

**Prof. MUDr. Hana Papežová, CSc., FAED
a kolektiv**

NALÉHAVÉ STAVY V PSYCHIATRII

2. vydání

**MAXDORF
JESSENIUS**

1 PSYCHIATRICKÝ NÁLEZ V RÁMCI NALÉHAVÉ PÉČE

Pavel Pavlovský

Psychiatrické vyšetření v naléhavých situacích musí odpovídat jejich charakteru: jedná se o akutní psychotický stav, akutní úzkostnou reakci, stav obluženého vědomí, intoxikaci nebo sebevražedný pokus, případně jinou urgentní záležitost? Od doprovodu zpravidla získáme o situaci, která k nám pacienta přivádí, cenné informace, jež je třeba v dokumentaci zachytit. Velmi důležitým aspektem našeho vyšetření je ochota či neochota pacienta s námi spolupracovat. Bez ohledu na uvedené zvláštnosti bude mít naše vyšetření nejspíše ráz cíleného vyšetření, jak je uvádějí Doporučené postupy psychiatrické péče III., s vědomím, že máme k dispozici jen omezený čas.

1.1 SPOLUPRACUJÍCÍ PACIENT

Zřejmě nejvíce informací získáme od pacienta, který k nám přijde sám, silně rozrušený nebo v úzkostné tenzi, ať už se jedná o panickou úzkost nebo o akutní reakci na stres včetně sebevražedného pokusu. Ihned si musíme vytvořit celkový dojem, který na nás pacient dělá: je upravený, neupravený až zanedbaný, jeví napětí, neklid, má nápadné pohyby nebo mimiku, nevydrží na jednom místě?

Verbální kontakt zahájíme pozdravením, podáním ruky a představením se; první dotazy zaměřujeme na aktuální subjektivní stesky, které k nám pacienta přivádějí. Pokusíme se ho přimět k co nejpřesnějšímu popisu: cítí napětí, bušení srdce, nepravidelný tep, sevření na hrudi apod., krátkost dechu, nedodechnutí, dušnost, nadměrné pocení aj.? Jde o prvou epizodu těchto obtíží, nebo opakovaný výskyt? Ve kterou denní dobu, případně i v noci s probuzením ze spánku? Jsou obtíže horší nebo lepší ráno, nebo večer? Lze nalézt nějakou

souvislost se stresogenní situací? Pokud pacient nedá určitou odpověď, pokusíme se udělat si obraz o rodinných, partnerských a dalších důležitých interpersonálních vztazích: je existenčně ohrožen, gambling, drogy, kriminalita aj.? Jsou přítomny myšlenky na smrt nebo na sebevraždu? Promýšlel způsob, jak ji uskutečnit? Jaký má postoj ke skutečnosti, že se sebevražedný pokus nezdařil? Kvůli referovaným obtížím ordinoval si pacient sám nějaké léky (uvést jejich jména), případně vyhledal v posledních dnech lékařskou pomoc?

V průběhu pacientova líčení se přesvědčíme o stavu jeho orientace časem a místem, hodnotíme formální a obsahovou stránku verbálního projevu, podle kterého usuzujeme na případnou poruchu myšlení: je jeho tempo pomalé, zrychlené, přiměřené, je souvislé, zabíhavé, ztrácí determinující tendenci, jsou přítomné neobvyklé obraty, případně neologismy? Po obsahové stránce jsou známky bludného vnímání nebo bludů, vztahovačnosti? Je přítomna případná porucha vnímání ve smyslu iluzí nebo halucinací? (Při jejich výskytu je třeba zachytit jejich konkrétní podobu.) Během kontaktu si vytváříme obraz i o paměti – při podezření na její možný defekt položíme otázky zaměřené na aktuální vštipivost i na schopnost vybavovat si minulé zážitky.

Na základě svého pozorování a získaných informací vytvoříme podklad objektivního psychiatrického nálezu.

Dovolí-li to situace, pokusíme se zjistit kompletní psychiatrickou anamnézu – výskyt psychických obtíží v minulosti, psychiatrickou léčbu ambulantní nebo lůžkovou – pokud možno s časovým určením a preparáty, které pacient užíval. Zorientujeme se alespoň v hrubých rysech v osobní anamnéze (povolání, rodina, děti, aktuální abúzus alkoholu a jiných psychoaktivních látek). Z rodinné anamnézy zachytíme psychiatrickou zátěž (výskyt duševních poruch, závislostí, suicidality, kriminality).

Na závěr svého pozorování provedeme diagnostickou rozvahu a zvolíme terapeutický postup – vzhledem k akutnosti stavu především podání psychofarmak. Své rozhodnutí vysvětlíme srozumitelným způsobem a v případě očekávaného souhlasu aplikujeme zvolený lék. Při úzkostných stavech v rámci první pomoci podáme nejspíše anxiolytika benzodiazepinové řady – v úvahu přichází diazepam, alprazolam nebo klonazepam, ve velmi naléhavém případě

možno aplikovat diazepam injekčně 10 mg i.m. za předpokladu, že pacienta doprovodí spolehlivá osoba. V závažných případech se rozhodneme pro hospitalizaci, se kterou pacient musí (písemně) souhlasit.

1.2 NESPOLUPRACUJÍCÍ PACIENT

V rámci první pomoci musíme zasáhnout zejména v případech, kdy je pacient pod vlivem psychotických prožitků a kdy se nemůžeme spoléhat na jeho spolupráci. Může se jednat o stav zmatenosti, jindy o akutní psychotickou epizodu v rámci schizofrenie, případně o akutní a přechodnou psychotickou ataku, někdy i o akutní stav v rámci afektivních poruch; můžeme se setkat i s prudkou poruchou chování u mentálně retardovaného jedince nebo v rámci motorické či jiné disociativní poruchy.

V situaci se musíme rychle zorientovat posouzením pacientova chování – neklid, útekové tendence, hostilita, agresivita (na úrovni verbálního nebo i fyzického útočení), někdy naopak stupor; zhodnotíme mimiku (adekvátní, inadekvátní – grimasy, plazení jazyka, plivání, hypersalivace, tiky, choreatické pohyby apod.), schopnost navázat kontakt – ochotu nebo neochotu odpovídat na dotazy, udržení očního kontaktu, odvracení tváře. Z odpovědi se pokusíme zjistit pacientovu orientaci – pojem o čase a o místě, kde se nalézá. Lze tak posoudit i stav recentní paměti – je schopen popsat, jak se ocitl ve zdravotnickém zařízení (respektive na místě, v němž provádíme vyšetření), co mu předcházelo, na čí popud aj.? Cíleně se dotazujeme na příčinu pacientova rozrušení – má podezření nebo jistotu, že je pronásledován, z jakého důvodu, kdo a jak mu vyhrožuje, slyší výhrůžky, jsou to hlasy známých nebo cizích osob? Vedle sluchových halucinatorních vjemů je třeba pátrat i po halucinacích jiných smyslů: podezření či jistota na jedy v jídle, v pití, v ovzduší, odeírání a zveřejňování vlastních myšlenek, vkládání cizích myšlenek do hlavy, ovládnání na dálku apod. Má pacient nejasné až bizarní somatické obtíže? Současně hodnotíme aktuální emotivitu: deprese, úzkost, manická rozjařenost. Jsou přítomné sebevražedné myšlenky? Jak jsou zpracovány? V případě sebevražedného pokusu je pacient

rád, že zůstal naživu? Hodlá pokus opakovat? Jaká je motivace sebevražedného uvažování a chování?

Posouzením zmíněných složek psychického stavu v případě určité spolupráce pacienta můžeme vysledovat, zda již byl v minulosti psychiatricky léčen (hospitalizace, ambulantní péče) – kdy, kde, užíval nebo užívá nějaká psychofarmaka, respektive psychoaktivní látky.

Při pokračujícím kontaktu získáme další užitečné informace – např. případnou psychiatrickou zátěž v rodinné anamnéze. V osobní anamnéze se pokusíme zjistit rodinný stav, existenční situaci (nezaměstnanost, kriminalita), závislosti.

Získaná data nás vedou k vytvoření objektivního psychopatologického nálezu a k pracovní diagnóze, která může být jen syndromologická (např. paranoidně halucinatorní syndrom, syndrom deliria, těžký anxiózně-depresivní syndrom aj.).

