

MUDr. Mgr. Eva Navrátilová



PSYCHOPATOLOGIE PRO POMÁHAJÍCÍ PROFESE

Psychiatr – lékař, zaměřen na stanovení diagnózy a stanovení léčebného plánu, včetně ordinace psychofarmak, zpravidla neprovádí psychoterapii

Psycholog – absolvent oboru psychologie na některé z fakult poskytujících humanitní vzdělání, provádí testování (intelekt, struktura osobnosti...), většinou může provádět psychoterapii (není pravidlo)

Psychoterapeut – člověk s VŠ vzděláním humanitního směru nebo lékař (výjimečně i zdravotní sestra), který absolvoval mnohaletý sebezkušenostní psychoterapeutický výcvik

Kouč – není potřeba specializované akreditované vzdělání, prakticky kdokoli, kdo projde různými kurzy – nemůže působit ve zdravotnictví

ROZDĚLENÍ DUŠEVNÍCH PORUCH

- Organické poruchy – demence a další poruchy způsobené poškozením mozku
- Psychózy – schizofrenie, schizoafektivní porucha a další psychotické stavy
- Závislosti – závislosti a nadužívání návykových látek
- Poruchy nálady – deprese, mánie, bipolární porucha...
- Neurotické poruchy – poruchy přizpůsobení, OCD, úzkosti, panika, GAD...
- Neorganické poruchy spánku
- Poruchy příjmu potravy
- Poruchy osobnosti
- Poruchy chování u dospělých – gambling, pyromanie, kleptomanie...
- Poruchy v sexuální oblasti
- Mentální retardace
- Poruchy autistického spektra
- Poruchy typické pro dětský věk

Vědomí a jeho poruchy

Z psychiatrického hlediska definujeme vědomí jako schopnost uvědomit si sama sebe jako individualitu oproti ostatnímu světu a schopnost uvědomit si a správně zařadit plus interpretovat vlastní prožitky (tj. určit původ a časovou lokalizaci prožitků).

Poruchy vědomí dělíme na:

- kvantitativní – zastřené vědomí: postihuje vigilitu vědomí a tím stejnoměrně ostatní znaky vědomí (somnia, sopor, koma)
- kvalitativní – oblužené vědomí: postihuje ostatní znaky vědomí (luciditu, idiognozi, obsah...), a to nerovnoměrně (delirium, depersonalizace, mráкотné stavy)

Orientace a její poruchy

Orientace je schopnost správně rozpoznávat současné časové, místní, osobní a situační vztahy. Umožňuje jedinci začlenit se do časových, prostorových a sociálních relací. Zjištění, zda je pacient orientován osobou, místem, časem a situací patří k základním úkonům při hodnocení psychického stavu.

- Orientace časem: zahrnuje znalost data, dne v týdnu, denní doby, měsíce, roku a ročního období - její poruchy jsou poměrně časté (časová orientace bývá labilnější)
- Orientace místem: patří sem znalost adresy, místa pobytu, zeměpisné určení, u známých míst bývá relativně stálá, v novém prostředí se musí teprve získat (proto je zpočátku labilnější), nutno rozlišovat mezi místní a prostorovou orientací
- Orientace osobou: spočívá ve znalostech jedince o sobě (den a místo narození, původ, jméno, povolání, postavení v sociálních vztazích...)
- Orientace situací: umožňuje chápat aktuální situace v jejich významu a smyslu pro daného jedince

Vnímání a jeho poruchy

Vnímání je aktuální odraz reality v našem vědomí zprostředkovaný receptory. Na periferní část receptoru působí **podnět**, který vyvolá **vzruch**. Vzruch je veden do mozku, kde v příslušné projekční oblasti vyvolá podráždění a tím vzniká **počitek**. Současně působí více podnětů, tedy vzniká i více počitků. Ty se navíc integrují s minulou zkušeností a vzniká výsledný komplexní **vjem**. Poruchy vnímání je třeba rozlišit na ty, které sice narušují odraz reality, ale nejsou chorobné, a na poruchy vnímání patické.

Nechorobné poruchy vnímání: smyslové klamy, živé představy...

Chorobné poruchy vnímání:

- Iluze: Zkreslené, deformované vjemy vyvolané skutečným reálným podnětem.
- Halucinace: Šalebné vjemy bez jakéhokoliv vnějšího reálného podnětu v dosahu příslušného analyzátoru. Jsou nevývratné a nemocní k nim mají patický postoj, považují je za realitu.

Myšlení a jeho poruchy

Myšlení je nejvyšší forma poznávací činnosti, psychický proces, který umožňuje zprostředkované poznání skutečnosti. Myšlení je neodmyslitelně spojeno s řečí, protože na nejvyšší úrovni se odehrává prostřednictvím slov.

Kvantitativní poruchy myšlení

Útlum: Zpomalení myšlenkových procesů, vyznačuje se nedostatkem spontánnosti, malým počtem asociací, myšlenkový proces navazuje až na silný podnět. Vyskytuje se při vyčerpání, závažných onemocněních, intoxikacích, stejně tak jako u duševních poruch – mentální retardace, demence, deprese...

Zrychlení: vyznačuje se zrychlením představ a asociací, které se stávají povrchnějšími, myšlení při zrychlení postupně ztrácí schopnost sledovat determinující tendenci při dosahování cíle, více podléhá konstelačním podmínkám, cíl se často mění. Vyskytuje se mírně při veselé náladě, v euforii, na počátku některých intoxikací (alkohol...), v mánii.

Poruchy struktury myšlení

- roztržité myšlení: neumožňuje soustředění na konkrétní úkol
- ulpívavé myšlení: stálé vrácení se k jedné představě, větě nebo slově
- nevýpravné myšlení: nemocný setrvává na jedné představě, kolem níž se mu vybavuje řada nepodstatných myšlenek a k níž se stále vrací
- zabíhavé myšlení: nedosahuje cíle přímočaře, ale oklikami přes nepodstatné myšlenky
- inkoherentní (nesouvislé) myšlení: jednotlivé myšlenkové tvary (pojmy, představy i jejich verbální vyjádření) jsou kladeny vedle sebe zcela bez logických, eventuálně i gramatických vazeb
- symbolické myšlení: přiřazuje běžným faktům širší význam, při magickém myšlení význam nadpřirozený

Kvalitativní poruchy myšlení

- Bludy: Blud je mylné přesvědčení, které vzniká na chorobném podkladu (nedochází k němu za fyziologických podmínek, je vždy součástí duševní poruchy), je nevývratné a má individuální charakter (není výsledkem obecného mínění, je v rozporu s okolím). Často má patologický vliv na chování. Nejčastějšími typy bludů jsou bludy paranoidní, velikášské (expanzivní) a mikromanické (depresivní).
- Vtíravé myšlenky (obsese): Zvláštní skupina poruch myšlení (někdy řazená mezi obsahové poruchy), jejichž hlavní patologií je vtíravost, jakou se vnucují do mysli proti vůli subjektu a nedají se potlačit. Subjekt je vnímá jako cizí element, který ruší běh jeho soustředění a cílené jednání, na rozdíl od bludu na ně má náhled. Při snaze vzdorovat sílí úzkost a tenze.

Emotivita a její poruchy

Emoce vyjadřují subjektivní vztah člověka k jeho vlastním projevům a jeho okolí, jsou to psychické projevy, které mají hodnotící význam (vyjadřujeme jimi, zda je nám něco příjemné nebo nepříjemné, svůj kladný či záporný postoj). Doprovázejí každé duševní dění člověka. Emotivita je závislá na věku a pohlaví, má vztah k adaptaci je regulována interpersonálními vztahy.

AFEKT = prudká, velmi intenzivní emoční reakce, která se vyznačuje rychlým vznikem, bouřlivým průběhem a krátkým trváním. Je provázen zřetelnými somatickými projevy (mimické, pantomimické, vegetativní). Každý afekt, který vznikl, má tendenci k vybití a pokud k němu nedojde, vznikne městnání afektu, což vede k úzkosti a jeho následky se projeví tím, že někdy zcela nepatrná příčina může vyvolat nadměrnou reakci.

