Vznik za 15-20 let od nákazy
- Pseudoneurasthenický sy, pak narušení vyšších citů, obhroublé vtipkování, bezohledné vystupování, zanedbávání zevnějšku.
- Nálada hypomanická, manická pak tupá euforie a emoční vyhaslost. Megalomenické či mikromanické bludy
- Dissociální jednání a sexuální delikty
- Léčba ATB, psychofarmaka dle klinického obrazu
- Pepina patří mezi demence, které lze vyléčit příslušnou terapií

Symptomatické poruchy

- Tělesná onemocnění při nichž se může objevit psychická porucha jako jejich následný projev (toxická, infekční, metabolická) která primárně nepostihují mozek
- Projevy – nejčastěji noční deliria
- Náhlý vznik, iluze, halucinace, poruchy myšlení, emotivity, psychomotorický neklid
- Amnesie na dobu poruchy
- Výskyt: chřipka, borelioza, klíšťová encefalitida, tyfus AIDS, TBC, srdeční choroby, metabolické a endokrinní choroby, horečky, m. Parkinson, otravy houbami
- Léčba clomethiazol, bzd, haloperidol, AP II (ATYPICKÁ)

Duš.poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek

- Psychoaktivní látka-cokoliv co ovlivňuje psychickou činnost, jen některé vyvolávají závislost.(alkohol desetiletí, heroin několik týdnů)
- Fyzická závislost-rozvoj nepříjemných tělesných příznaků po vysazení, či prudkém snížení drogy (třes, pocení, křeče průjmy) délka několik dnů max týdnů.
- Psychická závislost-touha po opětovném navození příjemných duševních stavů-délka týdny
- Akutní intoxikace
- Škodlivé užívání- abúsus
- Odvykací stav-dříve abstinenční syndrom

Duš.poruchy vyvolané požíváním alkoholu(F10)

- Všechny léčebné programy k léčení závislostí jsou komplexní
- Prevence : politická opatření
- Nejefektivnější strategie = snižování dostupnosti alkoholu
- A).Vyšší zdanění
- B).Důsledně prosazovaná věková omezení

Nejedná se o typickou nemoc ta je z velké míry nezáviněná

- Směs onemocnění
- Nedisiplinovanost
- Nezodpovědnost
- Nemohoucnost
- Podoba s obezitou, kuřáckou
bronchitidou, poškození zdraví dopingem
- Vše choroby kde se podílí životní
styl, osobnostní a sociální faktory, nápodoba
a příležitost
- Chronická intoxikace = osobnostní změny

Za alkohol utratíme více nežli za maso

- V bývalé federaci byl podíl maloobchodního obratu ČSR 19%
- SSR 24% jen za alkohol
- Intenzivně pijící vypijí za rok 68 litrů 100% alkoholu
- Ostatní jen 8 litrů 100% alkoholu za rok
- Průměrná denní spotřeba je 0,19 l x 0,02 l
- Malá část obyvatelstva(7%) vypije 38% lihu
- 93% obyvatelstva vypije 62% lihu

Spotřeba intenzivně pijících za den

- Pivo: 6,25 l = 12 desítek.....x ...0,76 l
- 5,2 l = 10 dvanáctek...x ...0,63 l
- Destiláty 0,47 l(9 velkých)....x ...0,057 l
- Víno 1,7 l.....x ...0,21 l
- Typická denní konzumace intenzivně pijící populace = 6 velkých 12 st. piv + 4 velké
- Nerovnoprávnost mezi muži a ženami v alkoholdehydrogenázovém systému 3:1
- Riziková dávka alkoholu = 15/20 gr denně
- Poškozující dávka 60 gr muži,20 gr ženy

PROHIBICE ?

- Moderní materiály Světové zdravotnické organizace už žádnou bezpečnou dávku alkoholu neuvádějí, protože je mnoho lidí, pro které je z různých důvodů nejbezpečnější nepít vůbec žádné alkoholické nápoje.

Jak na tom jsme

- MUŽI 60 gr = 4x 10 st piva pro die nebo
- 6 dcl vína pro die nebo
- 2 velké kořalky pro die
- ŽENY 20 gr = 1 10 st pivo pro die nebo
- 2 dcl vína pro die nebo
- 1 malá kořalka pro die
- 15 gr = riziková dávka velké interindividuální rozdíly (Indiáni, Čína)
- Permisivní kultura = domestikace alkoholu
- Tzv. kardioprotektivita alkoholu dle internistů

Jak rychle metabolizujeme alkohol

- 1 pivo 12 st 0,5 l2 hod.8 min
- 2 piva ... dtto.....4 hod.16 min
- 3 piva ... dtto..... 6 hod.24 min
- 4 piva ... dtto..... 8 hod.32 min
- 5 piv ... dtto.....10 hod.40 min
- 6 piv ... dtto12 hod.48 min
- Člověk je metabolicky „dospělý“ až ve věku 21 let

Jak rychle metabolizujeme alkohol

- Víno 2 dcl.....2 hod. 40 min
- 4 dcl.....5 hod. 20 min
- 6 dcl.....8 hod.
- 1 litr.....13 hod.20 min
- Destiláty: 1 velká.....2 hod. 12 min
- 2 velké.....4 hod. 24 min
- 3 velké..... 6 hod. 36 min
- 4 velké.....8 hod. 48 min
- 5 velkých = $\frac{1}{4}$ l.....11 hod.

Epidemiologie

- Spotřeba alkoholu v ČR je cca 10 litrů
100% alkoholu na osobu za 1 rok.

Abúzem alkoholu trpí asi 25% mužů / 5% žen

Odhaduje se 200 – 400 tisíc osob závislých na
alkoholu v ČR

Většina z nich se léčí pro metaalkoholické
somatické komplikace

Odhady kolik osob alkohol užívá škodlivě
neexistují

Některé problémy vyvolané alkoholem I.

- **Somatické** (onemocnění jater, slinivky žaludku, zvýšené riziko tumorů jícnu hltanu jater prsu, podíl na úrazech a otravách, alkohol. myopatie, fibrilace síní, arytmie, kožní nemoci, interakce alkohol-farmaka, zhoršení TBC, makrocytární anémie, QUICK, karence Fe, vitaminů + bílkovin (pseudo Beri-Beri) hormon. poruchy, pokles imunity, infekce, rizikové sexuální chování, sexuálně. přenos. chor. Fetální alkoholický sy., ARND=alcohol-related neurodevelopmental disorder, dekompenzace. D.M., Hypertenze et al.

Některé problémy vyvolané alkoholem II.

- **Neurologické a psychiatrické**

Delirium tremens, psychózy vyvolané alkoholem
Korsakova psych. Wernicke encephalopatie.

alkohol. demence, atrofie mozku, alkohol.

polyneuropathie, epi sec. ethyl. EPI paroxy

v odvykacích stavech. zhoršování EPI

riziko CMP v ebrietě, zhoršení či provokace

deprese, anxiety. Suicidalita - koreluje se spotřebou
alkoholu lépe nežli úmrtnost na cirrhosu jaterní, u

dětí a dorostu zvyšuje alkohol

riziko ve vztahu k jiným drogám.

Některé problémy vyvolané alkoholem III.