Podle diagnostického závěru se rozhodujeme pro terapii: z psychofarmak volíme především antipsychotika, která jsou k dispozici v injekční formě – olanzapin 10 mg i.m., haloperidol 5 mg i.m., tiapridal 100–200 mg i.m., aripiprazol 7,5 mg i.m. nebo zuklopentixol 50–150 ml i.m. Z antihistaminik můžeme použít dithiaden 1 mg/2 ml i.m., z anxiolytik možno s úspěchem aplikovat diazepam 10–20 mg i.m. Při pacientově alespoň částečné spolupráci můžeme použít perorální aplikaci, např. rychle rozpustné tablety olanzapinu.

V případě agresivního, neklidného pacienta je někdy třeba použít omezovacích prostředků, zejména kurtů, ochranných pásů nebo vesty. Vše je samozřejmě třeba pečlivě zaznamenat do dokumentace s uvedením přesných časů aplikace (začátku a ukončení) nutného omezení.

LITERATURA

1. Motlová L. Psychiatrické vyšetření. In: Höschl C, Libiger J, Švestka J. Psychiatrie. Praha: Tigris; 2002; p. 254–261.
2. Pavlovský P, Bankovská-Motlová L. Psychiatrické vyšetření. In: Raboch J, Anders M, Hellerová P, Uhlíková P. Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče III. Praha: Tribun EU; 2010. p. 15–19.
3. Uhrová T. Psychiatrické vyšetření. In: Raboch J, Pavlovský P a kol. Psychiatrie. Praha: Karolinum; 2012. p. 70–75.

2 LINKA DŮVĚRY – DISTANČNÍ KRIZOVÁ POMOC

Jarmila Čierná

Kapitola popisuje službu linek důvěry – telefonické krizové intervence (respektive distanční krizové pomoci), její možnosti a limity, a to nejen v souvislosti s řešením akutních psychiatrických stavů. Cílem této kapitoly je představit čtenáři principy linek důvěry, jejich možnosti a limity, a to zejména ve vztahu ke klientům s psychickými problémy.

2.1 HISTORIE A SPOLEČENSKÝ KONTEXT

První linku důvěry ve světě založil anglikánský kněz Chad Varah v roce 1953 a jejím základním mottem bylo: „Dříve než si vezmete život, zavolejte mi.“ V českém prostředí založil první linku důvěry u psychiatrické kliniky Ke Karlovu MUDr. Plzák už v roce 1964. I další vznikající služby zpravidla spadaly pod zdravotnická zařízení a byly obsluhovány zdravotnickým personálem. Původním posláním všech těchto pracovišť byla zejména prevence sebevraždnosti.

Po roce 1989 začaly vznikat v naší zemi další linky důvěry, a to i v regionech. Jejich zřizovatelé již nebyly výhradně zdravotnické subjekty, rozšířily se do sféry sociální i školské, do neziskového a nestátního sektoru (např. církve, nadace, občanská sdružení).

Rozvoj linek důvěry vedl v r. 1995 k založení profesní organizace s názvem Česká asociace pracovníků linek důvěry – ČAPLD (založena byla jako občanské sdružení, 1. ledna 2014 došlo ke změně právní formy na zapsaný spolek a 12. května 2021 k přejmenování na Česká asociace pracovišť linek důvěry.) Aktuálně jde o sdružení odborných pracovišť, poskytujících telefonickou krizovou pomoc

2.6 SPOLUPRÁCE LINEK DŮVĚRY, PSYCHIATRŮ, PSYCHOLOGŮ, PSYCHIATRICKÝCH NEMOCNIC A SLOŽEK INTEGROVANÉHO ZÁCHRANNÉHO SYSTÉMU

Znalost služby telefonické krizové intervence a jejich specifík, možností i limitů, je pro psychiatry, resp. jejich pacienty přínosná. Psychiatr by měl mít „prozkoumaný“ svůj region, aby věděl, jaké linky krizové pomoci jsou pro jeho pacienty dostupné (v jakých časech), aby svého pacienta případně odkázal na tuto službu.

Je však nutné si uvědomit, že konzultanti linky důvěry *nejsou psychiatři*. Nemohou tedy například konzultovat medikaci klientů (což je jejich poměrně častou zakázkou) a nemohou (stejně jako krizová centra) plnit funkci regulérního zástupu za psychiatra. Mohou ale dobře fungovat například v době, kdy psychiatr není dostupný (noční hodiny, dovolená, dlouhé objednací termíny apod.) pro aktuální zklidnění klienta, provázení klienta v „mezidobí“ mezi návštěvami psychiatra, řešení akutních stavů (např. i ve spolupráci s RZS).

Konzultanti linek důvěry klienty, kteří již jsou psychiatrickými pacienty, mnohdy povzbuzují a motivují k otevřenosti vůči svým psychiatrům a psychologům. Volající, kteří ještě nejsou podchytení, ale je u nich dle popisovaného stavu podezření na psychické problémy, jsou naopak motivováni k tomu, aby potřebnou odbornou pomoc vyhledali. Konzultanti přidávají jakýsi „informační balíček“ o tom, co mohou očekávat, jak takového odborníka vyhledat, v čem by jim mohl pomoci apod. Snaží se tak mnohdy odstranit nežádoucí předsudky a obavy ze stigmatizace.

Zároveň je na místě položit otázku: Je žádoucí, aby psychiatři svým pacientům volání na linky důvěry doporučovali jako vhodný ventil pro jejich zjištěnou emocionalitu? Nevnímali by to pacienti jako autoritativní návod a nevolali tam s nadměrným očekáváním, které by mohlo vést ke zklamání? Nebo by je v důsledku takového návodu ve svém odporu vůči psychiatrii naopak zavrhli, ačkoliv by pro ně mnohdy rozhovor s pracovníkem linky mohl být přínosný?

Domníváme se, že v ideálním případě by psychiatři mohli přispět k tomu, aby bariéry jejich pacientů vůči linkám minimalizovali. Bariér přitom může být celá řada, jak vnitřních, způsobených

klientovým psychickým stavem (emočním, kognitivními funkcemi, motivací, včetně postojů), tak vnějších (nedostupnost informací, nedostupnost časová nebo finanční).

Linky důvěry mají rovněž *navázanou oboustrannou spolupráci se složkami záchranného systému*. Pracovníci tísňových linek 155 a 112 na tato pracoviště často přepojují klienty, kteří se ocitli v krizové situaci, mají sebevražedné myšlenky či tendence, sebepoškozují se, mají panickou ataku apod. S těmito tématy dovedou pracovníci dobře zacházet.

Pokud naopak konzultanti linek důvěry vyhodnotí, že klient potřebuje zásah rychlé záchranné služby, mohou tento kontakt pomoci zprostředkovat, případně poskytnout klientovi podporu do příjezdu záchranné služby nebo policie.

Díky *znalosti sociálně zdravotní sítě* umí pracovníci linek po rozhovoru s klienty a zjištění jejich stavu a zakázky tyto nasměrovat například na Centra duševního zdraví, psychoterapeutické kliniky, krizová centra, poradny, psychiatrické nemocnice apod.

Závěrem

Distanční krizová pomoc je důležitou složkou zdravotně sociální sítě při řešení naléhavých psychiatrických stavů, ale i širokého spektra témat souvisejících s duševním zdravím. Její velkou devizou je zejména snadná dostupnost, anonymita a bezpečí pro klienta. Konzultanti linek důvěry dokáží podchytit krizový stav (včetně psychiatrických dekompenzací a sebevražedných tendencí) a dále s ním pracovat. V případě potřeby zprostředkují klientovi informace o dalších relevantních službách nebo naváží spolupráci se složkami záchranného systému.

LITERATURA

1. Bohatá K, Grampová Janečková, K., Kotrlová, J. Proměny krizové intervence: fenomén dlouhodobě opakovaně volajících v TKI. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton; 2019.
2. Bouček J, Peška I, Bouchal M, Pilař L, Tirayová L. Vývoj první psychiatrické pomoci telefonem a krizových center v ČR. Lékařské zprávy Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové. 1996;41:27–28.
3. Brož F, Vodáčková D. Krizová intervence v kazuistikách. Praha: Portál; 2015.