NÁLADA = stav, který vyjadřuje trvalejší pohotovost emoční reakce v určitém směru, má menší intenzitu než afekt, ale delší trvání. Nálada dává všem ostatním emočním reakcím určité podbarvení (shodné reakce zvýrazňuje, odlišné potlačuje). Na náladu působí řada vnitřních i vnějších vlivů (zdravotní stav, počasí, prostředí...).

Poruchy nálady

Vyznačují se především nepřiměřeností v délce trvání, ale rovněž intenzita je nepřiměřená dané situaci. Uplatňuje se i kvantitativní hledisko – podle toho můžeme rozlišovat náladu zvýšenou nebo sniženou. Patická nálada má výrazný vliv na celou psychickou činnost a chování nemocného. Chorobná nálada může být vyvolána i nepatrnými podněty, jindy žádný podnět nezjistíme. Rozlišujeme dva základní okruhy patické nálady – expanzivní a depresivní.

EXPANZIVNÍ NÁLADA se projevuje zvýšenou emoční reaktivitou, zvýšenou vitalitou, aktivitou, agilností, zvýšeným sebevědomím. Nemocný zasahuje do činnosti svého okolí, při vystupňování této nálady se objevuje neklid. Patří sem euforie, hypománie, mánie, extatická nálada.

DEPRESIVNÍ NÁLADA: Je charakterizována sníženou emoční reaktivitou a sníženým sebevědomím. Je přítomna chorobně smutná nálada se stísněností, utlumeností, sníženou aktivitou a vitalitou, řeč bývá tichá, zpomalená, odpovědi často po latencích, někdy až mutismus.

Pozornost a její poruchy

Pozornost je zaměřenost a soustředěnost duševní činnosti na určitý objekt nebo děj. Pozornost je předpokladem, aby smyslový vjem vstoupil do vědomí – stav pozornosti vyjadřuje například protiklad slyšení a poslouchání. Pozornost závisí na prostředí i na vnímajícím subjektu – pozornost upoutává například nápadnost, neočekávanost, originalita vnímaného objektu, oslabuje ji únava subjektu. Jevy, které upoutají pozornost, se ukládají do paměti, ostatní jsou zapomenuty.

Poruchy pozornosti:

hypoprosexie: globální snížení pozornosti ve všech složkách (event. obecné označení)

hyperprosexie: zvýšená koncentrace na úkor distribuce a vigility (u neuróz a psychóz – zaujatost potíže), při selektivním zvýšení některých charakteristik (mánie – zvýšená iritabilita a distribuce, tedy podněty o nižší významnosti snáze vstupují do vědomí a jsou tam udržovány – neřeší současně pokles jiných funkcí)

Paměť a její poruchy

Paměť je schopnost přijímat, uchovávat a vyvolávat předchozí vjem, a to i po odeznění vyvolávajících podnětů. Zaručuje kontinuitu psychického života, slouží k uchovávání a dalšímu zpracování minulé zkušenosti. Je nezbytnou podmínkou vývoje jedince, jeho orientace a existence.

Typy paměti:

pracovní paměť: krátkodobé až střednědobé udržení aktivní reprezentace vjemů vnějšího a vnitřního světa ještě po jejich odeznění,

deklarativní paměť: dlouhodobá vědomá paměť pro fakta a události,

procedurální paměť: dlouhodobé nonverbální uchování motorických dovedností, zúženým profilem je striatum.

Poruchy paměti = mnestické poruchy. Mohou být postiženy všechny složky rovnoměrně (získaná globální porucha paměti = deteriorace, často u pokročilých demencí, zvl. Alzheimerova demence) nebo může převažovat porucha některé složky paměti (u neuróz vstíplivost, u emočního vzrušení výbavnost...).

Kvalitativní poruchy paměti:

Snížení paměťových funkcí: Týká se deklarativní paměti, může postihovat sémantickou, epizodickou nebo obě složky. Patří sem amnézie

Zvýšení paměťových funkcí = hypermnézie: Může se jednat o skutečně nadměrně vyvinutou paměť, většinou jen izolovaně (čísla, prostor, hudbu...), nesouvisí s inteligencí, může se dostavovat i u lehčích mentální retardací. Může být rovněž jen zdánlivá – jde o neschopnost vyhasínání nepoužívaných paměťových stop, bývá u psychopatů a paranoiků, také u některých neuróz. Zvýšená výbavnost může být u mánie a po psychostimulanciích, ale na úkor kvality.

Kvantitativní poruchy paměti:

- **vzpomínkový klam:** vyvolání vnitřního prožitku, který se nestal, ale který má charakter znovuprožívaného, tedy vzpomínky (dostavuje se při psychoterapii, může se jednat např. o vyčtené zážitky aj.)
- **konfabulace:** nevědomé přemostování výpadků paměti smyšlenkami, přičemž si subjekt není vědom toho, že podává mylný údaj. Jde o těžké organické poškození mozku se ztrátou vstřípivosti, kdy subjekt zapomíná i předchozí konfabulaci a jeho odpovědi na tutéž otázku se stále mění (pozdní forma Alzheimerovy demence, Korsakovův syndrom).

Osobnost a její poruchy

Osobnost je komplex všech psychických a somatických vlastností, determinovaný geneticky a dotvářený interakcí s okolím, který vstupuje mezi situaci a reakci. V jiné definici – dynamický soubor trvalých vlastností, které se utvářejí během individuálního vývoje a předurčují schopnost adaptace na okolí.

Porucha osobnosti je soubor výrazných, pro okolí či dotyčného nepříjemných osobnostních rysů, názorů a chování, které jsou výrazně maladaptivní ve většině sociálních situací a výrazně narušují společenské a pracovní fungování. Nejedná se ale o nemoc, není tudíž medicínsky ovlivnitelná. Ale i jedinci s poruchou osobnosti mohou onemocnět třeba poruchou nálady, úzkostí a podobně. Psychofarmaka, která jsou jim potom podávána, ovšem řeší pouze tuto přidruženou symptomatiku, nikoli poruchu osobnosti jako takovou. Léky na poruchu osobnosti skutečně neexistují. Lidé s poruchou osobnosti mohou někdy profitovat z psychoterapie, není to ale obecně platné pravidlo.

Pudy a jejich poruchy

Pudy jsou biologické, vrozené, složité, relativně stálé, druhově specifické reakce na podněty z vnějšího či vnitřního prostředí organis. Cílem pudu je jeho uspokojení, jež je doprovázeno pocitem libosti. Pokud není pud uspokojen, vzniká naopak pocit nelibosti. K pudům se vážou vrozené stereotypní vzorce chovánímu. U člověka jsou pudy doplněny a do jisté míry i nahrazeny myšlením, výchovou, učením, okolní civilizací a kulturou – lidské chování proto pudy ovlivňují jen částečně, tvoří ale důležitou součást volní motivace.

Dělení pudů:

- pud zachování rodu: sexuální, péče o potomstvo (rodičovský)
- pud zachování jedince: obživný, sebezáchovný, orientační, pud zvědavosti, zvědavosti
- pud sdružovací (sociální)
- pud pro zpříjemnění existence (pud zdobivosti, vlastnický, sebeuplatnění)

Poruchy obživného pudu:

Polyfagie: Stav, kdy postižená osoba konzumuje obrovské množství jídla, aniž by se ovšem dostavil pocit nasycení (neschopnost prožít pocit nasycení). Porucha se vyskytuje například u osob, které z různých důvodů trpí zvýšenou produkcí inzulínu a u některých dalších endokrinologických poruch.

Bulímie („vlčí hlad“): Dochází k záchvatovitému přejídání, pacient pociťuje neovladatelné puzení sníst vše, co je v dosahu (jí i zbytky jídel či odpadky), často spojeno s nadměrným tloustnutím.

Sitofobie: Chorobný strach z jídla, který má vždy patologickou motivaci (třeba strach, že jídlo je otrávené; osoby s mikromanickými bludy se domnívají, že nejsou hodny potravy a podobně)

Anorexie (nechutenství): Bývá způsobena zvýšeným psychickým tlakem, poruchami štítné žlázy, provází horečnatá onemocnění a některé další závažné somatické nemoci.