- **Sociální**

Rodinné problémy, zanedbávání dětí, rozvody, nižší produktivita práce, dlouhodobá nezaměstnanost, nedokončené vzdělání, bezdomovectví, riziko, že se stanete obětí trestné činnosti, nebo že se jí dopustíte (násilná trestná činnost) finanční a existenční problémy, zvýšené nároky na zdravotní a sociální službu. Závislost většinou **zasahuje 2-3 lidi** v blízkém okolí

F 10,- Diagnóza a dg kritéria

Diagnostický proces prolíná celou léčbou

Až průběh onemocnění a reakce na terapii někdy umožní stanovit správnou dg.

KB METODY:

ASSESSMENT Dg rozhovor, HISTORIE PROBLÉMU

POPIS SOUČASNÉHO PROBLÉMU, vč. Záznamu problém.chování

Behaviorální analýza(Antecedenty,chování,následky)

Funkční analýza

Definice problému

cíle krátkodobé, dlouhodobé

Status somatický

ANAMNÉZA Z OKOLÍ

Dotazníkové metody, strukturovaný rozhovor

Psychologické vyšetření

Toxikologické vyšetření

Laboratoře a pomocná vyšetření

METODY

- Diagnostický rozhovor:

Navázání terapeutického vztahu

Získání informací

Posilování motivací ke změně

Pacient si má připomenout problémy, které mu návykové chování působí, má si ozřejmit rizika

Zdůraznění povinné mlčenlivosti(stigma)

CAGE

- 1.měl jste někdy pocit,že byste měl pití omezit?
- 2.vadilo vám, že lidé vaše pití kritizovali?
- 3.měl jste někdy kvůli pití pocit viny?
- 4.stalo se vám někdy,že jste se hned po ránu napil,abyste se uklidnil,nebo zbavil kocoviny?
- 3 nebo 4 body = pravděpodobně závislost na alkoholu
- 2 body = podezření na závislost na alkoholu
- 1 bod = důvod k důkladnějšímu vyšetření

RAFFT-3 body specificita 90%

- PIJETE ALKOHOL k tomu abyste se cítili uvolnění, měli dobrý pocit a cítili se výkonní (Relaxed)
- Zvykli jste si pít alkoholické nápoje tehdy když jste sami (Alone)
- Pije někdo z Vašich blízkých přátel (Friend)
- Má někdo z Vašich blízkých příbuzných problémy s alkoholem (Family)
- Měli jste někdy nějaké problémy kvůli pití alkoholu (Trouble)

GMT

- Gama-glutamyltransferáza (GMT) je membránově uložený enzym lokalizovaný na sinusoidální membráně hepatocytu
- Všeobecně je uznáván jako spolehlivý marker abúzu alkoholu. GMT je vhodnější pro zjištění dlouhodobého abusu alkoholu. Aktivita se zvyšuje působením etanolu, který indukuje tvorbu jaterní GMT.
- Normální hodnota aktivity GMT nevyklučuje chronický abúzu. Zvýšení aktivity GMT je častěji pozorováno u mužů a obvykle činí 2násobek a více nad horní fyziologickou normu.
- Při abstinenci dochází k poklesu aktivity o 50 % za 2 týdny, o 100 % za 5 týdnů
- Nejvyšší aktivita GMT se pozoruje u alkoholické hepatitidy

MCV

- Střední objem erytrocytu (MCV) je rovněž velmi užitečný marker, především dlouhodobého abúzu alkoholu.
- Zvýšení se pozoruje po 6 týdnech abúzu a při abstinenci je pokles patrný po 2 až 3 měsících. Zvýšení nastává u 34-89 % nemocných.
- Zvýšení MCV je závislé na dávce přijatého alkoholu (10 g etanolu denně odpovídá zvýšení o 1,7 fl MCV)
- Hodnota MCV se také zvyšuje i u jiných chorobných stavů např. deficitu vitamínu B 12 a kyseliny listové, hypotyreózy, retikulocytózy, při užívání antiepileptik či u kuřáků.

CDT

Karbohydrát - deficientní transferin (CDT) je sérový transferin s dvěma polysacharidovými řetězci kyseliny sialové.

Zvyšuje se nejméně po 10denním abúzu 50-80 g etanolu a jeho hladina je stálá asi 2-4 týdny. Normální hodnota je v procentu CDT v rozmezí 0-5, pro abúzus svědčí 6 a více procent. Procento CDT nekoreluje s aktivitou GMT a stanovení je vhodné v kombinaci s GMT. Senzitivita je více než 83 % u alkoholických hepatopatií a více než 49 % alkoholiků bez jaterního onemocnění.

Hodnota CDT je závislá na množství železa v organizmu, při nízké hodnotě železa stoupá hodnota CDT. Proto při posouzení hodnoty CDT je nutné posoudit stav metabolismu železa

CDT je vhodný marker pro diagnózu akutního i chronického abúzu alkoholu

Uvádí se, že nejvyšší senzitivitu a specificitu má

trojkombinace CDT, GMT a MCV

F 10,1 škodlivé užívání alkoholu

- A. musí být jasně prokázáno, že požití látky je zodpovědné za tělesné, nebo duševní poškození, nebo k němu podstatně přispívá, včetně zhoršení úsudku, nebo dysfunkčního chování, a může vést k neschopnosti, nebo k nepříznivým důsledkům v interpersonálních vztazích

F 10,1 škodlivé užívání alkoholu

- B.charakter poškození by měl být jasně prokazatelný a specifikovaný
- C.Užívání trvalo alespoň jeden měsíc, nebo se vyskytovalo během 12 měsíců
- D.Porucha nesplňuje kritéria pro žádnou jinou duševní ani behaviorální poruchu, nebo poruchu chování spojenou s užitím stejné látky ve stejném časovém období
- Nešpor zdůrazňuje **rizikové** pití(není v ICD ani v DSM)