7.4.2 Disociativní poruchy

Disociativní poruchy představují skupinu velice pestrých stavů se zcela odlišnými příznaky, které spojuje jejich předpokládaný původ – disociační mechanismus. Ve starší literatuře byly tyto stavy označovány jako konverzní nebo také hysterické. Termín disociace v přesném překladu znamená oddělení. V psychiatrii si pod tímto pojmem představujeme stav, kdy neúnosné negativní emoce, vzpomínky či myšlenky jsou odděleny (disociovány) od vědomé části psychiky a jsou příčinou barvitých tělesných nebo psychických příznaků. Z pohledu akutní medicíny jsou považovány za nejvýznamnější disociační poruchy, jako jsou psychogenní neepileptické záchvaty, stavy transu a posedlosti či disociační poruchy motoriky.

Neepileptické disociační záchvaty

Vznikají u pacientů často bez předchozí anamnézy epilepsie. Na rozdíl od skutečných epileptických záchvatů je jejich průběh měnlivý. Mohou jim předcházet různé emoční rozlady, spouštěcím mechanismem může být například nepříjemný konflikt, někdy i telefonát či SMS zpráva. Často se však provokující moment nepodaří ani při důkladném rozhovoru po proběhlém záchvatu zjistit. K disociačním záchvatům dochází v naprosté většině případů v přítomnosti jiných osob, nejčastěji doma, kdežto pravý epileptický záchvat může proběhnout kdekoliv bez ohledu na to, jestli je nemocný o samotě. Začátek disociačního záchvatu bývá pozvolný, může trvat i několik desítek minut. Nežádoucí události, jako je pomočení, pokousání nebo poranění, zde bývají velmi vzácné. V průběhu záchvatu nedochází k úplné ztrátě vědomí, postižený je často schopen omezeně komunikovat. Rovněž nemusí být ani úplná amnézie. EEG záznam bývá normální v průběhu záchvatů i mezi nimi. Můžeme se setkat s pomalou, někdy i epileptiformní abnormitou. *Pozáchvatová amnézie nebývá často úplná, nýbrž ostrůvkovitá.*

Trans a stavy posedlosti

V průběhu disociačního transu dochází k výrazným tělesným příznakům, jako je náhlý kolaps, znehybnění, ztráta rovnováhy, ale i hlasové projevy, jako je *křik, pláč* či *vydávání jiných zvuků*.

U stavů posedlosti, na rozdíl od disociačního transu, dochází ke komplexnějším poruchám chování. V průběhu tohoto stavu se postižená osoba domnívá že do ní vstoupila nějaká vyšší síla, jako např. duch, předek nebo božstvo. V průběhu tohoto stavu může nemožný vyjadřovat jinak zakázané sexuální myšlenky či se dopouštět pro něj netypických aktivit religiozní, sexuální či agresivní povahy. Oproti transu zde bývá přítomná úplná amnézie.

Disociační poruchy motoriky

U pacientů trpících disociační poruchou motoriky dochází často k akutnímu narušení běžných volných pohybů. Tyto stavy často připomínají akutní neurologickou poruchu pod obrazem parézy nebo plegie, somatická příčina je však vyšetřeními vyloučena. Příznaky jsou atypické, neodpovídají anatomicky neurologickému postižení podle jednotlivých dermatomů. Tyto pseudoneurologické poruchy mají často bizarní průběh, mnohdy s dramaticky vypadajícími třesy končetin nebo celého těla, rovněž mohou být přítomny příznaky, jako je apraxie, dysartrie nebo afonie.

7.4.3 Münchhausenův syndrom

Samotný syndrom byl pojmenován po baronu Karlu Friedrichu Hieronymu von Münchhausenovi, který je též znám jako „baron Prášil“. Při tomto primárně duševním onemocnění postižený předstírá duševní poruchu, pro kterou chce být následně léčen. Vyžaduje často nejrůznější lékařské zákroky, včetně chirurgické intervence. Organopatologické změny bývají způsobeny pacientem samotným. Možný je i tzv. Münchhausenův syndrom „by proxy“, který se týká závislé osoby, nejčastěji dítěte. Diagnostika tohoto onemocnění je obtížná často i pro soudní znalce, k náhledu onemocnění u pacientů dochází málokdy a terapie je prakticky nemožná.

Typické charakteristiky pacientů s Münchhausenovým syndromem:

- Pacient se často dostavuje k vyšetření ve večerních či nočních hodinách nebo o víkendu.
- Přichází s akutními, často bolestivými příznaky, jejichž příčiny velice přesvědčivým způsobem vysvětluje.

■ **Tabulka 7.1** Metody používané k vytváření příznaků u předstírané poruchy

Metoda	%
injekce či jiná aplikace kontaminovaných substancí	29
tajné užívání medikace	24
opakovaná retraumatizace kožních poranění	17
manipulace s teploměrem	10
sebeпоškozování v urogenitální oblasti	7
falzifikace anamnestických údajů	7
způsobování si modřin nebo jiných deformit	2
jiné poškozování	2

- Často manipuluje s lékaři, zdůrazňuje jejich profesionální způsobilost a vyžaduje různé lékařské zákroky.
- K tomu, aby získal diagnózu organické poruchy, často používá obecných znalostí a medicínského žargonu.
- V případě nevyhovění může u něj narůstat iritabilita až do verbální agrese, časté jsou též stížnosti na zdravotnický personál pro pochybení v diagnostice či léčbě.
- Někdy mohou být u něj nalezeny předměty, kterými se poškozují. Např. u pacienta opakovaně hospitalizovaného pro hypoglykemie mohou být nalezeny injekční stříkačky s inzulínem (tab. 7.1).
- Taková odhalení vzbuzují agresi medicínského personálu. Pacient bývá propuštěn v konfliktním interpersonálním klimatu a vyhledává ve velmi krátkém časovém úseku jiná zdravotnická zařízení.

7.5 SIMULACE

Diagnóza simulace spočívá ve vědomé produkci psychických nebo somatických příznaků, jejich jednoznačným cílem je získání výhod, jako např. získání finanční kompenzace, vyhýbání se práci nebo nástupu trestu, případně získání požadovaných medikamentů (analgetika, anxiolytika, hypnotika) nebo ilegálních drog.

14.2.2 Bulimia nervosa

Pacientky s BN prezentují velmi podobnou symptomatiku. Nespecifické stesky na únavu, synkopy, palpitace a záchvaty, pocity na omdlení. I zde je nutné pomyslet na PPP, přestože pacientka má normální hmotnost. Intravenózní rehydrataci a úpravu elektrolytové dysbalance vyžadují nejčastěji stavy spojené s častým zvracením a zneužíváním laxativ. Nejčastější je hypokalemie a metabolická alkalóza. Zvracení a zneužívání diuretik vede k chronické dehydrataci aktivující ledvinový systém renin-angiotenzin-aldosteron. To vede k nadměrné absorpci natria a bikarbonátu na úkor draslíku a vodíkových iontů. Tento syndrom se nazývá pseudo-Bartterův a vede k hypokalemii, metabolické alkalóze a nespecifickým obtížím a pocitům na omdlení, únavě, palpitacím, svalovým spazmům, záchvatům a srdečním dysrytmiím.

U nepurgativních typů up-regulace aldosteronu a nadměrné rehydratace fyziologickým roztokem může vést k další akumulaci natria a rozsáhlým edémům. Pacientky s BN mohou mít během 1–2 dnů po abstinenci od zvracení edémy zvyšující hmotnost až o 5 kg (i bez intravenózní rehydratace, což vede k významnému nárůstu úzkosti, obav z obezity, opětnému přerušení léčby a následným obavám vyhledat akutní pomoc. U syndromu je nutno upravovat velmi pomalu intravaskulární objem, a tím snížit produkci aldosteronu (fyziologický roztok 50 ml/h), úprava kalia může být perorální nebo přidaná k infuzím, při úpravě objemu a alkalózy se kalium dostává z buněk a jeho hladina se upravuje rychleji, než se původně předpokládalo. Někdy se pro úpravu stavu při detoxifikaci po zvracení používá spironolakton k antagonizování aldosteronu během několika prvních týdnů k omezení vzniku edému. Diuretika, která často dívky užívají a vyžadují ke snížení otoků, jen hypovolemii zhoršují, a tím udržují zvýšenou produkci aldosteronu. Doporučujeme nohy do vyšší pozice a snížit solení.