Poruchy pudu sebezáchovy:

Sebevražda (suicidium): vědomé a úmyslné ukončení života, které si jedinec přeje a úmyslně si jej přivodí, důvody k sebevraždě jsou nejrůznější, často bývá vyvrcholením duševního onemocnění (zejména deprese a schizofrenie) – v tomto případě hovoříme o **patické** sebevraždě. Pokud se člověk o sebevraždu pokouší proto, aby na sebe upozornil (často jde vlastně o zoufalé volání o pomoc) a zemřít vlastně ani nechce, hovoříme o **demonstrativní** sebevraždě. Zvláštním typem sebevraždy je sebevražda **bilanční**, touha zemřít je při ní opravdová a motivací bývá bezvýchodná životní situace. Motivace sebevražedného chování nemusí být jen projevem autoagrese, ale představuje i agresi vůči okolí (např. vůči příbuzným). Může jít o vynucování pomoci ze strany okolí při neřešitelné situaci v rámci vystupňovaného pudu sebezáchovy (např. snaha po sekundárním zisku).

Sebezabití: jednání, které sice směřuje k ukončení života, ale motivací není touha zemřít. Občas se s ním setkáváme u osob trpících schizofrenií, které si sáhnou na život proto, že jim to nařídily hlasy, jindy zase člověk vyskočí z okna, protože ho pronásledují imaginární útočníci a podobně. Nezřídka je sebezabití důsledkem intoxikace alkoholem či drogami (např. v rámci deliria).

Sebepoškození (automutilace): vědomé a úmyslné poškození zdraví a tělesné integrity, podobně jako u sebevraždy můžeme rozlišit patickou a bilanční automutilaci

- při **patickém** sebepoškození je motivace vedena duševní poruchou – pacient má např. potřebu se potrestat za spáchané hříchy, nejčastěji bývá u psychotiků a pacientů s poruchou osobnosti
- **bilanční** sebepoškození je asi nejčastější u vězňů (polykáním nejrůznějších předmětů se snaží dostat z výkonu trestu do nemocnice, odkud je snadnější uprchnout) a u vojáků (prostřelením nohy se chce dostat z fronty atd.) – druhem bilančního sebepoškození je i **protestní hladovka**

Vůle a její poruchy

Vůle je definována jako schopnost se rozhodnout pro určitý cíl současně s uvědoměním si cesty k jeho dosažení. Vůle se vyznačuje vrozenými (síla, slabost) a získanými znaky (váhavost, bezradnost, unáhlenost atd.) Volní jednání je složitá psychická činnost, kterou se vědomě a úmyslně sleduje dosažení vytčeného cíle.

- **abulie:** difusní vymizení volních procesů, nižší stupeň je *hypobulie*, jde buď o přechodnou redukci dynamogenie nebo ireverzibilní výpad (u organických poruch)
- **hyperbulie:** zvýšená síla volního aktu s patologickou aktivitou, iniciativou a spontaneitou, jde jen zdánlivě o příznivou situaci, dochází sice k snadnému rozhodování, ale častému měnění cílů, bývá např. u mánie a hebefrenie.
- **astenie vůle:** trvalá neschopnost rozhodování a sledování cíle, útěk od realizace při nepatrných překážkách

Poruchy jednání

Jednání směřuje k dosažení cíle nezávisle nebo v rozporu s vědomým rozhodnutím. Jde obvykle o poruchy automatické, kde se uplatňují nebržděné pudové mechanismy, často nedosahující hladiny vědomí. Vyznačují se náhlým vznikem, krátkým trváním, často výrazným psychomotorickým neklidem. Predisponují vyčerpání, puberta, tíživá životní situace, psychické trauma, organicita.

zkratové jednání: porucha v oblasti rozhodování, kdy existuje představa cíle (který je emočně nebo zájmově velmi silný), ale chybí kritické posouzení motivů a výběr nejvhodnějších prostředků k dosažení, k dosažení cíle je užívána první eventualita, která se nabízí, i když je rozporu s morálními normami a přináší komplikace – jednání je tedy emočně podbarveno, vědomí je neporušeno (příklady: útěk dítěte z domova před trestem, útěk vojáka domů ze stesku).

účelové jednání: cíl jednání je sledován instinktivně a neuvědoměle, obchází volní akt a projevují se v něm automatismy, bývá nepřiměřené situaci, budí někdy dojem schválnosti – název je odvozen od účelu, kterému je jednání neadekvátně podřízeno, nejde přitom o simulaci, sledování cíle je ovlivněno nevědomým motivem (obvykle útěk do nemoci), bývá pozorováno

demonstrativní jednání: je přítomna představa sledovaného cíle, ale k dosažení je volena nepřiměřená náhradní aktivita – např. pokus o suicidium za účelem přivolání pozornosti – je zde plynulý přechod k simulaci

kompulze: nutkavé jednání, které se nedá vůlí potlačit, nutkavé motivy jsou zatlačeny do pozadí, ale přesto se prosazují, vyvolávají pocit vnitřní tenze, která je snižována nutkavým jednáním

impulzivní jednání: jednání je ovlivněno pudovými silami, impuls obchází vůli, není podrobován hodnocení a rozhodování, je proveden okamžitý nápad, aniž existuje vědomá představa cíle, jednání nastupuje nečekaně, bez uvážení vhodnosti a následků, odehrává se téměř vždy na patologicky změněném terénu

tiky: mimovolní, opakující se nerytmické pohyby příbuzných skupin kosterních svalů (motorické tiky) nebo mimovolní produkce zvuků a slov (vokální = fonační tiky), tiky jsou vůlí potlačitelné, mizí při odvedení pozornosti i ve spánku, naopak se zvyrazňují v tenzi

ORGANICKÉ PORUCHY

Demence je závažná duševní choroba zapříčiněná degenerativními změnami na mozku. K jejímu rozvoji může vést řada nejrůznějších chorob. Většina forem demence postihuje jedince nad 60 let. Hlavním příznakem demence je progresivní zhoršování rozumových schopností. Nejčasněji bývá postižena krátkodobá, později i dlouhodobá paměť, porušen je také úsudek a časoprostorová orientace, včetně ostatních kognitivních schopností, jakými je pozornost, schopnost komunikace, abstraktní myšlení a rozpoznávací funkce.

Osobnost nemocného se postupně rozpadá, četné obtíže pro něj představují i běžné každodenní činnosti a jeho společenská role, pacient zapomíná již naučené úkony, jakými je oblékání, příprava jídla a hygiena, ztrácí své osobní věci, bloudí ve svém bydlišti. Tyto projevy velmi často doprovázejí i poruchy nálady, nezvyklé chování, nebo epizodické stavy zmatenosti (delirium) s hrozbou pádu.

V případě afektivních poruch jsou nejčastějšími deprese, úzkost a apatie, zřídka ovšem nejsou ani euforie, mánie, či tzv. moria (rozjařené, nicméně velmi nevhodné chování, obtěžování, plané vtipkování, zlomyslnost). Objevují se i příznaky psychózy – halucinace, iluze, paranoia, nepřiléhavé emoce, nejčastěji pod obrazem deliria.

Alzheimerova choroba je neurodegenerativní onemocnění mozku projevující se ztrátou nervových buněk v některých částech mozku. Jedná se o nejčastější typ demence u osob starších 65 let. Onemocnění se projevuje celou řadou typických příznaků v oblasti paměti (rychlé zapomínání, opakování stejných otázek, ztracení předmětů a jejich odkládání na nesprávná místa, pokřivení paměti), jazykových schopností (obtížné hledání správných slov, mezery v řeči, používání nesprávných slov či jednodušších slov pro složitější myšlenku), orientaci v prostoru (problém s nalezením cesty, ztracení se), výkonných funkcích (nesprávná rozhodnutí, obtíže s plánováním relativně jednoduchých aktivit) a chování (apatie, deprese, úzkost, vznětlivost a bludy). V raném stádiu je nejnápadnější zejména obtížné dorozumívání, zapomínání, zakládání věcí, podezíravost, vztahovačnost, popírání problémů a poruchy paměti, dezorientace v čase, bloudění na známých místech, obtížné rozhodování a bezradnost, ztráta iniciativy, známky deprese, úzkosti a agresivity, ztráta zájmu o koníčky, změna osobnosti – sobeckost a egocentričnost. Ve středním stádiu nemoci se přidávají poruchy soudnosti, nekritičnost, prohlubování změn osobnosti, neschopnost vykonávat běžné aktivity jako je vaření a nakupování, potřeba pomoci při vykonávání osobní hygieny a oblékání, obtížná komunikace, toulání, bloudění, poruchy chování, halucinace, podezírání, stavy zmatenosti. V pozdním stádiu se dále objeví poruchy příjmu potravy, nerozpoznání blízkých osob, nechápání okolního dění, ztráta schopnosti souvislé řeči, velké stavy zmatenosti, obtížná chůze, poruchy vylučování moči a stolice, úplná ztráta soběstačnosti, upoutání na invalidní vozík, tělesné i duševní chátrání, hubnutí. Nemoc vždy končí smrtí.