F 10,2 syndrom závislosti na alkoholu

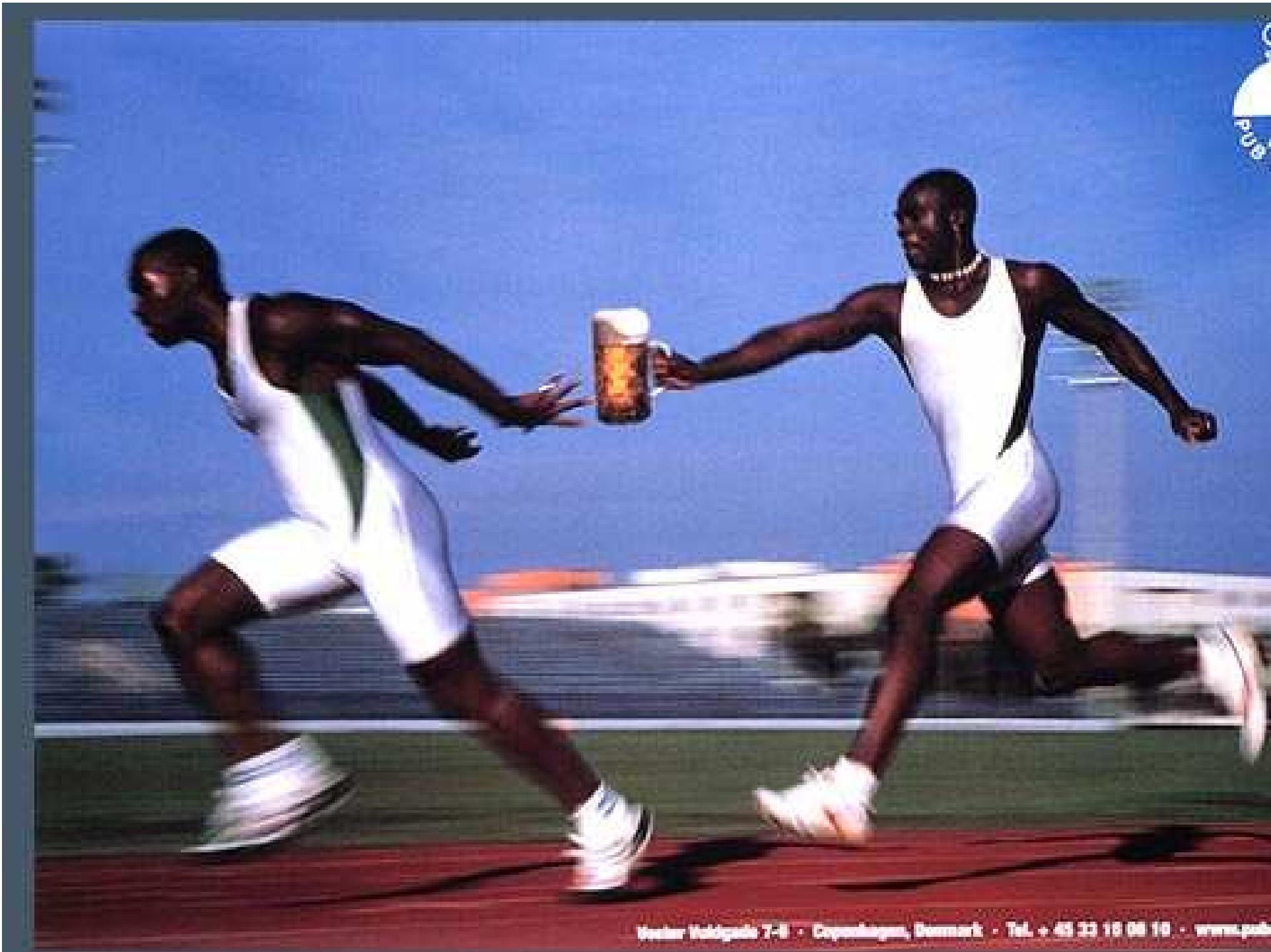
- A. Po dobu aspoň jednoho měsíce nebo opakovaně v kratších obdobích během 12 měsíců by se měly vyskytovat společně 3 nebo více z následujících znaků:
 - 1. Silná touha nebo nutkání užít látku
 - 2. Zhoršená schopnost kontrolovat chování spojené s užíváním alkoholu ve smyslu začátku a ukončení nebo množství látky, projevující se takto: jedinec alkohol užívá ve větším množství nebo po delší dobu než měl v úmyslu, nebo si stál přeje, či se bezúspěšně snaží snížit nebo kontrolovat užívání alkoholu

F 10,2 syndrom závislosti na alkoholu

- 3. Fyziologické projevy odvykacího stavu jestliže se užívání látky omezí nebo se s užíváním přestane, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro tu kterou látku, nebo z užívání stejné látky se záměrem zmenšit, nebo vyhnout se odvykacím příznakům.
- 4. Průkaz tolerance k účinku látky, jako je potřeba značně zvýšených dávek látky, aby se dosáhlo intoxikace nebo žádoucího účinku, anebo se dosahuje zřetelně zmenšeného účinku při trvalém užívání stejného množství látky

F 10,2 syndrom závislosti na alkoholu

5. Zaujetí užíváním látky, projevující se postupným zanedbáváním jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky, a věnování zvýšeného množství času činností nezbytným k získání nebo užívání látky, nebo k zotavování se z jejího účinku.
6. Trvalé užívání látky navzdory jasnému důkazu škodlivosti následků, kdy jedinec pokračuje v užívání i když si je vědom povahy a rozsahu škodlivosti



Vester Voldgade 7-8 · Copenhagen, Denmark · Tel. + 45 33 16 06 10 · www.pohls.com

Farmakologická léčba závislosti

- Disulfiram (antabus, anticol et al.) působí ireversibilní inaktivaci jaterní acetaldehyd dehydrogenázy. kumulace acetaldehydu vede k rozvoji A-A reakce = SENZITIZACE
 1. zrudnutí kůže, zejména obličeje
 2. palpitace, tachykardie, hypotenze
 3. dušnost, závratě, arytmie
 4. Vzácně kolaps, synkopa, bezvědomí, křečeRozvoj reakce do 15 min. délka i hodiny

Indikace disulfiramu

- Jen tehdy, když závislí usilují o abstinenci
- Preparát pomáhá překonat pijácké rituály (ozbrojená pojistka sám pro sebe)
- Jen supervidovaná léčba je účinná
- Nejúčinnější je nakoňtraktovaná léčba antabusem v rodinné terapii
- Délka nejméně rok, konec možný i po desetiletí

Naltrexon(ReVia)

- Kompetitivní antagonist a opiátů
- Zmírňuje euforické pocity způsobené uvolněním endorfinů po požití alkoholu
- Indikace: k zmírnění bažení u závislých na alkoholu
- Kontraindikace: těžké postižení jater, ledvin
akutní hepatitis, užívání opiátů

Nežádoucí účinky: nespavost, anxieta, nauzea
vomitus, bolesti svalů, kloubů, hlavy, potence

Délka: 0,0,1 alespoň 3 měs. konec nebyl stanoven

Acamprosate (Campral)

- Structure similar to GABA, stimulates GABAergic transmission and antagonizes the action of excitatory amino acids, especially glutamate
- Indication: for the relief of craving for alcohol
- Contraindications: hypersensitivity to Acamprosate, renal insufficiency
- Unwanted effects: mild, dizziness, nausea
- Dosage: 3x2, 3 months, then 3x1 thereafter for 1 year or longer
- First aid: 1 Campral under the tongue



Poruchy vyvolané užíváním nealkoholických drog(F11)

- Opioidy(opium,morfin,heroin,metadon)
- Kanabinoidy(marihuana,hašiš)
- Sedativa nebo hypnotika(většina anxiolytik a hypnotik)
- Jiná stimulancia
(kofein,amfetamin,MDMA=extaze,pervitin)
- Halucinogeny(LSD,meskalin,psylocybin,fencyklidin
PCP)
- Tabák-nikotin
- Organická rozpouštědla trichlor, tetrachlor,perchlor,
benzen, toluen.

Duševní poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek

- Akutní intoxikace
- Škodlivé užívání
- Syndrom závislosti
- Odvykací stav
- Odvykací stav s deliriem
- Psychotická porucha
- Amnestický syndrom
- Residuální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem

Schizofrenie a poruchy s bludy

- F 20-F 29 schizofrenie prevalence 1%
- Začátek u mužů 17-30 let, ženy 20-40 let
- Charakteristické symptomy sch. onem.
- Pozitivní symptomy
- Negativní symptomy
- Formy onemocnění:
- Paranoidní sch.
- Hebefrenní sch.
- Katatonní sch.
- Simplexní sch.