Gastrointestinální stížnosti jsou také častou příčinou akutní somatické péče u BN. Charakter stížnosti je ovlivněn purgativními mechanismy, které pacient používá. Ti, kteří si vyvolávají zvracení, si stěžují na chrapot, dysfagii, pálení žáhy a zvracení s krví. Dlouhodobé zvracení vede k refluxu žaludečních šťáv až do orofaryngu

a následné dysfagii a pálení žáhy. Žaludeční kyseliny mohou dráždit hlasivky a vést během let ke chrapotu. Léčba spočívá v zastavení purgativního chování a užívání inhibitorů protonové pumpy k potlačení produkce žaludeční kyseliny. Hematemeza je častěji spojena s Malloryho-Weissovým syndromem než s krvácením z horní gastrointestinální oblasti. Mezi další symptomy z gastrointestinální oblasti patří průjmy, abdominální křeče a zácpa, častěji u těch, kteří zneužívají laxativa. Popisují nadýmání a zácpu, jejich stolice je průjmovitá podle množství zneužívaných projímadel. Přestat s projímadly není pro pacienty jednoduché. Může se u nich vyvinout tzv. rebound konstipace (cathartic colon syndrome) nebo pseudo-Bartterův syndrom. První 1–2 týdny jsou obtížné, podávat můžeme nestimulující laxativa. Zpravidla se funkce střev obnoví do 1–2 týdnů. Abdominální RTG u pacientů rezistentních na léčbu může odhalit množství stolice ve střevech a pomoci při další léčbě. Pacienti potřebují podporu a ujištění, aby v abstinenci setrvali. Informace od praktického lékaře při ošetření pohotovostní službou může ulehčit intervenci a snížit riziko komplikací.

Ani v neurologické ordinaci nejsou PPP ojedinělé, problémy akutní i chronické jsou výsledkem malnutrice, elektrolytické dysbalance a vitaminové karence. Nejčastějšími příznaky jsou únava, celková svalová slabost, bolesti hlavy a svalů, vymizení reflexů, různé poruchy cití, tetanie a paralýza při hypokalemii, neuropatie n. peroneus. Intoxikace vodou (při snaze zahnat hlad nadměrným pitím vody) vede k bolestem hlavy, myoklonickým záškubům, zmatenosti, neklidu, ataxii, epileptickým záchvatům i kómatu. Rychlá úprava hyponatremie může vést k centrální pontinní myelinolýze. Nedostatek vitamínu B1 vede k polyneuropatii a Wernickeho encefalopatii a vitamínu B6 k senzorické neuropatii. Strukturální změny mozku jsou částečně ireverzibilní.

Pacientky s PPP vyžadují somatickou péči 1,6× častěji, jak v období před stanovením diagnózy, tak po jejím stanovení. Vykazují častější návštěvy i telefonické dotazy. Stěžují si na obtíže spojené s onemocněním, jsou častěji vyšetřovány u gastroenterologů, gynekologů, nezřídka dříve, než je stanovena základní diagnóza. Protože úspěch léčby je závislý na časně diagnóze, je důležité pacientky včas diagnostikovat. A každá návštěva u lékaře k tomu představuje urči-

tou příležitostí. Z pacientek ve věku 14–20 let, které byly vyšetřeny na lékařské pohotovostní službě, mělo 16 % poruchu příjmu potravy.

Naléhavé případy po bariatrických operacích

Bariatrické operace se v posledním desetiletí velmi rozšířily (v USA mezi lety 1998 a 2002 stoupla jejich frekvence ze 7 na 38,6 operací na 100 000 obyvatel). V Česku narostl počet bariatrických pracovišť a počet operací stoupl za 10 let ze 170 na 1600 ročně. Přesto jejich počet dle literatury, ve srovnání např. s Rakouskem, neodpovídá dané prevalenci obezity v České republice. Postupně také narůstá literatura o postoperačních komplikacích a PPP. Závěry jsou nekonzistentní. Zvracení, zácpu, pocity nadýmání, změny chuti k jídlu, dysfagii a zvýšenou pozornost věnovanou jídlu lze někdy obtížně od PPP odlišit. Klinické práce ukazují, že předoperační psychologické vyšetření představuje preventivní faktor před negativním výsledkem operace. U pacientů s PPP vzniklou po operaci byly popsány pozitivní výsledky kognitivně-behaviorální terapie a psychoedukace.

ZÁVĚR

Pacienti s PPP často problémy popírají, obtížně si je přiznávají a je pro ně těžké přijmout pomoc. Navíc i někteří rodiče mladších pacientů mají tendence onemocnění skrývat, racionalizovat a bagatelizovat jeho závažnost. Pomocí pacientům i rodičům problém si přiznat, akceptovat diagnózu a doporučenou intervenci zlepšuje časnou intervenci a brání dalšímu rozvoji stigmatizace a závažných následků onemocnění. Monitorování somatických obtíží je žádoucí pro včasné odhalení v kontextu fyziologické adaptace na malnutrici a zvracení. I menší laboratorní abnormality mohou znamenat vyčerpání adaptačních mechanismů. Pro časnou intervenci však nelze na laboratorní abnormality čekat. Nutné je odhadovat psychiatrická rizika, především sebevraždy (třetina úmrtí pro PPP je přičítána sebevraždám) a sebepoškozující chování, kdy je nutná včasná intervence na akutním psychiatrickém lůžku (viz kap. 4). Specializovaná komplexní léčba je indikována po neúspěchu ambulantní péče nebo parciální hospitalizace. Čekací doby ve specializovaných zařízeních jsou obdobím promotivační psychoterapeutické práce s pacienty i jejich rodinami.

15.1.8 Výstražná znamení domácího násilí

Je třeba je mít během celého vyšetření na paměti. Patří mezi ně:

- zranění, která neodpovídají nabízeným vysvětlením,
- oběť se snaží zranění zakrývat nebo přehlížet jejich rozsah a závažnost,
- dospělou oběť doprovází partner, přestože to není nutné,
- oběť se v přítomnosti doprovázejícího partnera zdráhá hovořit,
- sebevražedný pokus,
- opakované deprese, úzkosti, záměrné sebepoškozování nebo rozmanité psychosomatické stesky,
- nesouhlas s léčbou, odmítnutí hospitalizace či její předčasné ukončení na vlastní žádost,
- časté opomenutí domluvené schůzky a návštěvy,
- neplánované, nechtěné těhotenství, v anamnéze potraty, interrupce a předčasné porody,
- mnohočetná zranění v různém stupni hojení,
- oběť je vystrašená, úzkostná a působí depresivně,
- opakující se sexuálně přenosné choroby či záněty močových cest, často rezistentní na běžnou antibiotickou léčbu,
- nadužívání léků na spaní, sedativ či antidepresiv,
- stoupající potřeba cigaret, alkoholu i drog.

Na základě rozhovoru a identifikace markerů je třeba vyhodnotit riziko a doporučit další postup. Pro situaci nejvyššího rizika doporučíme a zprostředkujeme přímý odchod do azylového domu pro oběti domácího násilí; oběti dáme kontakt na nonstop linku pro oběti domácího násilí DONA 251 511 313. Toto telefonní číslo, popřípadě doporučení na specializovaná pracoviště poskytneme i obětem s nižší mírou rizika spolu s návodem na vytvoření osobního bezpečnostního plánu.

15.1.9 Osobní bezpečnostní plán v lékařské ordinaci

Vytvoření podrobného bezpečnostního plánu je náplní specializovaných pracovišť, ale v případě středního rizika je vhodné, aby lékař jeho základní verzi s obětí probral.

- Při útoku se nenechat zahnat do místnosti, odkud není úniku nebo kde se nacházejí zbraně.

- Naučit se z paměti telefonní číslo linky DONA a policie. Mít neustále mobil při ruce.
- Svěřit se přátelům, příbuzným a domácí násilí netajit.
- Napláňovat si únikovou cestu z bytu, předem vědět, kam jít a mít při ruce doklady, peníze a klíče nebo je mít někde uschované, např. u sousedů, přátel apod.

15.1.10 Klíčová role zdravotníků

Včasná detekce nespecifických markerů násilí

Včasná detekce nespecifických markerů násilí a jeho zdravotních následků v lékařské ordinaci hraje klíčovou roli v možné pomoci obětem a poskytnutí potřebné podpory. Existuje však řada bariér, jak na straně oběti (lékař očekává, že oběť začne o násilí hovořit spontánně sama), která je důsledkem osobní zkušenosti s násilím z rukou blízké osoby, např. stud, pocity viny, strach z negativní reakce a nízké sebevědomí, tak i na straně zdravotnického personálu (nejistota, neznalost, nedostatek času), přičemž např. jedna americká studie uvádí, že s partnerským násilím má osobní zkušenost až 37–54 % patientek ošetřených na pohotovostní službě.