Organický psychosyndrom je definován jako narušení mozkových funkcí, které ovšem není způsobeno psychiatrickou nemocí, ale různými nep psychiatrickými onemocněními mozku. Mezi ně patří mozkové mrtvice, mozkové nádory, úrazy hlavy, krvácení do mozku, účinek toxických sloučenin (návykové látky jako např. chronické čichání toluenu, alkoholizmus), vysazení dlouhodobě užívaných toxických sloučenin (hlavně odvykací syndrom u alkoholu), záněty mozku, záněty mozkových blan, epilepsie a mnohé další. Organický psychosyndrom může mít různé projevy zahrnující zmatenost, známky demence, změny osobnosti, narušené emoční projevy, poruchy paměti, pokles intelektu apod. Náhle vzniklý organický psychosyndrom může mít podobu tzv. deliria. Někteří lidé s organickým syndromem mohou být agresivní a nebezpečí sobě a svému okolí. Příznaky organického psychosyndromu se v případě potřeby léčí pomocí psychiatrických léků ze skupiny neuroleptik, kromě toho je ovšem nutné léčit zjištěnou vyvolávající příčinu (je-li to možné). Jedná se o onemocnění s velmi špatnou prognózou, šance na uzdravení je prakticky nulová.

Pro **vaskulární demenci** je typické to, že výkon postiženého jedince je velmi nerovnoměrný – některé mentální funkce bývají prakticky bez zjevného poškození, které funkce ale mohou být téměř vymizelé. Vždy záleží na tom, která část mozku byla v důsledku narušeného cévního zásobení poškozena.

PORUCHY ZPŮSOBENÉ UŽÍVÁNÍM NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Škodlivé užívání – předstupeň závislosti, kdy daná látka již narušuje tělesné zdraví nebo společenské fungování daného jedince, ten nad jejím užíváním ale zatím neztratil kontrolu

Závislost – o závislosti hovoříme, pokud se u daného jedince v posledních 6 měsících vyskytnou alespoň 3 z následujících znaků:

- Bažení
- Nárůst tolerance
- Odvykací stavy
- Ztráta kontroly na užíváním
- Zanedbávání jiných zájmů a potěšení
- Pokračování v užívání navzdory jasným důkazům o škodlivosti

Poznámka: Mezi kritéria závislosti tedy nepatří pravidelné užívání.

Bažení (craving) – neodolatelná touha užít látku, spojena často s tzv. „tunelovým viděním“, kdy jedinec veškerou energii věnuje získání návykové látky.

Nárůst tolerance – k dosažení stejného účinku musí být zvyšována dávka.

Odvykací stavy – při pravidelném užívání návykové látky si organismus na tuto látku zvykne a pokud je její přísun přerušen, rozvine se subjektivně velmi nepříjemně vnímaný stav (tzv. absták), jehož příznaky se liší podle typu užívané látky (člověk užívající stimulanty bývá zpravidla utlumen, člověk užívající látky tlumivé bývá naopak agitován)

Ztráta kontroly – jedinec dokáže odolat až do okamžiku, kdy látku užije, pak nad ní ztrácí kontrolu (např. u jednoho piva nikdy nezůstane).

Ztráta jiných zájmů a potěšení – návyková látka se stává jediným smyslem života, jedinec ztrácí zájem o práci, o rodinu, o koníčky...

Pokračování v užívání navzdory důkazům o škodlivosti – jedinec má např. zvýšené jaterní testy, nakazil se hepatitidou, čelí trestnímu stíhání... a přesto látku užívá dál, protože si nemůže pomoci a důsledky nezohledňuje.

Léčba závislosti:

- **Psychoterapie** – léčba pomocí psychologických metod (v léčbě závislostí zcela klíčová)
- **Anticravingová léčba** – léčba pomocí léků tlumících bažení, zpravidla preparáty ze skupiny antidepresiv, která se musí ale brát dlouhodobě
- **Substituční léčba** – je možná zatím pouze u tabáku a opiátů (podává se látka, která nahradí zneužívanou drogu, což má mnoho výhod – je mnohem bezpečnější)

Prevence:

- Primární – snažíme se zabránit tomu, aby jedinec s užíváním vůbec začal
- Sekundární – snaha o časnou diagnostiku a léčbu u závislých
- Terciální – mírnění dopadů užívání návykové látky na život závislého jedince i celé společnosti

PSYCHOTICKÁ ONEMOCNĚNÍ

Psychóza je stav, kdy jedinec ztrácí kontakt s realitou a na tento svůj stav nemá náhled. Nejedná se o onemocnění, ale symptom, který je přítomen u celé řady duševních onemocnění. Je to vlastně disociace (rozpojení) mezi vnímáním, chováním a prožíváním.

Charakteristické jsou poruchy vnímání – halucinace, typicky sluchové, kdy člověk slyší hlasy, které přikazují, pomlouvají či rozmlouvají mezi sebou, zesměšňují a někdy i vyhrožují, dále bludy – typicky paranoidní, kdy má člověk pocit, že je sledován, odposloucháván, pronásledován apod. Mohou nastat poruchy emotivity, kdy se člověk např. směje nepřiměřeně situaci. Mohou se vyskytnout i tzv. katatonní příznaky, kdy se člověk dlouho nehýbe, strnule zůstává v určitých polohách nebo naopak je výrazně neklidný, agresivní a ohrožuje své okolí či sebe.

Psychotická onemocnění zpravidla probíhají ve formě atak, kdy je nemoc vyjádřena naplno, a remisí, kdy jsou příznaky prakticky potlačeny a onemocnění je v klidové fázi, kdy jedinec může normálně fungovat.

Nejčastější psychotická onemocnění:

- Schizofrenie
- Schizoafektivní porucha
- Toxická psychóza
- Porucha s bludy

Možnosti léčby:

- Antipsychotika – jsou zcela nepostradatelná a nenahraditelná, jedná se o léky, které upravují metabolismus neurotransmiterů v mozku
- Elektrokonvulzivní léčba
- Podpůrná psychoterapie
- Sociální podpora

Schizofrenie

Jedná se o onemocnění postihující cca 1 % populace, obě pohlaví jsou zastoupena stejně často. Nejčastěji propukne mezi 15 a 25 rokem života, ale může se objevit kdykoliv.

Charakteristické je selhávání myšlenkových procesů a snížená schopnost vnímat emoce a reagovat na ně. Nejběžněji se projevuje sluchovými halucinacemi, paranoidními či bizarními bludy nebo zmatenou řečí a myšlením, a jde ruku v ruce s rozsáhlou sociální či pracovní dysfunkcí.

Nemoc postihuje zejména poznávací procesy, obvykle ale rovněž přispívá k chronickým problémům s chováním a emocemi. U osob se schizofrenií je pravděpodobné, že budou trpět dalšími souběžnými duševními onemocněními, mezi něž patří deprese a úzkostná porucha, až 50 % schizofreniků zneužívá návykové látky. Mezi obvyklé sociální problémy patří dlouhodobá nezaměstnanost, chudoba a bezdomovectví. Průměrná očekávaná délka života osob se schizofrenií je o 12 až 15 let nižší než u těch, kteří tímto onemocněním netrpí, a to v důsledku významných zdravotních problémů nemocí vyvolaných a vyšší četností výskytu sebevražd.

Schizoafektivní porucha

Velmi závažné duševní onemocnění, kdy jsou vyjádřeny současně známky schizofrenie a zároveň poruchy nálady – deprese (patologicky smutná nálada) nebo mánie (patologicky nadnesená nálada).

Choroba je v mezinárodní klasifikaci nemocí řazena mezi onemocnění psychotická, má tedy blíže ke schizofrenii, porucha nálady je tu jakoby „navíc“ oproti klasické schizofrenii.