Diagnostická kritéria pro schizofrenii dle ICD -10

- 1.slyšení vlastních myšlenek, vkládání, nebo odnímání myšlenek,vysílání myšlenek
- 2.bludy kontrolovanosti,ovlivňování nebo prožitky pasivity,které se jasně vztahují k pohybům těla nebo končetin,nebo ke specifickým myšlenkám,bludné vnímání
- 3.halucinatorní hlasy,které neustále komentují chování pacienta,nebo o něm mezi sebou rozmlouvají, nebo přicházejí z určité části těla
- 4.trvalé bludy jiného druhu,které jsou v dané kultuře nepatřičné(nadlidské schopnosti,UFO)
- 5.přetrvávající halucinace v kterékoliv formě s bludy ,které přetrvávají po několik týdnů nebo měsíců

Diagnostická kritéria pro schizofrenii dle ICD -10

- 6.zárazy,nebo vkládání do toku myšlenek a nich pak vyplývající inkoherece nebo irelevantní řeč nebo neologismy
- 7.katatonní jednání, jako je např. vzrušenost,zástavy, flexibilitas cerea, negativismus,mutismus a stupor
- 8.“negativní“ příznaky –apatie, ochuzení řeči,oploštění nebo nepřiměřenost emočních reakcí
- 9.výrazné a nápadné kvalitativní změny v osobním chování-ztráta zájmů,ztráta vztahů k okolí a sociální stažení

Pozitivní symptomy

- **Bludné představy** a myšlenky (slyšení vlastních myšlenek, vkládání, odnímání a vysílání myšlenek) bludy kontrolovanosti, pronásledování, bludy nadlidské síly nebo nepatřičné-UFO, VESMÍR, změny počasí
- **Halucinace** (hlasy, hádky, tělocitné)
- **Dezorganizace řeči**-neschopnost držet základní linii
- **Dezorganizované chování** nebo katatonní projevy-nástavy, flexibilitas cerea, negativismus, mutismus, stupor, katatonní raptus

Negativní symptomy

- Otupení a oploštění emocí
- Úpadek vůle, iniciativy a spontánnosti
- Chudost řeči
- Ztáta zájmů, bezcílnost, nečinnost
- Ztráta vztahů k okolí a výrazná sociální izolace
- Průběhové formy schizofrenního onemocnění
- Epizodická, v mezidobích reziduální (zbytkové příznaky)
- Epizodická v mezidobí bez příznaků
- Jediná epizoda s částečnou remisí (částečnou úzdavou)
- Jediná epizoda s plnou remisí (plnou úzdavou)
- Kontinuální (chronická forma) příznaky trvají

Léčba schizofrenního onemocnění

- **Farmakoterapie**= ANTIPSYCHOTIKA klasická (Chlorpromazin, Chlorprothixen, Tisercin, Haloperidol)+ ANTIPSYCHOTIKA ATYPICKÁ (Leponex, Zyprexa, Risperdal)
Depotní antipsychotika-Moditen, Cisordinol
Risperdal Consta
- **Elektrokonvulsivní terapie** v narkoze a myorelaxaci
- **Psychosociální léčba** celá rodina

Další psychotické poruchy

- Schizotypní porucha -F 21
- Schizoafektivní porucha- F 25
- Porucha s bludy (parafrenie)
- Stauderova letální katatonie- okamžitě ECT
- **Maligní neuroleptický sy**, HYPERTERMIE, KATATONIE, EXTRAPYRAMID SY = 25% exitus letalis, Dantrolen, Parloder,(Bromocriptin) neuroleptika ex.

Afektivní poruchy(F 30-F 39)

Mánie F 30-manická fáze

- **Bipolární afektivní porucha**- dříve MDP
- **Depresivní epizoda/fáze** F 32

Mírná depresivní fáze

Středně těžká depresivní fáze

Těžká depresivní fáze

Periodická deprese

- **Trvalé poruchy** nálady-Cyklothymie
-Dysthymie

Mánie

- Projevy:rozjařená, okolnostem nepřiměř. Nálada,hyperaktivita, velikášské postoje, nápadné,nevhodné společenské vystupování,ztráta zábran,ethanol, sex, peníze,flámy, nespavost,rizikové chování
- Léčba:
- Psychofarmaka-Li, BZD,AP I+AP II
- ECT
- Psychosociální intervence

Bipolární afektivní porucha(BAD)

- dříve maniodepresivní porucha, střídání depresivních epizod s manickými, mohou skončit remisí, nebo přesmykem do jiné fáze.
- Vysoké riziko suicidia
- Celoživotní porucha závažného charakteru
- Umožňuje normální život v intermisi(Kopecký, Pavel)
- Léčba: **thymoprofylaktika**-Lithium, CAZ, Val. Lamotrig.
- **ATYPICKÁ antipsychotika**
(Leponex, Zyprexa, Risperdal, Seroquel, Zeldox, Solian)
- **Depotní antipsychotika**-Moditen, Cisordinol Risperdal Consta
- **Psychosociální intervence**- celá rodina

Depresivní poruchy

- Patří k nejčastějším onemocněním vůbec
- Každá 5. žena, každý 10. muž, 50 % populace
- Teorie-muži nejsou schopni mluvit, pijí
 - -hormonální změny vedou ke změnám serotoninergního systému
 - -ženy mají vyšší psychosociální stres
- Příčiny **multifaktoriální-biologická** zátěž(hypothyreóza,léčba steroidy,porod)
- **Genetická** vloha,či úmrtí blízké osoby
- **Trauma při vývoji** osobnosti= +rodice v dětství
- **Patogeneze**-dysfunkce systému serotoninu+
- noradrenalinu

Diagnostická kritéria pro depresivní epizodu dle ICD 10

- 1. depresivní nálada každý den, nebo skoro každý den
- 2. zřetelný pokles zájmu o svět, ztráta pocitu radosti z činností, které dříve radost přinášely
- 3. váhový úbytek doprovázený nechutenství nebo přírůstek váhy s přejídáním
- 4. poruchy spánku
- 5. Psychomotor. zpomalení, nebo agitovanost

Diagnostická kritéria pro depresivní epizodu dle ICD 10

- 6.únava a ztráta energie
- 7.stížnosti na pocit bezcennosti, nepřiměřený pocit neurčitého provinění
- 8.porucha soustředění, myšlení, nerozhodnost
- 9.opakovaně se objevující myšleny na smrt, včetně úvah o sebevraždě

Léčba deprese

- TCA= tricyklická AD ami + nortriptylin, imipramin, prothiaden, anafranil
- SSRI-Citalopram + Escitalopram(Cipralex)
- Sertralin
- Fluoxetin
- Paroxetin
- Efectin. Remeron. Wellbutrin. Coaxil, Ixel, Edronax, Aurorix, Trittico, Lerivon, Jarsin
- Thymoprofylaktika-lithium, CAZ, Valproát, lamotrigin
- ECT,
- Transkraniál. magnet resonance. Světlo, spánk. depriv.
- KBT