Screening domácího násilí a anamnestické vyšetření

Nejčastějším místem prvního kontaktu se zdravotnickým zařízením bývá pohotovostní služba, gynekologie, psychiatrie, ale také praktičtí lékaři a internisté. Vzhledem k vysokému výskytu domácího násilí je třeba, aby se součástí každé anamnézy stal rutinou screening ve formě několika otázek zaměřených na osobní zkušenost s násilím v primární rodině a v současném vztahu jako předpoklad správně orientované diferenciální diagnostiky s nepodceňováním nespecifických markerů, a to zejména v behaviorální a psychosomatické oblasti.

Rozhovor s obětí

Na základě výsledku screeningu nebo při identifikaci nespecifických markerů násilí je třeba, aby lékař vedl s obětí rozhovor, jímž je zahájen proces pomoci, která se realizuje v úzké spolupráci s ostatními

specializovanými službami a organizacemi. Rozhovor by měl respektovat pravidlo DESETI intervenčních kroků.

1. Navození důvěry a vytvoření důvěryhodného vztahu.
2. Aktivní vedení rozhovoru a trpělivé naslouchání.
3. Ujištění oběti o důvěrnosti rozhovoru.
4. Identifikace rizikových faktorů násilí a odhad rizika.
5. Informace o legálních možnostech ochrany.
6. Vysvětlení základních informací o výskytu a dynamice násilí.
7. Seznámení s dlouhodobými následky a zvážení nabídky odborné intervence.
8. Seznámení oběti se záznamem do zdravotní dokumentace. Přesný zápis významně pomáhá v právní ochraně oběti.
9. Nabídka dostupných služeb, kontakty na pomocné organizace, vytvoření osobního bezpečnostního plánu a popřípadě přímo domluvená další návštěva, doporučení u odborného lékaře či přímo v organizaci pro pomoc obětem domácího násilí (Bílý kruh bezpečí, intervenční centra, centra sociálních služeb).
10. Nikdy nenechte oběť násilí odejít jen tak!

Pro ilustraci uvádíme příklady otázek:

- Úvodní otázky: „Ze své praxe vím, že s domácím násilím má potíže řada žen. Týká se tento problém nějakým způsobem i vás?“, „Víme, že domácí násilí má přímý vliv na zdraví, rád bych věděl, jestli jste se s násilím už také setkal/a?“
- Otázky při podezření: „Ta zranění vypadají, jako by vás někdo zbil? Je to možné?“
- Otázky v případě, že oběť sama oznámí přítomnost domácího násilí s cílem posoudit riziko a doporučit sestavení osobního bezpečnostního plánu: „Mění se násilné chování s časem, opakuje se častěji než v minulosti?“, „Zastrašuje vás partner/ka a jak?“, „Byla vůči vám použita nějaká zbraň?“, „Bojíte se o svůj život nebo život svých dětí?“

Během rozhovoru se mohou vyskytnout obtíže, a to z několika důvodů: oběť násilí může všechno popřít, nejčastěji ze strachu, nedůvěry nebo pocitu, že jí nikdo stejně nemůže pomoci, nebo z jiných příčin. Existují řešení těchto obtížných situací, která dále uvádíme.

15.2 SYNDROM ZNEUŽÍVANÉHO A ZANEDBÁVANÉHO DÍTĚTE

15.2.1 Definice a formy syndromu zneužívaného a zanedbávaného dítěte

Násilí na dětech bylo identifikováno a definováno jako syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte (child abuse and neglect, CAN) zdravotnickou komisí Rady Evropy v roce 1992, která uvádí, že syndrom zahrnuje tělesné, citové a sexuální zneužití, zanedbávání a tzv. systémové týrání dítěte, přičemž se rozumí, že součástí psychického násilí je také tzv. vztahový incest, Münchhausenův syndrom by proxy a také situace, kdy jsou děti v roli svědků domácího násilí.

Světová zdravotnická organizace používá pro širší vymezení pojmu násilí na dětech termín „špatné zacházení“ (child maltreatment), které zahrnuje vedle všech forem násilí syndromu CAN také všechny formy komerčního sexuálního zneužívání dětí (dětská pornografie, dětská prostituce, obchod s dětmi), a rozeznává tak pět subtypů: tělesné týrání, sexuální zneužívání, zanedbávání a nedostatečnou léčbu, psychické násilí a vykořisťování dítěte. Jako násilí na dětech je vnímáno jakékoliv nenáhodné, preventabilní a vědomé jednání rodiče či vychovatele vůči dítěti, které může poškodit jeho stav a vývoj.

Tělesné týrání

Tělesné týrání je ublížení dítěti nebo nezabránění ublížení či utrpení dítěte. Patří sem i tělesné tresty, které jsou vedené na citlivou část těla (hlava, břicho, oblast genitálií, dlaně a plosky nohou), rány jsou vedené předmětem nebo když po nich na těle zůstávají stopy (modřiny, škrábance apod.).

Mezi klasické příznaky tělesného týrání patří modřiny (rozsah, tvar, lokalizace, zabarvení), škrábance (rozsah, lokalizace, rozmanitý stav hojení), popáleniny (podezřelý je mechanismus vzniku, který uvádí doprovod dítěte, tvar a lokalizace, jizvy po cigaretových spáleninách), vyražené zuby, natržený ušní boltec, natržená uzdička horního rtu (po surovém krmení lžičkou), fraktury (nejčastěji končetin – zejména spirálovitá zlomenina budí podezření, stejně jako fraktury žeber), poranění centrálního nervového systému (včetně shaken baby syndromu v důsledku cloumání, házení či třesení kojencem), poranění nitrobršních orgánů a genitálu. Statistika uvádí, že několik dětí je

ročně utýráno k smrti, stovky dětí jsou vystaveny krutému tělesnému týrání a čtvrtina dětí uvádí, že jsou tělesně trestány předmětem a po bití jim zůstávají modřiny. Přesná a úplná statistika týraných dětí neexistuje.

Sexuální zneužívání

Sexuální zneužívání dítěte je kontaktní a nekontaktní. Kontaktní sexuální zneužití má tři stupně intenzity od vynucených polibků přes doteky genitálií až po dokonaný sexuální styk.

Celostátní retrospektivní studie potvrzují, že i v České republice je jedno dítě z pěti (0–18 let) obětí sexuálního zneužití (kontaktní a nekontaktní forma), přičemž lze předpokládat, že zhruba 15 % dívek a 5 % chlapců se stává obětí kontaktního sexuálního zneužití blízkou osobou. Specifické symptomy sexuálního zneužití dětí jsou pouze dva: gravidita a sexuálně přenosná choroba. Přítomnost ejakulátu, ragády a poranění v oblasti anální a genitální patří mezi nesespecifické tělesné markery vyšší pravděpodobnosti; mezi tělesné markery s nižší pravděpodobností patří enuréza, enkopréza, bolesti břicha, problémy s defekací, opakované záněty močových cest rezistentní na antibiotickou léčbu a noční můry. U sexuálně zneužitých dětí pozorujeme sexualizované hry a chování, excesivní masturbaci, separační úzkostnost, iracionální obavy z určitých situací či míst, odtahité a impulzivní chování, výbuchy vzteku, bezmocnost, vyšší zranitelnost, rozvoj závislého, agresivního nebo delikventního chování. Bezprostředně po sexuálním zneužití jsme konfrontováni s panikou a šokem, které jsou patrné i u neabuzivního rodiče či doprovodu dítěte.

Při kontaktu s podezřením na sexuální zneužití dítěte je třeba mít na paměti, že vůbec nic nevíme o typu pachatele, četnosti, intenzitě zneužívání a době latence; můžeme se tak setkat v relativně krátkém časovém odstupu s popřením a u obětí intrafamiliárního modelu s rozvojem syndromu dětského přizpůsobení se sexuálnímu zneužívání, který v sobě zahrnuje utajování skutečnosti pod vlivem vyhrožování ze strany pachatele.

Empirické poznatky jednoznačně ukazují, že sexuální zneužívání se vyskytuje v tzv. trsech, tzn. že v některých rodinách se vyskytuje opakovaně v řadě generací, zatímco v jiných rodinách k němu

nedochází vůbec. To je důvod, pro který je třeba pečlivé anamnestické šetření a screening násilí. Existuje také fenomén falešného obvinění inscenovaného rodiči nebo i přímo dítětem; někteří autoři uvádějí v současné době jeho vzestup v rámci rozvodových sporů. Jeho četnost se podle různých autorů pohybuje mezi 8 a 20 %.