Léčba pak kombinuje antipsychotika a stabilizátory nálady, někdy jsou indikována i antidepressiva.

Onemocnění má kolísavý průběh, typická je rovněž absence náhledu a špatná spolupráce pacientů při léčbě. Podobně jako u klasické schizofrenie mají tendence si vysazovat léky, protože si nepřipadají nemocní, nebo se domnívají, že jim léky škodí. To je bohužel i případ posuzovaného, který si léky opakovaně vysazuje, což pak vede k velmi závažným dekompenzacím.

Toxická psychóza

- Duševní choroba bezprostředně vyvolaná drogami. Nejčastěji se o ní mluví v souvislosti s pervitinem, kokainem, halucinogeny a konopím. Příznaky, které toxickou psychózu doprovází, se objevují během užívání drogy nebo do dvou týdnů po jeho skončení.
- Doba trvání psychotických fenoménů je přesně omezena, a to na minimálně 48 hodin a maximálně 6 měsíců.
- Příznaky, kterými se psychóza projevuje, jsou obvykle velmi nepříjemné a v některých případech nutí nemocného jednat tak, že se stává nebezpečným pro sebe nebo pro své okolí.
- Mezi symptomy doprovázející toxickou psychózu patří nejčastěji sluchové halucinace, pocity pronásledování, vztahovačnost, podivné chování, neklid nebo strnulost a abnormální emoce. Průběh toxické psychózy může být v lecčems podobný paranoidní schizofrenii. Na rozdíl od ní ale psychóza vyvolaná drogami obvykle velmi rychle příznivě reaguje na nasazení psychiatrické léčby.
- Většina příznaků odezní do měsíce, všechny příznaky odezní bez následků do půl roku od propuknutí prvních příznaků a jedinec se dostává zpátky do své normy.

Porucha s bludy

- Charakterizuje jí rozvoj buď jediného bludu, nebo souboru příbuzných bludů, které trvají obvykle dlouho, někdy i po celý život.
- Obsah bludu nebo bludů je velmi variabilní. Často jsou to bludy perzekuční, hypochondrické nebo velikášské, ale mohou být také kverulantské, žárlivecké nebo vyjadřují přesvědčení, že pacientovo tělo je znetvořeno, že si ostatní myslí, že zapáchá a podobně.
- Jiná psychopatologie není typicky přítomna, ale mohou být občas přítomny depresivní příznaky a v některých případech se mohou rozvinout čichové nebo taktilní halucinace.
- Začátek bývá obvykle ve středním věku, ale někdy, zvláště v případě bludu o poruše tělového schématu, je začátek v rané dospělosti. Obsah bludu a doba jeho počátku mohou být často spojeny s životní situací pacienta, např. perzekuční bludy u členů menšinových skupin obyvatel.
- Nehledě na jednání a postoje, které mají přímý vztah k bludům nebo bludným systémům, jsou afektivita, řeč a chování normální.

PORUCHY NÁLADY

Deprese je závažná, dlouhotrvající porucha nálady projevující se snížením až vymizením schopnosti prožívat potěšení, pokleslými náladami jedince a patologickým smutkem. Pacient pociťuje často zmar a beznaděj, nedostatek motivace, neschopnost cítit potěšení, úzkost a osamocenost, pocity bezcennosti nebo vinu, také je někdy zvýšená agrese, vyskytuje se malá sebedůvěra, únava, zhoršená pozornost a chybí soustředění. Jedná se o závažný, dokonce někdy i život ohrožující stav. Reakce postiženého jedince na tento duševní stav je různá. Dotyčný může být podrážděný, agresivní a zlomyslný, nebo naopak unavený, tichý a klidný. Většinou mizí radostné reakce na pozitivní podněty a jedinec se může okolí jevit jako cynik. Deprese se léčí antidepresivy, často v kombinaci s psychoterapií.

Mánie je v podstatě opakem deprese. Nálada bývá nadnesená, expanzivní. Myšlení a psychomotorika bývají urychleny, často dochází k impulsivním rozhodnutím, jež mohou mít závažné následky (nerozvážné utrácení, ničení starých a navazování nových vztahů, výpověď v práci atp.). V tělesné oblasti dominuje snížená potřeba spánku, zvýšená energie a zanedbávání somatických obtíží.

Bipolární afektivní porucha

Je charakterizovaná opakovanými (tj. nejméně dvěma) epizodami, při nichž jsou hluboce narušeny pacientova nálada a úroveň činnosti. Tato porucha spočívá někdy v elaci a zvýšené energii a aktivitě (mánie nebo hypomanie), jindy zase ve skleslé náladě, energii a aktivitě (deprese). Remise mezi fázemi je obvykle úplná a prevalence je u obou pohlaví přibližně stejná, na rozdíl od jiných poruch nálady. Manické fáze začínají obvykle náhle a trvají 2 týdny až 4–5 měsíců (průměrné trvání je 4 měsíce). Deprese mají tendenci k delšímu trvání (průměrná délka kolem 6 měsíců), i když zřídka déle než rok (s výjimkou starších osob). Oba druhy epizod často přicházejí po stresové životní události nebo jiném duševním traumatu, ale přítomnost nebo nepřítomnost stresu není pro diagnózu podstatná. První fáze se může vyskytnout v kterémkoli věku od dětství až k seniu. Frekvence fází a model remisí a relapsu je velmi variabilní, i když remise mají s postupem času tendenci ke kratšímu trvání a deprese se stávají častější a trvají po dosažení středního věku déle. Onemocnění nelze zcela vyléčit, psychiatrická léčba bývá zpravidla nutná celoživotně. Základem terapie je podávání psychofarmak – používají se tzv. stabilizátory nálady, které brání nežádoucím výkyvům (ať už ve smyslu deprese, tak ve smyslu mánie). Jako stabilizátory se využívají i některá antipsychotika (léky původně určené na schizofrenii).

NEUROTICKÉ PORUCHY

Neuróza je duševní porucha, při které pacient trpí stavy úzkosti, emoční tísně a podobně. Na rozdíl od psychózy má ale na svůj stav náhled.

Strach (fobie) - emoce, vznikající jako reakce na hrozící nebezpečí. Doprovázejí ho neurovegetativní projevy, zpravidla zblednutí, chvění, zrychlené dýchání, bušení srdce, zvýšení krevního tlaku, někdy husí kůže. Jde o normální reakci na skutečné nebezpečí nebo ohrožení, která má jedince připravit na útěk, únik nebo obranu. Strach motivuje k vyhnutí se nebezpečí nebo k útěku před ním. Kde to není možné, tam se často strach mění na agresi.

Úzkost (anxieta) - složitá kombinace emocí zahrnující strach, zlé předtuchy a obavy. Často je doprovázena fyzickými příznaky, jako je bušení srdce, pocit nevolnosti, bolest na hrudi, zkrácené dýchání, chvění rukou. Úzkost je nepříjemný emoční stav, jehož příčinu není možné definovat. Úzkost může být akutní, trvat krátce, nebo dlouhodobá. Intenzita úzkosti je různá, od lehkého neklidu až po stav paniky.

Panika – stav s náhlými a nečekanými vegetativní projevy (bušení srdce, pocení, chvění nebo třes, dušnost, zalykání se apod.), pacient prožívá silnou úzkost nebo strach ze smrti, zešílení nebo ztráty kontroly nad sebou samým

Posttraumatická stresová porucha

Vzniká jako zpožděná nebo protrahovaná odezva na stresovou událost nebo situaci (krátce nebo dlouho trvající) neobvykle hrozivého nebo katastrofického rázu, která pravděpodobně téměř u každého vyvolá pronikavou tíseň (např. přírodní nebo člověkem způsobená katastrofa, boj, vážné neštěstí, přítomnost u násilné smrti jiných osob, být obětí mučení, terorizmu, znásilnění nebo jiného zločinu). Typickými příznaky jsou epizody opakovaného oživování traumatu v dotírajících vzpomínkách nebo ve snech, které se objevují na pozadí stálého pocitu „necitlivosti“ a emočního otupění, stranění se lidí, nereagování na okolí, neschopnost prožívat pocit štěstí a vyhýbání se činností a situacím, které připomínají prožité trauma. Obvyklé jsou strach a vyhýbání se věcem, které postiženému trauma připomínají. Vzácně může dojít k akutním dramatickým výbuchům strachu, paniky nebo agrese, spuštěným podněty, které náhle vyvolají vzpomínku nebo znovu vybavení traumatu nebo původní reakce na ně. Obvyklé jsou vegetativní hyperaktivace se zvýšenou dráždivostí, přehnané úlekové reakce a nespavost. Ke shora uvedeným symptomům se obvykle přidružují úzkost a deprese, jsou časté i sebevražedné myšlenky. Příznaky začínají po traumatu, po období latence, které může trvat od několika týdnů až do několika měsíců (ale jen zřídka víc než 6 měsíců). Průběh je kolísavý, ve většině případů lze očekávat uzdravení. U malé části pacientů může nastat chronický průběh, trvající mnoho let, a přechod k trvalé změně osobnosti.