Kognitivní terapie(Aaron Beck) je
stejně účinná

jako Paroxetin při léčbě deprese

- Archives of General Psychiatry 4,2005
- 240 pacientů léčících se se střední a těžkou depresí se podrobili 4 měsíční kognitivní terapii,byli o rok později ohroženi relapsem deprese jako ti kteří užívali celý rok Paroxetin.Efekt léčby byl stejný v obou skupinách až po 16 týdnech
- Kognitivní terapie má však méně relapsů nežli léčba antidepresivy

Trvalé poruchy nálady

- Cyklotymie-trvalá nestálost nálady, výkyvy nejsou ve vztahu k životním událostem, heredita častá, terapie obtížná
- Dystymie-chronická, roky trvající subdeprese, vysoké riziko suicidia, somatizační ekvivalenty, terapie všechna antidepresiva, vážné sociální důsledky

Příznaky depresivní poruchy

psychické	somatické	behaviorální, motorické	kognitivní
nesmutná nálada anhedonie nezájem ztráta energie podceňování se pocity viny suicidální úvahy	sníž. apetit hmotnost sex. dysfunkce algie suchost sliznic obstipace por. spánku únava nepravid. menses, amenorea oprese na hrudi	agitovanost Psychomotorická retardovanost stupor plačtivost vyhýbání se jiným lidem sociální izolovanost suicidální chování sebepoškozování	nesoustředivost zpomalená výbavnost paměti nerozhodnost zpomalené reakce narušení výkonnosti
neverbální výraz obličeje, mimika, gestikulace			psychotické bludy, halucinace, stupor

Suicidální myšlenky a otázky na ně

- 1.Uvažoval jste někdy v posledních dnech o smyslu života?
- 2.Uvažoval jste někdy dříve o smyslu života?
- 3.Cítil jste se v posledních dnech neužitečný a zbytečný?
- 4.Připadá vám vaše budoucnost černá a bezvýchodná?
- 5.Nevidíte žádnou perspektivu?
- 6.Plánujete něco do budoucnosti ?
- 7. Připadlo vám někdy v posledních dnech,že by bylo nejlépe se vším skončit
- Rozumějete vzít si život.
- 8. Přemýšlel jste někdy o tom, zda byste byl schopen si život i vzít?
- 9.Přemýšlel jste někdy i o způsobu jak se životem skončit.(Prášky, zastřelení, oběšení,skok pod auto nebo pod vlak, nebo skok z výšky dolů,nebo autohavárie)

Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem, somatoformní poruchy

- MKN 10 prakt. výrazu neuróza nepoužívá
- Ve vývoji neurotických poruch jsou důležité:
 - Opakované stresy
 - Temperamentové vlastnosti
 - Charakterové vlastnosti
 - Genetický základ osobnosti

Výklad neurotických poruch

- **Psychoanalytický přístup:**

zdůrazňuje význam nevědomých konfliktů z raného dětství a používání obranných mechanismů ke zvládnání úzkosti

- **Kognitivně-behaviorální přístup:** neuróza je nevhodně naučený způsob zvládnání stresu. Myšlení mění emoce a tím i chování. Pacient vykládá podle vlastních představ svou minulost, současnost a budoucnost a vysvětluje události podle svých vlastních postojů a očekávání. Cílem terapie je rozvíjet jiné vzorce myšlení, zkoušet nové způsoby uvažování, které vedou k novým vzorcům chování

Výskyt a rozdělení

26.6 % populace trpí anxiétou

1. Fobické úzkostné poruchy

- - agorafobie (3-6 %)
- - sociální fobie (3 %)
- - specifické fobie (11% mužů,16 % žen)

2. Jiné úzkostné poruchy

- - panická porucha(1,5-3 %)
- - generalizovaná úzkostná porucha(4-7%)
- - smíšená úzkostně-depresivní porucha(4/30)
- 3. Obsedantně-kompulsivní porucha(2-3%)
- 4. Akutní reakce na závažný stres
- 5. Posttraumatická stresová porucha(6/12%)

Agorafobie

- strach z veřejného prostranství ,
z přeplněných míst,
se shluků lidí,z obchodů,
z opuštění domova,i být doma sám,
z obchodů,z cestování dopravními
prostředky,
z jízdy výtahem, uzavřených prostor.
(restaurace, kina divadla,kostely,tunely)

Etioopatogeneze agorafobie

- Stejná jako u panické poruchy vzhledem k tomu že se vyskytují ze 70-90% společně.
- Fobie je pokládána za naučené chování.
- Vznik přímým nebo zástupným podmiňováním.
- Jde o opakování stále více nepříjemných pocitů - ty vedou k vyhýbavému chování.
- Operantní podmiňování = pozitivní zpevnování odměnou, negativní zpevnování trestem = udržení agorafobie v chodu. (Skinner)

Průběh a diferenciální diagnóza

- Porucha začíná obvykle kolem 20 roku věku zřídka kdy po 45 roku.
- U 30-40% potíže zcela ustoupí. U 50% zůstávají dlouhodobé potíže
- U 10 %-20 % se potíže udržují
- **Dif.Dg:**
- 1/. Depresivní porucha
- 2/.M.Crohn
- 3/.ICHS
- 4/.Paroxysmální supraventrikulární tachykardie

Komorbidita s agorafobií

- Panická porucha až 70-90%
- Depresivní porucha až 40-80%
- Specifická fobie
- Sociální fobie
- OCD
- Dysthymie
- Suicidální riziko
- Abusus alkoholu nebo návykových látek

Panická porucha (F 41.0) = epizodická paroxysmální úzkost:

Opakované ataky těžké úzkosti (paniky), které nejsou omezeny na nějakou zvláštní situaci, nebo na určité podmínky a nelze je proto předvídat.

Hlavní příznaky: palpitace

bolesti na hrudníku

pocity dušení

závratě

Pocity nereálnosti (deperson.+derealizace)

Sekundární strach ze smrti, zešílení, ztráty kontroly.

Etiologie úzkosti I.

- **1. Biologické teorie a koreláty**
- a. nadměrná vegetativní reaktivita s nárůstem tonu sympatiku
- b. zvýšené vyplavování katecholaminů
- c. zvýšené vyplavování metabolitů noradrenalinu. Infuze laktátu sodného zvyšuje hladinu NA a indukuje úzkost. U predisponovaných jedinců panickou ataku
- d. při anxietě je ve stavu hyperaktivity locus coeruleus, centrum NA neuronů

Etiologie úzkosti II.

- e. snížení GABA způsobuje hyperaktivitu CNS. GABA inhibuje CNS.
- f. úzkost může způsobit zvýšení hladiny serotoninu a zvýšení dopaminergní aktivity
- g. při úzkosti je hyperaktivní centrum v temporální kůře
- h. dochází ke snížení latence REM a 4. stadia spánku/jako u depresí/.
- i. u paniky je zvýšený průtok krve pravým parahipokampem/u anxiety frontálním lalokem dle PET studií/
- j. prolaps v. mitralis u 50% pac. s panikou

Etiologie úzkosti III.

- **B. Psychoanalytické teorie**
- a. potlačená přání, např. sexuální, nebo agresivní hrozí proniknout do vědomí a působí úzkost.
- b. k ochraně před úzkostí jsou používány obranné mechanismy
- c. fobie je způsobena mechanismem přenosu, přesunu, nebo vytěsnění
- d. sublimace, vytěsnění, přenos vedou k OCD
- e. porucha vytěsnění vede k panice, nebo GAD

Etiologie úzkosti IV.