Mezi nekontaktní formy sexuálního zneužívání patří kontakt s exhibicionistou, expozice dítěte pornografickým materiálům, nucení dítěte přihlížet sexuálním praktikám dospělých osob.

Psychické násilí

Psychické násilí má nejčastěji podobu útoků na důstojnost dítěte, nepřiměřených očekávání rodičů, nevyvážené sourozenecké konstelace, vyhrožování, neustálého kritizování, podceňování, odpírání odměn, zákazů kontaktů s kamarády, členy rodiny, odmítání dítěte, permanentního srovnávání s jinými dětmi, manipulativního chování atd. U dětí psychicky týraných můžeme identifikovat nespecifické markery, nejčastěji pocity smutku, lítosti, beznaděje, problémy s kamarády, zhoršení školního prospěchu. Není výjimkou, že se u těchto dětí setkáme s řadou somatických poruch od bolestí hlavy, břicha až po poruchy růstu a prospívání. Nejvíce rizikovou situací je pro dítě domácí násilí, rozvod a porozvodové uspořádání péče o výchovu dítěte.

Zanedbávání dítěte

Zanedbávání dítěte lze charakterizovat jako nedostatečné naplňování potřeb dítěte včetně lékařské péče. Může se tedy jednat o zanedbání tělesných potřeb (výživa, oblečení, přístřeší, zdravotní péče), citových potřeb (zájem a čas rodičů, společně trávený čas), zanedbání výchovy a vzdělání (školní docházka, příprava na školu, koníčky, zájmy) a zanedbání v oblasti zdraví (preventivní péče, zdravý životní styl, prevence úrazů, násilí). Prvním příznakem může být nepravidelná docházka na preventivní lékařské prohlídky a očkování. Počet hrubě zanedbávaných dětí v poslední době roste a odhaduje se, že výskyt deprivovaných dětí se pohybuje mezi 5 a 10 %. Mezi identifikační markery zanedbávání patří psychomotorická retardace, atypický průběh růstové křivky, vyšší úrazovost, malá slovní zásoba, problémy se školní docházkou a prospěchem, nižší kultura a nedostatečné sociální kompetence.

REJSTŘÍK

A

- Addenbrookský kognitivní test 207
- afázie 215
- agitovanost 56, 80
- agomelatin 415
- agonisté a antagonisté
 - receptorových systémů 415
- agorafobie 296
- agrese 56, 278
 - iniciace a modulace 71
 - pasivní agresivita 57
 - u poruch osobnosti 278, 280
 - verbální 57
- agresivní nemocný 58
 - bezpečí pacienta 59
 - bezpečné prostředí 58
 - nedostatek respektu 60
 - psychologické faktory 59
- akatie 392
- akutní dystonie 391
- akutní stresová reakce
 - po znásilnění 177
 - psychoterapie 178
- alkohol 508
 - intoxikace 511, 512, 513
 - mechanismus účinku 509
 - obsah v nápojích 509
 - odvykací stav 515, 516, 517, 518, 520
 - rychlost odbourávání 510
 - závislost 48
- Alzheimerova choroba 214
- amitriptylin 403
- amobarbitalové interview 350
- anankastická porucha
 - osobnosti 265
- anorexia nervosa viz mentální anorexie
- antidepresiva 319, 402, 403, 502
 - a mánie 378
 - kombinace s antipsychotiky 328
 - minimální účinná dávka 319
 - neselektivní 503
 - nežádoucí účinky 320, 402, 404
 - principy preskripce 321
 - syndrom z vysazení 327
 - tricyklická a tetracyklická 403, 502
 - vymývací periody 411
- antipsychotika 387
 - 1. generace (typická) 340, 388
 - – a neklid 89
 - 2. generace (atypická) 341, 362, 396, 397
 - – a neklid 90
 - a mánie 384
 - dlouhodobě působící (depotní) 341
 - epileptické záchvaty 402
 - glukózový metabolismus 401
 - nežádoucí účinky 365, 366, 389, 393, 397, 398
 - schizofrenie 362, 397
- anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti 265
- apolipoprotein 213

B

bariatrické operace 233
 bazální ganglia, onemocnění 437
 behaviorální medicína 420
 benzodiazepiny
 – a neklid 89
 – předávkování 499
 bezoár 497
 bezpečná vzdálenost 65
 bezpečnost při jednání s
 agresivním pacientem 87
 bipolární afektivní
 porucha 371 *viz též* mánie
 blokátory alfa-2
 adrenoreceptorů 414
 bludy 212, 355
 boj nebo útek 297
 bulimia nervosa *viz* mentální
 bulimie
 buprenorfin 525
 bupropion 414

C

Capgrassův misinterpretační
 syndrom 212
 cévní mozková příhoda 442
 citalopram 408
 Covid-19 23, 169, 421
 – linky důvěry 23
 – násilí ve společnosti 56
 cyber grooming 251
 cyklotymie 380

D

deeskalace 61
 – komunikace 64
 – obecné zásady jednání 72
 – souhlas a nesouhlas 69
 – vyhodnocení situace 64

– vyjednávání 68
 delirium 216, 423, 433, 443
 – diagnostika 443, 444
 – hyperaktivní 217
 – hypoaktivní 217
 – intrakraniální příčiny 445
 – klinické projevy 446
 – klinický management 447
 – mezioborová spolupráce 446
 – smíšený typ 218
 – somatogenní příčiny 422
 – terapie 218, 447
 delirium tremens 216, 515, 516
 demence 208, 210, 211, 214, 215
 – Alzheimerova typu 213
 – diferenciální diagnostika 213
 – frontotemporální lobární 215
 – při Parkinsonově chorobě 215
 – sekundární 212
 – s Lewyho tělísky 211, 214
 – terapie 215
 – vaskulární 214
 deprese 211
 – farmaka a jiné látky navozující
 depresi 428
 – po překonané cévní mozkové
 příhodě 419
 – po znásilnění 175
 – u somaticky nemocných 426
 – ve stáří 219
 – v rámci somatických
 onemocnění 317
 – zvládání akutních příznaků 327
 depresivní porucha 311, 312, 315
 – a bipolární afektivní
 porucha 315
 – a demence 312
 – a dystymie 313
 – a nekomplikovaný
 zármutek 315
 – a poruchy osobnosti 317

- a poruchy přizpůsobení 313
- a schizoafektivní porucha 313
- a schizofrenie 313
- klinické vedení pacienta 324
- laboratorní a přístrojová vyšetření 317
- léčba 318, 323
- navozená psychoaktivními látkami 312
- suicidální riziko 324, 325
- depresivní psychóza 338
- desenzibilizace 403
- dezorganizovaně excitovaná psychóza 338
- dibenzepin 403
- diferenciální diagnóza 99
- disociační poruchy 101, 102, 174
- disociační porucha osobnosti 261
- domácí násilí 236
 - jak rozpoznat oběť 239
 - klíčová role zdravotníků 242
 - nespécifické markery 240, 242
 - osobnost oběti 240
 - rozhovor s obětí 242
 - screening 242
 - výstražná znamení 241
- dopaminergní dráhy 390
- dosulepin 403
- downregulace 402
- duloxetin 413
- duševní poruchy ve stáří 210
 - delirium 216
 - deprese 219
 - syndrom demence 210

E

- elace nálady 373
- elektrokonvulzivní léčba 322
- emočně nestabilní porucha osobnosti 262

- emoční stav 472
- epilepsie 441
 - temporální 380
- escitalopram 408
- esketamin 320
- ethanol viz alkohol
- etický kodex
 - internetového poradenství 37
 - pracovníka linky důvěry 36
- etiopatogeneze 213
- exekutivní funkce 215
- extrapyramidové příznaky 391
- eye movement desensitization and reprocessing 485

F

- fenomén dvojích zavřených dveří 237
- fluoxetin 408
- fluvoxamin 408
- fobické poruchy 293 viz též úzkostná porucha
- fobie 299, 300
- frustrace 56
- funkční neurologická porucha viz psychogenní neepileptické záchvaty

G

- gastrointestinální laváž 497
- gerontopsychiatrie 206
 - amnestický syndrom (korsakovský) 213
 - demence 209, 210
 - deprese 209
 - kazuistiky 221
 - kognitivní funkce 210
 - poruchy chování 212
 - pseudodemence 209