Obsedantně kompulzivní porucha (OCD)

Podstatným rysem jsou opakovaně se vyskytující obsedantní myšlenky nebo nutkavé akty. Obsedantní myšlenky (obsese) jsou nápady, představy nebo impulzy, které se znovu a znovu ve stereotypní formě vtírají do mysli pacienta. Téměř vždy vyvolávají tíseň, protože jsou násilného nebo obscénního rázu nebo prostě proto, že jsou vnímány jako nesmyslné a pacient se obvykle bezúspěšně snaží je potlačit. Uznává je však jako své vlastní, i když jsou mimovolné a často odpuzující. Nutkavé akty nebo rituály (tj. kompulze) jsou stereotypní úkony, které se znovu a znovu opakují. Nejsou spojeny s příjemnými pocity ani nevedou k realizaci užitečných cílů. Pacient na ně často pohlíží jako na prevenci nějaké objektivně nepravděpodobné události, která často představuje škodu pro něho samého nebo škodu, kterou by mohl sám způsobit. Obvykle, i když ne vždy, si uvědomuje, že jeho chování je nesmyslné a neužitečné a opakovaně se pokouší mu odolat. U velmi dlouho trvajících případů může být odpor minimální. Obvykle je přítomna úzkost, ať s tělesnými příznaky, nebo bez nich. Je blízký vztah mezi obsedantními symptomy, obzvláště obsedantními myšlenkami a depresí. Pacienti s obsedantně-kompulzivní poruchou mají často příznaky deprese a u pacientů, trpících periodickou depresivní poruchou, se mohou během epizod deprese rozvinout obsedantní myšlenky. V obou případech je zvýšení nebo snížení závažnosti tíže depresivních příznaků obvykle doprovázeno obdobnými změnami závažnosti příznaků obsedantních. Obsedantně-kompulzivní porucha je stejně obvyklá u mužů jako u žen. Počátek je obvykle v dětství nebo rané dospělosti.

Panická porucha

Je charakterizována opakovanými záchvaty intenzivního strachu a vnitřní nepohody, které vznikají náhle bez zjevné příčiny. Během několika málo minut dosahují maxima a trvají zpravidla několik minut. Takovým epizodám nebo záchvatům se říká panická ataka. Samotná panická ataka má složku myšlenkovou, emoční, ale především fyziologickou. Postižený trpí zejména na tělesné úrovni. Předpokladem vzniku panické ataky je chronický stres. Hladina bdělosti se začíná zvyšovat, nastupuje stresová reakce, v těle začínají probíhat fyziologické změny, které jsou způsobené zrychlením frekvence dechu a s tím související změnou úrovně kyslíku a oxidu uhličitého v krvi. Fyziologické změny přecházejí na úroveň vědomí. Na kognitivní úrovni nastává reakce ve formě panických myšlenek. V důsledku hyperventilace koncentrace kyslíku v krvi stoupá, stresová reakce vygraduje do stavu stresové pohotovosti. Pacient úporně dýchá, do svalů se vylévá kyselina mléčná. Panickými myšlenkami a hyperventilací se stav stresové pohotovosti prodlužuje. Po několika minutách dochází k vyčerpání organismu, stav pohotovosti začíná klesat, dech se prodlužuje, klesá krevní tlak, tepová frekvence se zpomaluje a panická ataka ustupuje.

Generalizovaná úzkostná porucha

Základním rysem **generalizované úzkostné poruchy** je trvalá úzkost, která není omezena nebo silně nepřevládá za žádných určitých vnějších okolností. Stejně jako u jiných úzkostných poruch se převládající symptomy velmi různí, ale nervozita, třes, svalové napětí, pocení, točení hlavy, bušení srdce, závratě a nevolnost od žaludku jsou běžné. Jsou často vyjádřeny obavy, že se může něco zlého přihodit. Tato porucha je běžnější u žen a často vzniká na podkladě chronického stresu. Průběh je různý, ale má tendenci kolísat a být chronický. Porucha se léčí pomocí psychoterapie, antidepresiv a léků na úzkost.

Porucha přizpůsobení

Stav subjektivně prožívané tísně, která obvykle narušuje sociální fungování a výkon a vzniká v období adaptace na významnou životní změnu nebo následkem stresové životní události, kterou může být například i vážná nemoc. Individuální predispozice nebo zranitelnost hrají větší úlohu v riziku výskytu a ve formě projevů, nicméně se však předpokládá, že by tento stav nenastal bez zátěžové situace. Projevy se různí a zahrnují depresivní náladu, úzkost, obavy (nebo jejich kombinaci), pocit, že jedinec není schopen se vypořádat se současnou situací, plánovat ji dopředu nebo v ní pokračovat, a určité zhoršení výkonu každodenní činnosti. Pacient pociťuje sklony k dramatickému chování nebo prudkým výbuchům emocí, násilné chování se ale objevuje zřídka. Porucha začíná obvykle do jednoho měsíce po výskytu stresující události nebo životní změny a trvání příznaků zřídka překročí šest měsíců, může ale trvat až dva roky. Pokud potíže trvají déle, mělo by se pátrat ještě po další duševní poruše. Hlavní léčebnou metodou je psychoterapie, podpůrně se nasazují i antidepresiva nebo léky na tlumení úzkosti. V lehčích případech ale není nasazení psychofarmak vůbec nutné.

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Pod pojmem porucha příjmu jídla popisujeme dva důležité a jasně vyhraněné syndromy: mentální anorexii a mentální bulimii. Zařazujeme sem také méně specifické klinické poruchy, jako je nadměrné přejídání, pokud je sdruženo s psychickými poruchami nebo zvracení, související s psychickými poruchami.

Mentální anorexie

Mentální anorexie je porucha charakterizovaná úmyslným snižováním váhy, které si pacient způsobuje a udržuje sám. Porucha se nejčastěji vyskytuje u dospívajících dívek a mladých žen, vzácněji mohou být postiženi i dospívající chlapci a mladí muži, jakož i děti před pubertou a starší ženy až do menopauzy.

I když základní příčiny mentální anorexie nám dosud unikají, je stále zřejmější, že k vyvolání přispívá vzájemné působení sociokulturních a biologických faktorů, jakož i méně specifické psychologické mechanismy a zranitelná osobnost. Nemoc je provázena podvýživou různé tíže s následnými sekundárními endokrinními a metabolickými změnami a poruchou tělesných funkcí. Zůstává určitá pochybnost, zda charakteristickou endokrinní poruchu lze úplně přičíst podvýživě a přímému vlivu různých forem chování, které ji vyvolalo (např. omezený výběr jídel, nadměrné cvičení a změny ve skladbě těla, vyprovokované zvracení a používání laxativ s následnou poruchou elektrolytové rovnováhy), nebo jsou-li ve hře také jiné faktory.

Mentální bulimie

Mentální bulimie je syndrom charakterizovaný opakujícími se záchvaty přejídání a přehnanou kontrolou tělesné váhy, které vedou pacienta k aplikaci krajních opatření, aby zmírnil „tloušťku vyvolávající“ účinky požití potravy. Termín by se měl omezit na formu poruchy, která je stejnou psychopatologií příbuzná mentální anorexii. Výskyt podle věku a pohlaví je podobný jako u mentální anorexie, ale věk při začátku onemocnění bývá nepatrně vyšší. Poruchu je možno pokládat za následek trvající mentální anorexie (i když může dojít i k opačnému pořadí). Může se zdát, že původně anorektická pacientka se lepší následkem zvýšené váhy a eventuálně i návratem menstruace, avšak zhoubný vzorec přejídání s následným zvracením se pak ustálí. Opakující se zvracení představuje možnost vzniku poruchy elektrolytů v těle a somatické komplikace (tetanie, epileptické záchvaty, srdeční arytmie, svalovou slabost) a další značný úbytek váhy.