- **3. Teorie učení**
- a. úzkost vzniká z frustrace nebo stresu. Po vstupním zážitku může dále působit podmíněný spoj mezi úzkostí a méně závažnými situacemi frustrace nebo stresu, než byly původní.
- b. úzkost může být naučená imitováním úzkostných projevů rodičů
- c. úzkost spojená s přirozeným nepříjemným podnětem, např. úrazem, se podmiňováním přesune na jiný podnět, který může vyvolávat fobii

Somatické a neurologické příčiny úzkosti

- 1.tu mozku,encephalitis,epi, migréna
- 2.kardiovaskul. onem.anémie,hypoxie
- 3.endokrinol.dysfunkce hypofýzy
thyreoidey,nadledvin,feochromocytom
- 4.kolagenozy lupus erytematodes
polyarteritis nodoza
- 5.karence vitaminu B, pelagra
- 6.toxické stavy,těžké kovy, sulfonamidy
sympatomimetika amfetaminy,abstřáky,
- 7.hypoglykemie,premenstruum,urémie,
hepatopathie

POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD)

- Definice:
- Opožděná a protrahovaná odpověď na stresovou událost, která má vyjimečně nebezpečný, nebo katastrofický charakter
- Epizody opakovaného znovuprožívání
- traumatu v podobě živých vzpomínek=
- (flashbacky, psychotické reminiscence)
- Sny, noční můry, vyhýbání se činností a situacím připomínající trauma

POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD)

- ÚZKOSTNÁ PORUCHA, vyvíjí se po
- EMOČNĚ TĚŽKÉ, STRESUJÍCÍ události
- Závažnost přesahuje obvyklou lidskou zkušenost, bývá traumatická pro většinu lidí
- Výbuch bomby, válka, koncentrační tábor
- přírodní katastrofy - zemětřesení, povodně,
- sopky, vichřice, požáry
- Přepadení, znásilnění, mučení, autohavárie,
- únosy, zneužívání v dětství, CMP, IM.

Přetrvávající změna osobnosti po katastrofické zkušenosti

- Po koncentráku, mučení, rukojmí s možností usmrcení, terorismus, zajetí
- Maladaptivní rysy, které dříve nebyly
- a/. nepřátelský, nedůvěřivý postoj ke světu
- b/. sociální stažení
- c/. pocity prázdnoty a beznaděje
- d/. chron. pocit existence „na okraji“ jako stav trvalého ohrožení
- e/. odcizení

Léčba úzkostných poruch

- Farmakoterapie
 - SSRI (SNRI)
 - Tricyklická antidepresiva
 - Benzodiazepinová anxiolytika
 - Buspiron
- SSRI léky první volby, účinné i na komorbidní depresi
- Benzodiazepiny nejsou doporučovány u pacientů s anamnézou závislosti a deprese, pro riziko závislosti a dysmnestické působení; po vysazení rebound anxiety
- TCA nejsou doporučována u pacientů se suicidální pohotovostí (cave letální intoxikace), s kardiálními chorobami, komorbidní epilepsií a pro špatnou snášenlivost (anticholinergní účinek)
- Psychoterapie
 - KBT by měla mít většina pacientů

Základní postupy KBT

- I. Vystavení se v expozici traumatickým vzpomínkám (OTUŽOVÁNÍ SE)
 - a. expozice ve fantazii-imaginace
 - b. expozice in vivo
 - c. habituace úzkosti
- II. Hledání nového, adaptivnějšího pohledu sama na sebe-kognitivní rekonstrukce
- III. Nácvik relaxace

Progresivní relaxace

- Relaxací se pacienti přesvědčí, jak mít příznaky pod kontrolou
- Jedná se o dovednost, kterou je možno získat až opakovaným cvičením
- Existuje celá řada způsobů nácviku relaxace
- Cíl: nejen v křesle ale i při běžných činnostech i v situacích, kdy se dostáváme do velkého napětí

Dissociativní (konverzní) poruchy

- Dříve „konverzní hysterie“
- Začátek i ukončení většinou NÁHLÉ
- Dissociativní amnézie, nejč. jako důsl.bitevního stresu
- Dissociativní fuga-cestování, amnesie, katastrofy
- Dissociativní stupor, u žen, oči jsou koordinované
- Trans a stavy posedlosti,u rituálů, extaze
- Dissociativní poruchy motoriky,sy „rukavic“, písáři
- Dissociativní křeče-pseudoepi
- Dissociativní porucha citlivosti a senzorky
- Jiné dissociativní poruchy(Ganserův sy.Mnohočetná porucha osobnosti-Jekyll a Hyde)

Somatoformní poruchy

- Somatizační porucha(GIT,Derma,gyn.sex)
- Hypochondrická porucha-pocit těžké nemoci nebo i více nemocí
- Somatoformní vegetativní dysfunkce (žaludeční+ kardiální neuroza,“nervový průjem“)
- Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha= silná + skličující bolest bez zjistitelného podkladu

Neurastenie

- I. Zvýšená únavnost po duševním vypětí
- II. Tělesná a fyzická slabost s vyčerpáním po minimální námaze, doprovázená pocitem svalové bolesti a neschopností relaxovat

Neurastenie se částečně kryje s pojmem

- **Chronický únavový syndrom**

Poruchy osobnosti a chování

- původní termín PSYCHOPATIE
- Extrém charakterových rysů v :
- Emotivitě(rozsah,síla a přiměřenost)
- Ovládání impulzů a uspokojování potřeb
- Způsob chování k ostatním a zvládnání interpersonálních potřeb
- PROJEVY jsou příčinou osobních potíží postiženého a mají nepříznivý dopad na okolí(období kompenzace a dekompenzace)
- Etiologie :polygenní

Poruchy osobnosti

- Anankastická porucha osobnosti
- Závislá porucha osobnosti
- Pasivně agresivní porucha osobnosti
- Paranoidní porucha osobnosti
- Narcistická porucha osobnosti
- Dissociální porucha osobnosti
- Schizoidní porucha osobnosti
- Vyhýbavá(úzkostná) porucha osobnosti
- Histrionská porucha osobnosti
- Emočně nestabilní porucha osobnosti

Návykové a impulzivní poruchy

- Patologické hráčství(**gamblerství**)-velmi časté v USA 2-3% populace
- Patologické zakládání požárů(pyromanie)-vzácná porucha
- Patologické kradení(kleptomanie)-velmi vzácně, naprosto nepotřebné předměty
- Trichotillomanie velmi vzácně , škubání vlasů přináší úlevu

Poruchy pohlavní identity

- Homosexualita není porucha jde o vrozenou změnu orientace na stejné pohlaví- 4% menšina (má i animální model)
- TRANSSEXUALISMUS-touha žít jako jedinec opačného pohlaví-žádají hormonální a chirurgickou léčbu –délka – více jak 2 roky trvání
- TRANSVESTITISMUS-občasné převlékání se do šatů opačného pohlaví bez pohlavního vzrušení

Poruchy sexuální preference

- Fetišismus-zdroj sex.stimulace je neživý předmět-orádlo,guma, kůže,plasty
- Fetišistický transvestitismus
- Exhibicionismus
- Voyérství-trvalá tendence pozorovat cizí osoby při sex. styku a masturbovat při tom
- Pedofilie-nejčastější a nejnebezpečnější
- Sadomasochismus