- psychiatrické vyšetření 207
- psychotická symptomatika 209

H

- halucinace 355
- halucinogeny 529
 - intoxikace 530
 - léčba 530
 - odvykáací stav 530
- histriónská porucha osobnosti 264
- hospitalizace a léčení bez souhlasu pacienta 38
- hostilita 57
- Huntingtonova nemoc 438
- hyperaktivita 373
- hyperprolaktinémie 391
- hypersexualita 374
- hypertermie 493
- hypnotika 527
 - intoxikace 528
 - léčba 528
 - odvykáací stav 528
- hypoaktivita 389
- hypochondrická porucha 99
 - kazuistiky 105
- hypomanická epizoda 372

Ch

- cholinergní rebound fenomén 408
- chování
 - agresivní 71
 - antisociální 57
 - násilné 57

I

- iluze dvojníka 212
- imipramin 403
- incest, vztahový 249

- inhibitory monoaminooxidázy (MAO), předávkování 504
- inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu a dopaminu (NDRI) 320, 414
- internetové (e-mailové) poradenství 28
- intoxikace
 - alkoholem 508, 510
 - eliminace toxické látky 494
 - léky 418, 490, 491, 493, 494, 495, 497, 498, 499
 - nealkoholovými látkami 522
 - zásady léčení otrav 491

K

- kanabinoidy 526
 - intoxikace 527
 - léčba 527
 - odvykáací stav 527
- katastrofa, práce se zasaženými 145
 - copingové (zvládací) strategie 162
 - časté chyby v komunikaci 163
 - fáze psychické reakce 147
 - individuální úroveň 154
 - komunitní úroveň 146
 - psychická první pomoc 159
 - psychologické intervence po katastrofě 158
 - psychologický debriefing 162
 - techniky podporující zklidnění 162
 - zotavení, odolnost a rezistence 157
- katatonie 332, 344
 - antiepileptika 351
 - antipsychotika 351
 - benzodiazepiny 350

- diferenciální diagnostika 346
 - elektrokonvulzivní terapie 351
 - etiologie 347
 - klinický obraz 345
 - letální 394
 - neproduktivní (stažená) 346
 - NMDA antagonisté 351
 - podpůrná léčba 350
 - produktivní (excitovaná) 346
 - repetitivní transkraniální magnetická stimulace 351
 - subtypy 346
 - symptomy 345
 - terapie 349
 - vyšetření 346
 - zolpidem 350
 - kinezika 65
 - klomipramin 403
 - kognitivně-behaviorální terapie 187, 188
 - kognitivní funkce a poruchy nálady 207
 - kognitivní porucha, mírná 426
 - konflikt
 - rizikové faktory a spouštěče 60
 - stadia 63
 - kontrakt na počátku terapie 283
 - konverzní porucha se záchvaty a křečemi 458
 - kouření viz tabák
 - krize 109
 - projevy člověka 110
 - příčiny 110
 - v rodině 197, 198, 199, 201, 204
 - krizová intervence 108
 - distanční 22
 - emoce klienta 117
 - formulace zakázky 117
 - kazuistika 122
 - kontakt policie 112
 - krizový plán 119, 121
 - následná podpora 121
 - nastartování adaptačního procesu 118
 - pojmenování problému 114
 - po znásilnění 178
 - příprava 112
 - stabilizace prožívání 116
 - u poruch osobnosti 270
 - ventilace 116
 - vybudování vztahu a atmosféry bezpečí 113
 - zhodnocení suicidálního rizika 115
 - krizová pomoc, distanční 22
 - chatová 27
 - internetové (e-mailové) poradenství 28
 - telefonická 26
 - krizový rozhovor 111
- ## L
- látky zvyšující zpětné vychytávání serotoninu 414
 - lékové interakce 419
 - linky důvěry 22
 - a psychiatrický pacient 30
 - častá témata 26
 - dle regionální působnosti 29
 - dle tarifu 29
 - etický kodex 36
 - formy distanční krizové intervence 26
 - mezioborová spolupráce 33
 - smysl a základní principy 24
 - lipidové emulze 498
 - lithium 383
 - předávkování 505

M

- manická epizoda 372
 mánie 371
 – dědičnost 377
 – diferenciální diagnostika 378
 – elektrokonvulzivní terapie 385
 – farmakologické příčiny 430
 – hodnocení pacienta 380
 – hypomanická epizoda 372
 – klinické projevy 372
 – léčba 381, 382, 384
 – non-compliance 384
 – onemocnění a stavy spojené s mánií 429
 – počátky a klinický průběh 375
 – psychotické příznaky 374
 – relaps 383
 – u somatických onemocnění 428
 – u tělesných onemocnění 428
 – výskyt v populaci 377
 maprotilin 403
 medicínsky nevysvětlitelné příznaky 97
 melatoninoví agonisté a selektivní serotoninoví antagonisté (MASSA) 320
 mentální anorexie 224, 225, 229
 mentální bulimie 224, 226, 231
 metabolický syndrom 214
 metadon 525
 mianserin 414
 milnacipran 413
 mirtazapin 414
 moclobemid 415
 myšlenkový trysk 374
- N**
- nahlížení do zdravotnické dokumentace 43
 nálada, elace 373
 narcistická porucha osobnosti 267
 násilí 56
 – bezprostřední příčiny vzniku 58
 – domácí 197, 236, 237, 239, 240, 241, 242, 245, 249
 – ekonomické 238
 – fyzické 237
 – impulzivní 57
 – na dětech 237, 246, 248, 249, 250, 251
 násilné chování 55, 74
 – akutní nepsychotické viz pacient s násilným chováním
 – akutní psychotické 76
 – augmentace antipsychotiky 75
 – bezpečná vzdálenost 65
 – deescalace 62
 – farmakoterapeutické ovlivnění 71
 – impulzivní 57
 – medikace antidepressivy 75
 – nepsychotické 73
 – omezovací prostředky 78
 – perzistentní psychotické 77
 – promyšlené 57
 – přetrvávající nepsychotické 75
 – rizikové faktory a spouštěče 60
 neepileptické disociační záchvaty 101
 negativní automatické myšlenky 188
 negativní revers 40
 neklid 56, 80 viz též pacient neklidný
 – a duševní porucha 84
 – a intoxikace psychoaktivní látkou 83
 – a nežádoucí účinek medikace 85
 – a odvykací stav při závislosti 84
 – a tělesný stav 83

- a zevní stresor nadměrné intenzity 85
- farmakologické přístupy tlumení 88
- nefarmakologické přístupy 86
- nemocní vyššího věku 91
- v důsledku psychotických příznaků 91
- neodkladná péče 40
- neuroleptika 500
- neurologická onemocnění s psychiatrickou symptomatikou 433, 435, 436
- anamnéza a klinické vyšetření 435, 436
- terapie 437
- neurologické vyšetření 435
- neurotransmise 211
- noradrenergní a specificky serotoninergní antidepressiva (NaSSA) 320
- nortriptylin 403

O

- obezita 214
- omámení 177
- omezovací prostředky 41, 78
- opioidy 522
- intoxikace 523
- léčba 524
- odvykáací stav 524
- organická rozpouštědla 532
- organické afektivní poruchy (sekundární mánie) 378
- organové neurózy 100
- osobnost, anxiózní (vyhýbavá) 265
- osoby blízké 39
- otravy viz intoxikace

P

- pacient
 - neklidný 80
 - – diagnostická rozvaha 83
 - – kazuistiky 92
 - – vyšetření 81
 - – zhodnocení stavu 81
 - – zklidňující (deeskalační) techniky 87
- nespolupracující 20
- nezletilý 39
- senior viz gerontopsychiatrie
- somaticky obtížný 80
- s omezenou svěříprávností 39
- spolupracující 18
- s poruchou osobnosti 258, 269
- suicidální 44, 45, 46, 52
- panická porucha 296
- panika 293
- paranoidní porucha osobnosti 259
- paranoidní psychóza 337
- parkinsonismus, polékový 392
- Parkinsonova nemoc 215, 438
- paroxetin 408
- pasivně agresivní porucha osobnosti 268
- popírání 130
- porucha osobnosti 258
 - akutní komorbidní 282
 - anankastická 265
 - disociální 261
 - emočně nestabilní 263
 - farmakoterapie 290
 - histriónská 264
 - hraniční 262, 284, 290
 - narcistická 267
 - organicky podmíněná 430
 - paranoidní 259, 260
 - pasivně agresivní 268
 - predispozice 259
 - psychoanalytické přístupy 284, 285