PORUCHY OSOBNOSTI

Specifická porucha osobnosti je těžké narušení v charakterové skladbě a tendencích chování jedince, zahrnující obvykle několik oblastí osobnosti. Téměř vždy je sdružena se závažným osobním a sociálním selháním. Porucha osobnosti se obvykle objevuje v pozdním dětství nebo adolescenci a pokračuje v projevech do dospělosti. Je proto nevhodné poruchu osobnosti diagnostikovat před věkem 16 nebo 17 let.

Paranoidní porucha osobnosti

Projevuje se jako povaha málo společenská, nedůtklivá a vztahovačná, s malým smyslem pro humor a se sklonem vyvolávat konflikty. Typická je nadměrná citlivost k nezdarům, neomlouvání urážek, podezíravost, tendence chápat mylně skutky jiných jako hostilní nebo opovržlivé, i když jsou vůči jedinci neutrální nebo přátelské, a tendence k tvrdošíjnému boji za lidská práva. Pacienti bývají hostilní, neústupní, neustále připravení k obraně a vyhýbají se intimnějšímu kontaktu. Zajímají se spíše o neživé objekty než o lidské vztahy, jsou značně citliví na dodržování řádů a pořádku a málo se zajímají o umění či estetiku. Mohou mít sklon k patologické žárlivosti nebo nadměrnému vyzdvihování vlastní významnosti a sebechvále. Zahrnuje expanzivně-paranoidní, fanatickou, kverulantní a senzitivně-paranoidní osobnost jiných klasifikací.

Schizoidní porucha osobnosti

Je charakterizovaná stažením se od emočních, společenských a jiných kontaktů, s upřednostňováním fantazie, samotářství a introspektivní rezervovanosti. Izolovaný životní styl není způsoben konfliktními vztahy s okolím. Emoční odpovědi i vlastní citové vyjádření těchto jedinců jsou chudé. Bývají zabráněni do sebe, často se zabývají denním sněním. Jejich pracovní výkon je často lepší než jejich schopnost zúčastňovat se společenského života. Individuální rozdíly bývají značné. Komplikacemi mohou být poruchy s bludy, schizofrenie nebo jiné psychotické poruchy.

Disociální porucha osobnosti

Disociální poruchy byly vždy v popředí společenského zájmu a způsoby řešení se v jednotlivých historických obdobích a různých kulturách lišily v závislosti na hierarchii a struktuře hodnot daného společenství. Psychiatrie se pokouší řešit některé individuální aspekty těchto poruch, ale jen okrajově může zasahovat do sociálního, společenského nebo právního řešení problematiky disociálních projevů přecházejících často do oblasti kriminální. Porucha je charakterizovaná lhostejností ke společenským pravidlům a závazkům, nedostatkem citu a chladným nezájmem o ostatní. Velký rozpor je mezi chováním a převládajícími sociálními normami. Chování nelze dostatečně ovlivnit zkušeností, včetně trestu. Malá tolerance k zátěži a nízký práh pro agresivní výpady.

Emočně nestabilní porucha osobnosti

Projevuje se výraznou afektivní nestálostí a tendencí jednat impulzivně bez zvažování následků. Rozlišujeme dva podtypy této poruchy osobnosti.

Impulzivní typ - převládá emoční nestálost a nedostatečná kontrola impulzivity.

Hraniční typ – přítomna emoční nestálost + narušené představy o sobě samém. Původně byla hraniční porucha vnímána jako přechod mezi psychózou a neurózou (někdy se na ni pohlíželo dokonce jako na atypickou formu schizofrenie). Časté jsou sklony k sebepoškozování, opakovaně se mohou dopouštět sebevražedných pokusů.

Histrionská porucha osobnosti

Ústředním tématem pro osoby s histrionskou poruchou osobnosti je neustálé se zabývání se pozorností druhých a vlastním vzhledem. Cítí se špatně, pokud není středem pozornosti ostatních. Chování bývá zaměřené na okamžité uspokojení potřeb – pacient je nedokáže odložit. Důležitými příznaky jsou mělká a labilní emotivita, dramatizace, teatrálnost, nadměrné vyjadřování emocí, sugestibilita, koketérie, egocentričnost, neustálá touha po ocenění, vzrušení a pozornosti. Dřívější název pro tuto poruchu je „hysterická porucha osobnosti“. Fyzická přitažlivost a atraktivita jsou považovány za hlavní předpoklad ocenění a úspěchu.

Anankastická porucha osobnosti

U této poruchy pocity osobního ohrožení a pochybností vedou k nadměrné svědomitosti, puntičkářství, umíněnosti, rigidní morálce. Postižení jedinci jsou nerozhodní, zabývají se nepodstatnými detaily, mají sklon k perfekcionismu a byrokracii. Objevuje se výrazná potřeba zvýšené kontroly – kontrolují své chování, své emoce i druhé lidi. Nedokáží spontánně vyjádřit emoce (zejména negativní). Ve svých rodinách často prosazují „tvrdou disciplínu“, což odnášejí hlavně děti. Pacienti jsou převážně depresivní a trpí potlačovanou zlobou z pocitu, že jsou kontrolováni druhými. Intenzita příznaků kolísá. V období „krize středního věku“ mají vyšší riziko depresivní poruchy nebo alkoholismu.

Vyhýbavá porucha osobnosti

Jedná se o stále napjatého úzkostného člověka, který se bojí ostatních, protože od nich očekává kritiku. Má velmi nízké sebevědomí a bojí se, že bude druhými znehodnocen. Proto se vyhýbá sociálním situacím. Může mít velmi bohatý vnitřní život i pocity, v sociálních vztazích se ale může takový jedinec jevit jako odtažitý a lhostejný. Má tendenci vyhýbat se některým aktivitám vzhledem k vrozenému zveličování potencionálních nebezpečí nebo rizik všedních situací.

Narcistická porucha osobnosti

Lidé s touto poruchou mají obrovské sebevědomí a jsou proto velmi zranitelní čímkoli, co se jejich sebevědomí dotkne → reagují proto velmi emočně. Dominují projevy velikášství a nadměrná pozornost věnovaná sebehodnocení.

Pasivně agresivní osobnost

Typické je zejména skryté kladení překážek, otálení, neústupnost a nevykonnost, velké potíže při spolupráci s druhými, často mají problémy s respektováním autorit – nebouří se ale přímo. Mají problém vytvořit a udržet vztah.

Závislá porucha osobnosti

Člověk s touto poruchou nadměrně potřebuje, aby se o něj postarali druzí, bývá submisivní, pasivní podlézavý, velmi se bojí odmítnutí, opuštění a samoty. Potřebuje, aby za něj druzí činili závažná rozhodnutí, má se problém rozhodovat sám za sebe. Touží po společnosti. Aby si získal péči jiných, je ochoten dělat i věci, které jsou mu nepříjemné

PORUCHY CHOVÁNÍ U DOSPĚLÝCH

O **poruchu chování** se jedná v případech, kdy jedinec normy chápe, rozumí jim, ale nepřijímá je nebo se jimi nedokáže řídit, protože v dané chvíli nebo trvale není schopen ovládat svoje chování.

Patologické hráčství

Porucha, která spočívá v častých opakovaných epizodách hráčství (může se jednat o výherní automaty, hazardní hry i sportovní sázky), které dominují v životě subjektu na úkor sociálních, materiálních, rodinných a pracovních hodnot a závazků. Lidé trpící touto poruchou mohou riskovat své zaměstnání, velmi se zadlužit a lhát nebo porušovat zákon, aby získali peníze nebo unikli placení dluhů. Postižení popisují intenzivní puzení ke hře, které lze těžko ovládnout, spolu se zaujetím myšlenkami a představami hraní a okolností, které tuto činnost doprovázejí. Toto zaujetí a puzení se často zvyšuje v dobách, kdy je život stresující. Léčba je velmi podobná léčbě klasických látkových závislostí, spočívá zejména v psychoterapeutickém působení. Její efektivita je ovšem stejně jako u závislostí poměrně malá, základním předpokladem k jejímu úspěchu je motivace změnit svůj život. Psychofarmaky lze pouze částečně mírnit některé doprovodné příznaky (například úzkosti, depresivní prožívání), žádná farmakologická kauzální léčba, která by řešila samotnou příčinu patologického hráčství, ale neexistuje.