Poruchy příjmu potravy

- Mentální **anorexie**-úmyslné snižování hmotnosti-to může vést k dysfunkci hypotalamu.Chybí náhled chorobnosti
- Příčina: **dysfunkční rodinné interakce**
- Mentální **bulimie**-opakované záchvaty přejídání a přehnaná kontrola tělesné hmotnosti. Snaha zbavit se potíží
- Příčina: **dysfunkční rodinné interakce**

Mentální retardace

- dříve oligofrenie- je stav zastaveného duševního vývoje. Projevuje se od počátku života, na rozdíl od demence.
- Příčiny: genetické (M. Down, fenylketonurie)
- prenatální (infekce, fetál. alkohol. sy)
- poškození porodní a do 2 let věku (poranění či degenerativní onem. CNS)
- Rozdělení podle hloubky postižení intelektu (dříve debilita, imbecilita idiocie)

Mentální retardace

- Mentální subnorma (slaboduchost IQ 70-79)
- Lehká mentální retardace (IQ 50-69) jsou schopni zastat jednoduchou nekvalifikovanou práci, většinou vzdělavatelní ve zvl. škole
- Středně těžká mentální retardace (35-49) špatně mluví, práce jen pod dohledem
- Těžká mentální retardace (20-34) narušená sebeobsluha + postižení motoriky
- Hluboká mentální retardace (IQ pod 20) imobilní, inkontinentní, stálá pomoc a dohled

Psychosomatické poruchy

- Asthma bronchiale
- Dermatitidy a ekzém, urtikarie
- Vředová choroba gastroduodenální
- Koliky
- ICHS
- Esenciální hypertenze
- Thyreopathie
- Obezity
- Působením nějakého chronického stresu došlo k rozvoji tělesného onemocnění

Poruchy chování a emocí v dětství

Hyperkinetické poruchy- ADHD, ADD

Poruchy chování

Porucha opozičního vzdoru

Separáční úzkostná porucha

Školní fobie

Porucha sourozenecké rivalry

Tikové poruchy

Neorganická enuréza,enkopréze

Koktavost

První pomoc v psychiatrii I.

Přehled naléhavých psychotických stavů:

1. Zlobná (rezonanční) mánie doprovázená bludem
2. Agitovaná deprese s bludy a sebevražednými úmysly
3. Deliriózní stavy při závažných somatických chorobách (srdeční, ledvinné či jaterní selhávání, mozkový otok, infekce či hypoxie, intoxikace metabolické krize)
4. Epileptické mráкотné stavy
5. Emočně nabitě paranoidní syndromy u sch. onem

První pomoc v psychiatrii II.

Přehled naléhavých nepychotických stavů:

1. Panické ataky u anxiózních poruch a jiné těžké úzkostné stavy
2. Závažné depresivní stavy
3. Opilost
4. Epileptická rozlada se sklonem k agresi
5. Dekompenzace osobnostní poruchy nejčastěji emočně nestálé nebo hraniční
6. Adaptační porucha s poruchou chování a silným emočním doprovodem

První pomoc v psychiatrii III.

Přehled naléhavých iatrogenních stavů:

1. Poléková dystonie, nebo dyskineze při podání vysokých dávek neuroleptik
2. Úzkost a neklid s vegetativní symptomatologií po podání vysoké dávky nebo nevhodné kombinace antidepresiv
3. Abstinenční krize po vysazení benzodiazepinů, drog, alkoholu

Neklidný pacient –nejvíce facek schytáte na pohotovosti a somatických odděleních

- Pravidla pro zacházení s neklidným pac.:
- 1.Navázat důvěryhodný vztah
- 2.Pokoušíme se pacienta zklidnit slovně
Připravujeme na možnost poradit se s lékařem
- 3.Vysvětlení proč mu chceme dát lék
- 4.Pravidla pro fyzické omezení pacienta

1.Navázat důvěryhodný vztah I.

- **A.**Respektujeme pacientovo „teritorium“. Nechodíme blíž,než vidíme a cítíme, že je to pacientovi příjemné a pro nás bezpečné.(Animální model-kynologie)
- Vnímáme pacientovy signály –ustupování,odklánění tváře ,obranná gesta stupňování neklidu event.vyhrůžek.
- Mluvíme klidným,modulovaným hlasem.
- Vyhýbáme se příkazům a pejorativním slovům (neblázněte, nic se neděje)-**vhodné-vím,že tím musíte trpět**
- **Pacient se nás bojí více než my jeho .**
- **Jeho strach vzroste ,když vidí že z něho máme obavy**

1. Navázat důvěryhodný vztah II.

- **B.** K pacientovi jsme občansky zdvořilí.
- Vystupujme jako reprezentanti profese, která nabízí úlevu od bolesti a pomoc v nesnázích.
- Naše autorita vyplývá z toho, že nabízíme podporu a jistotu ošetření.
- Nejsme všemocní a všemohoucí, proto se tak ani netvaříme

1. Navázat důvěryhodný vztah III.

- **C.** Pacient je náš „kamarád a přítel“, proto jsme s ním:
- Solidární
- Nehádáme se s ním
- Nepoučujeme ho
- Nevynášíme o něm žádné hodnotící soudy (máte to v hlavě pomotané)
- Vyjadřujeme pochopení:
Může to tak možná být....
Potřeboval bych o tom více vědět, ale v každém případě Vám v něčem dobře rozumím....

1. Navázat důvěryhodný vztah IV.

- D. Pacientovi nelžeme (pojedete jen na vyšetření...) když ho posíláme do PL – on se nám po propuštění vrátí a všechny lži si pamatuje a považuje je za podlé
- Používáme pia fraus-jedete do nemocnice psychiatrického typu. Kam? Do Šternberku.
- Vysvětlíme co se s ním bude dít, jaký je tam režim. Neposilujeme dojem ,že ztratil kontrolu nad tím co se s ním děje.
- Nikdy nezlehčujeme pacientovu situaci
- Mluvíme jednoznačně a srozumitelně abychom v pacientovi navozovali jistotu

1. Navázat důvěryhodný vztah V.

E. Nabízíme odklad řešení naléhavé situace.

- Pomáháme při udržení nebo získání odstupu, rozvahy a emoční kontroly situace

2. Pokoušíme se pacienta zklidnit

- Zklidnění slovem
- Vytváříme podmínky pro lékařské vyšetření
- Pokud to lze změříme tlak, puls, nabídneme nápoj.
- Připravujeme na možnost poradit se s lékařem o tom jak postupovat proti strachu
- Jak se bránit pronásledování
- Jak se bránit velkému smutku a zoufalství.