- psychoterapie 282, 285
- schizoidní 260
- smíšená 268
- terapie 269, 285, 286, 287
- – maladaptivní schémata 290
- závislá 266
- poruchy hybnosti 437
- poruchy myšlení 425
- poruchy neuromuskulárního přenosu 493
- poruchy paměti 425
- poruchy pozornosti 425
- poruchy příjmu potravy 224
 - diagnostická kritéria MKN 225, 226, 227
 - diagnostika 224
 - mentální anorexie 225, 229
 - mentální bulimie 226
 - naléhavé intervence a léčba 229
 - psychogenní přejídání 227
 - syndrom nočního přejídání 228
- poruchy vědomí 423
- poruchy vnímání u somaticky nemocných 423
- posttraumatická stresová porucha 313
 - po znásilnění 174, 179, 180, 184, 185, 186, 189, 190, 191
- pozůstalí 135
- pracovní diagnóza 21
- právní normy 38
- pronásledování (stalking) 238
- protialkoholní a protitoxikomanická záchytná stanice 514
- protipřenos 269, 283
- proxemika 65
- prozódie 65
- předstírané poruchy 97, 103, 104
- prejídání (noční) 227
 - diagnostická kritéria 228
- přenos 269, 283
- pseudodemence 208
- psychiatrická diferenciální diagnóza 99
- psychiatrické vyšetření 18
- psychiatrický nález 18
 - objektivní 19
- psychogenní neepileptické záchvaty 450
 - anamnéza 461
 - diagnostika 458, 460, 463, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 473, 485
 - epidemiologie 459
 - etiologie 452, 453, 455, 465, 471
 - hypnóza 473
 - psychoterapie 473, 483, 484, 485
 - sérové hladiny prolaktinu 475
 - sugestivní indukce 477, 478
 - teorie disociace 454
 - terapie 464, 480, 482
 - video-EEG 475
 - vokalizace 469
 - vyšetření 471, 472, 473, 474, 475
- psychogenní přejídání 224, 227
- psychologický debriefing 162
- psychoterapie 304, 322
- psychotické poruchy, klasifikace 333
- psychotické příznaky 336
- psychóza 332, 337
 - akutní 332
 - depresivní 338
 - dezorganizovaně excitovaná 338
 - diferenciální diagnostika 338
 - hypotézy vzniku 334
 - chronická 353
 - klinický obraz 335
 - paranoidní 337

- symptomy 335
- terapie 340
- vyšetření 338

R

- repetitivní transkraniální magnetická stimulace 322
- reverzibilní inhibitory monoaminooxidázy A 415
- rodina 199, 200, 201, 202, 203
- roztroušená skleróza mozkomíšní 441

Ř

- řeč 374

S

- SAD PERSONS 51
- sebepoškozování 270
 - u lidí s poruchou osobnosti 270, 271
- sebevědomí přehnaně zvýšené 373
- sedativa 527
 - intoxikace 528
 - léčba 528
 - odvykací stav 528
- selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu (SNRI) 305, 413
- selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) 320, 408, 503
 - v léčbě úzkostných poruch 305
- serotoninové modulatory a stimulatory (SMS) 320
- serotoninoví antagonisté a inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SARI) 320, 412
- serotoninový syndrom 326
- sertralín 408
- sexuální zneužití 238
 - dítěte 247
- schizofrenie 353
 - dezorganizační příznaky 356
 - diagnóza 357
 - diferenciální diagnóza 359, 361
 - hospitalizace 365
 - katatonní příznaky 356, 358
 - klinický obraz 354
 - kognitivní poruchy 356
 - kritéria MKN-10 360
 - krizový stav 362
 - léčba psychotické ataky 363
 - negativní příznaky 356, 357
 - pozitivní příznaky 355
 - průběhové varianty 358
 - psychiatrická stabilizace 362
 - relaps 365
 - subtypy 361
 - symptomy 355
 - typy 359
 - zklidnění neklidného nemocného 362
- schizoidní porucha osobnosti 260
- simulace 97, 103, 104, 105
- smrt pacienta 277
- sociální fobie 298
- sociální izolace 238
- somaticky nemocný, psychiatrické symptomy 418, 421
 - terapie 430
- somatizace 97
- somatoformní bolestivá porucha 100
- somatoformní porucha 99, 104
- somatoformní vegetativní dysfunkce 100

- souhlas pacienta 38
- spánek, snížená potřeba 374
- spongiformní encefalopatie 215
- stalking 236
- stárnutí populace 206
- stimulancia 528
 - intoxikace 529
 - léčba 529
 - odvykací stav 529
- strach 293
- Strukturované klinické interview pro DSM 473
- substituční terapie 525
- sugestivní indukce záchvatů 477
- suicidalita 44
 - rizikové faktory 47
- suicidální krize 272
 - a depresivní porucha 324
 - u poruch osobnosti 273, 274, 276, 277
- suicidální pokus, posouzení 50
- sundown fenomén 217
- syndrom
 - aktivační 403
 - depresivní 312, 317
 - extrapyramidový 389
 - Meadowových 457
 - Münchhausenův 102, 249, 456, 457, 464
 - neuroleptický maligní 393, 394, 493
 - nočního přejídání 228
 - organický amnestický 425
 - parkinsonský 392, 435
 - serotoninový 326, 410, 493, 503
 - Svengaliho 458
 - Touretteův 440
 - zneužívaného a zanedbávaného dítěte 246
 - a Policie ČR 252
 - bariéry lékařské péče 254
 - diagnóza 252
 - doporučení WHO a ISPCAN 253
 - multioborový algoritmus v lékařské ordinaci 251
 - terapie 253
 - z vysazení 327, 408, 409

Š

štítná žláza, hyperfunkce 419

T

- tabák 530
 - intoxikace 531
 - odvykací stav 531
- tělesné příznaky 97
 - rozhovor 98
- terorismus, intimní (patriarchální) 236
- testy
 - Baum test 339
 - Lüscherův 339
 - MMSE 207
 - nedokončených vět 339
 - Rorschachův 339
 - tematický apercepční 339
- tianeptin 414
- toluen 532
- Toxikologické informační středisko 491
- trankvilizace 344
- trans a stavy posedlosti 101
- trauma, abnormální reakce 132
- traumatický stres 156
- trazodon 412
- truchlení 127, 206
 - disociativní fenomény 129
 - fáze 129
 - komplikované 131

- normální 128
- práce s pozůstalými 135
- úkoly 130
- zátěž rodinného pečovatele 220
- týrání dítěte, tělesné 246

U

- umírání 206
- ustrnutí 177
- utajování příznaků 224
- úzkostná porucha 293
 - agorafobie 296
 - diferenciální diagnóza 301
 - farmakoterapie 305
 - generalizovaná 296
 - klinické vedení a cíle léčby 303
 - léčba 303
 - – nedostatečná odpověď na první krok 306
 - – pacient s komorbiditou 308
 - – ukončení 307
 - – změna léku 306
 - panická porucha 296
 - psychoterapie 304
 - sociální fobie 298
 - somatické projevy 302
 - specifická fobie 300
 - u tělesných onemocnění 428
 - úzkostně-depresivní porucha 298
 - závislost na návykových látkách 308

V

- věk 213
- venlafaxin 413
- verbální kontakt 18

- viktimizace 57
 - sekundární 177
- vortioxetin 412
- výchovné problémy 197
- vyjednávání 68
- vytěsnění 130
- vzdělání 214

W

- Wilsonova nemoc 439

Z

- začarovaný emoční kruh 220
- zachování mlčenlivosti 42
- záchvaty viz psychogenní neepileptické záchvaty
- zanedbávání dítěte 248
- zármutek 127
- závislá porucha osobnosti 266
- zdravotní dotazník 312
- znásilnění 172
 - disociace po znásilnění 174
 - dlouhodobé psychické následky 176
 - emocionální trauma 173
 - kazuistiky 181, 191
 - pocity viny po znásilnění 175
 - reminiscence 175
 - sekundární viktimizace 177
 - šok 174
- zneužívání
 - dítěte 246
 - partnera (domácí násilí) 236
- zolpidem 350, 499
- zopiklon 499
- Zungova sebehodnotící škála deprese 312