3. Vysvětlení proč mu chceme dát lék

- Pacient je neklidný nebo agresivní
- Lékař rozhodne, že je v zájmu pacienta podat lék (Lék ordinuje vždy lékař)
- SZP má klidně vysvětlit co a proč mu chceme dát.
- Lékové formy: např. BZD (diazepam) jsou rychleji vstřebatelné perorálně!!!
- tableta, nebo effervescentní tableta
- Soluce
- Parenterální aplikace (Im. i.v.)
- Pacient má větší důvěru k léku o kterém mu sami sdělíme
- 1. jak se jmenuje
- 2. k čemu slouží
- 3. Jaké může a hlavně nemůže mít vedlejší účinky

3. Netraumatická formulace vysvětlení proč mu chceme dát lék

- Lék vás neuspí, nezpůsobí vám nepříjemné zážitky
- Sejmeme z vás napětí, uvidíte věci jasněji
- To, že vás lék zpomalí je žádoucí efekt protože budete schopni jednat rozumněji než v rozrušení
- Dávku léku přepočítáváme na vaši váhu, takže se jedná o běžnou dávku ne nadměrnou

4. Pravidla pro fyzické omezení pacienta

- Indikace: neklid, agresivita, bezprostřední ohrožení sebe nebo okolí
- A. Zajistit dostatečnou fyzickou převahu. Minimální počet osob je 5.
- B. Vyhnout se tomu, abychom byli v místnosti s pacientem sami v uzavřené místnosti, nebo v místnosti v níž nemáme přístup ke dveřím.
- C. Hrozí-li nebezpečí ohrožení života, nebo zdraví pacienta či jiných lidí voláme po domluvě s lékařem STÁTNI POLICII , která slouží k ochraně zdravotnického personálu , nikoliv ke zvládnutí akutního pacienta

Především prevence

- Vždy vědět, jak přivolat pomoc a zajistit početní převahu
- V nemocnici vědět na koho se obrátit při noční službě
- Nepodnikat žádné kroky ke zvládnutí neklidu izolovaně
- Mít jistotu, že je možno přivolat větší počet pracovníků

Intervence u suicidálních myšlenek

Nabídnout péči, vyšetření, léčbu a **víru**

- V to, že se pacient bude cítit dříve nebo později lépe
- Nezlehčovat prožitky, které k suicidálnímu odhodlání vedou
- Snažit se připomenout důležité hodnoty v životě: lidi, kterým by pacientovo rozhodnutí ublížilo, možnost náhodného setkání, které přeruší pocit ztroskotání
- U religiozních lidí, připomenout náboženské hodnoty vázané na život

Intervence u zmatenosti

- Zmatenému nebo delirioznímu pacientovi poskytovat informace typu
- Jste u lékaře, já jsem zdravotní sestřička
- Chceme vás vyšetřit
- Chceme vám pomoci vyznat se v situaci
- Tady je vaše lůžko, tady jsou dveře
- Tudy se jede na WC
- Dnes je pátek , je poledne , budete obědvat
- a opakovat pořád dokola ,zároveň být jako partneři, nezacházet s pacientem jako s dítětem

Intervence u paranoidního pacienta

- Nabízíme medicínskou asistenci:
- Potřebujete do věcí jasně vidět a to jde nejlépe, když je člověk klidný a nebojí se
- Asi by vám prospělo vypovídat se a získat spojení
- Můžeme vám nabídnout léky , aby z vás spadlo napětí a strach. Budete pak lépe schopni vidět co se děje
- Potřeboval byste tělesně vyšetřit, abychom viděli co se s vámi vlastně děje
- Je vždy dobře vědět o svém zdravotním stavu
- Chce to jen chvíli tady zůstat, abychom udělali potřebné analýzy a mohli jste odejít v dobré formě

Intervence u paranoidního pacienta

- opakovat pořád dokola systémem já o voze.....
- Nelžeme , ale informace které by posilovaly pacientovu nedůvěru říkáme neurčitě
- „my se o tom poradíme“, musíme udělat
- „první nezbytné kroky“ pak budeme vědět o věci více (VYŠETŘENÍ)
- Nepřesouváme odpovědnost na jiné zdravotníky- pacient se nám vrátí v remisi

Intervence u manického pacienta

- Nepřeme se , neodporujeme
- Sdělujeme s vážnou tváří že určitě tuší, že by mohl něco přehnat
- „ vím, že tím musíte trpět“
- Snažíme se aby zdravotnické zákroky bral jako svoji iniciativu
- U všech intervencí nezapomínat na vedení
- **Dokumentace !!!**

Právní otázky duševně nemocných

- Povinná mlčenlivost
- Hospitalizace v psychiatrickém lůžkovém zařízení
- Způsobilost k právním úkonům

Povinná mlčenlivost

- Zák. č.86/1992 Sb.(Zákon o péči o zdraví lidu),ukládá zdravotnickým pracovníkům:
- Zachovávat mlčenlivost o skutečnostech,o nichž se dověděli v souvislosti s výkonem svého povolání,s výjimkou případů, kdy skutečnost sděluje
 - A. se souhlasem ošetřované osoby
 - B. byl této povinnosti zproštěn nadřízeným orgánem v důležitém státním zájmu
 - C.povinnost oznamovat určité skutečnosti ,uložená zdravotnickým pracovníkům zvláštními předpisy tím není dotčena
- Mlčenlivost v nakládání se zdravotnickou dokumentací
- Mlčenlivost soudních znalců – zvláštní předpisy

Nové povinnosti zdravotníka

- 1. Vyhovět do 30 dnů žádosti o kopii
- Rozhodnout přitom, zda jde o pacienta či osobu způsobilou k obdržení kopie. To znamená, ověřit zda pacient je způsobilý k právním úkonům, zda osoba je pověřená, nebo blízká (sourozenci, partneři)
- Zjistit zda nejde o osobu podezřelou z týrání svých dětí, dožadující se dokumentace svých dětí.
- Zaznamenat každé nahlédnutí či pořízení kopie
- Včetně identifikačních údajů nahlízející osoby a označení části zdravotnické dokumentace, do které osoba nahlédla
- Zajistit, aby se nikdo nedověděl údaje :
 - A. o třetích osobách
 - B. o autorizovaných psychologických metodách
 - C. o léčbě psychologickými prostředky
- Neúčtovat za to více nežli kolik stojí náklady spojené s pořízením kopie

Hospitalizace v psychiatrickém lůžkovém zařízení

- 1. Dobrovolná hospitalizace-podepsání souhlasu
- 2.A. Nedobrovolná hospitalizace-
- Indikace- musí být nebezpečný sobě, či okolí pro duševní poruchu nebo intoxikaci
- Psychiatrické zařízení pak do 24 hod. musí ohlásit soudu nucenou hospitalizaci
- Soud musí do 7 dnů rozhodnout o přípustnosti převzetí občana do ústavu
- B. Ochranné léčení nařizuje soud: psychiatrické, protialkoholní, protitoxikomanické, sexuologické
- Buď ústavní, nebo ambulantní forma
- Pozorování občana v ústavu za účelem soudně- znaleckého vyšetření jak trení tak občansko-právní řízení

Způsobilost k právním úkonům

Rozhoduje soud

- Omezení či zbavení občana ve způsobilosti k právním úkonům v oblasti
- A.majetkoprávní
- B.pracovně- právní
- Nejde o jiné způsobilosti = řízení motorového vozidla, držení zbraně a střeliva, k rodičovským právům, volebnímu právu, k výkonu služby v ozbrojených sborech-to upravují jiné právní normy
- **Jde o ochranu práv a zájmů nemocného občana.**
- Právní úkony za občana činí opatrovník stanovený soudem

Gratuluji k absolutoriu

Děkuji třídnímu
kolektivu za:

- pozornost a
- vlídné přijetí