Pyromanie: Chorobná potřeba zakládat oheň a dívat se na požáry. Má charakter impulzivní poruchy, není motivována ani snahou o materiální prospěch či pomstou. Skutečná pyromanie je vzácná, její rysy jsou patrný již v dětství.

Kleptomanie: chorobná a nezadržitelná touha po odcizování věcí. Jedinci s touto poruchou cítí nutkání odcizovat věci, které mají obvykle malou či nulovou hodnotu, jako například pera, balíčky cukru, kancelářské svorky. Jde o samotný akt krádeže, nikoli o věc samotnou.

Trichotilomanie: porucha, při níž si pacienti sami vytrhávají (a v některých případech i jedí) vlasy. To vede k výraznému vypadávání vlasů, úzkostem nebo sociálnímu a praktickému poškození.

MENTÁLNÍ RETARDACE

Mentální retardace je stav zastaveného či neúplného duševního vývoje, který je zvláště charakterizován narušením dovedností, projevujících se během vývojového období, přispívajících k povšechné úrovni inteligence, tj. poznávacích, řečových, pohybových a sociálních schopností. Retardace se může vyskytnout společně s jakoukoli jinou duševní nebo tělesnou poruchou nebo bez ní. Mentálně retardovaní jedinci však mohou být postiženi celou řadou duševních poruch, jejichž prevalence je u nich přinejmenším 3–4× častější než v běžné populaci. Navíc jsou mentálně retardovaní jedinci vystaveni většímu riziku využívání a tělesného (sexuálního) zneužívání. Adaptační chování je narušeno vždy, avšak v chráněném sociálním prostředí s dostupnou podporou nemusí být toto narušení u jedinců s lehkou mentální retardací nápadné.

- běžně se udává výskyt 3-4% v populaci (v rozvojových zemích cca 4 %, ve vyspělých zemích 2%)
- mezi mentálně retardované by se měly řadit jen děti s jasným defektem intelektu → je ale známo, že děti s defektem v sociální sféře, pocházející z rodin bez stimulace, kde se často vyskytuje familiární mentální retardace nebo alkoholismus, bývají často diagnostikovány jako oligofrenní
- většinou se předpokládá, že 1/3 mentálních retardací je způsobena vlivy prostředí a 2/3 jsou dány dědičností
- cca 2,5 % populace nikdy nepřekročí věk dvanáctiletého dítěte, což je klinická diagnóza lehké MR
- cca 0,3 % populace nikdy nepřekročí věk sedmiletého dítěte (diagnóza středně těžké MR)
- cca 0,1% populace zůstane těžce retardovaných a bezmocných

- hlavními pilíři stanovení diagnózy jsou určení hloubky intelektového postižení a struktury inteligence a stanovení adaptačních možností a schopností dítěte
- rozpoznání MR bývá často náročné → rodiče zpočátku nevidí odlišnost svého dítěte od stejně starých dětí a většinou referují, že až do dvou let věku se dítě vyvíjelo normálně → ve dvou letech je ale odlišnost již patrná i laikovi → mentálně retardované dítě většinou nemluví, nechodí, je tzv. velice hodné, protože nereaguje na podněty, neprojevuje přirozenou zvědavost, většinou se nemazlí, není schopno udržet základní čistotu
- dalším zlomovým bodem pro určení diagnózy je věk šesti let, kdy je zahájena školní docházka → rozdíl mezi zdravými a retardovanými dětmi se více prohlubuje, popření choroby ze strany rodičů již není možné

Možnosti terapie

- rodinná terapie → důležité je pracovat nejen s rodiči, ale také se sourozenci a širší rodinou
- metody speciální pedagogiky
- sociální rehabilitace
- multidisciplinární spolupráce: pediatr, pedopsychiatr, psycholog, logoped, neurolog, oftalmolog, ORL, sociální pracovník

PORUCHY PSYCHICKÉHO VÝVOJE

Ve většině případů se postižení týká řeči, vizuálně prostorových dovedností a/nebo motorické koordinace. Je charakteristické, že se postižení výrazně zmenšuje jak děti dorůstají, i když mírné deficity zůstávají i v dospělém věku. V anamnéze je obvykle opoždění nebo narušení od tak raného věku, jak jen je to možno spolehlivě odhalit, a nikdy před tím se nevyskytlo období normálního vývoje. Většina těchto stavů se vyskytuje několikrát častěji u chlapců než u dívek.

Pro vývojové poruchy je charakteristické, že se podobné nebo příbuzné poruchy vyskytují v rodinné anamnéze a předpokládá se tedy, že v etiologii mnoha (ale ne všech) případů hrají důležitou roli genetické faktory. Narušené vývojové funkce často ovlivňuje prostředí, ale ve většině případů nemá prvořadý význam. I když je obvykle dobrá shoda v celkové konceptualizaci poruch zařazených do této sekce, není ve většině případů známa etiologie a existuje stále nejistota o hranici a přesném podrozdělení vývojových poruch.

Pervazivní vývojové poruchy

Skupina poruch charakterizovaná kvalitativním zhoršením vzájemných společenských interakcí a způsobů komunikace a omezeným, stereotypně se opakujícím repertoárem zájmů a aktivit. Tyto kvalitativní abnormality jsou pronikavým rysem chování jedince ve všech situacích, i když jejich stupeň může být různý. U většiny případů není vývoj od útlého věku normální, kromě několika málo výjimek se chorobný stav projevuje v průběhu prvních 5 let. Obvykle, ale ne vždy, se vyskytuje určitý stupeň celkového narušení kognitivních funkcí, ale poruchy jsou definovány podle chování, které je odchylné vzhledem k mentálnímu věku jedince (ať již jedinec je zpožděný nebo není).

Dětský autismus

Může se vyskytnout specifická příchyllost k neobvyklým, typicky neměkkým (nonsoft) předmětům, obzvláště v raném dětství. Děti mohou trvat na vykonávání zvláštních rutin při rituálech nefunkčního charakteru. Může to být stereotypní zájem např. o data, cestovní nebo jízdní řády. Často se vyskytují také pohybové stereotypie, běžný je specifický zájem o nefunkční prvky předmětů (např. jejich vůni nebo omak). Může být odpor ke změnám

Poruchy vývoje řeči a jazyka

Jsou to poruchy, u nichž normální způsob osvojování řeči je od raných stadií vývoje narušen. Tyto stavy nelze přímo přičíst neurologickým abnormalitám ani abnormalitám v mechanismu řeči, ani senzorickým poruchám, ani mentální retardaci či faktorům z prostředí. Dítě může v určitých velice dobře známých situacích lépe komunikovat nebo rozumět než v jiných situacích, ale jazyková schopnost je narušená v každé situaci.

Emoční poruchy typické začátkem v dětství

Separační úzkostná porucha

U batolat a předškolních dětí je normální, že se objevuje určitá úzkost, když jsou odloučeny nebo jim hrozí odloučení od osob, ke kterým mají citovou náklonnost. Separační úzkostná porucha by měla být diagnostikována pouze tehdy, když strach z odloučení tvoří ohnisko úzkosti a když taková úzkost poprvé vznikla v útlém věku. Od normální separační úzkosti je diferencována, je-li takového stupně závažnosti, který je statisticky neobvyklý (včetně abnormálního přetrvávání přes obvyklé věkové období) a je spojena s výrazně narušenou sociální funkcí. Kromě toho diagnóza vyžaduje, aby porucha vývoje funkcí osobnosti nebyla generalizovaná (pokud ano, mělo by se uvažovat o kódování v sekci F40 – F49). Úzkost z odloučení, která vzniká ve vývojově nepřiměřeném věkovém období (jako je adolescence), by neměla být kódována zde, pokud není abnormálním pokračováním vývojově přiměřené separační úzkosti.

Porucha sourozenecké rivalryity

U velké části nebo dokonce u většiny malých dětí se objevuje určitý stupeň emoční poruchy obvykle po narození bezprostředně mladšího sourozence. Ve většině případů je porucha mírná, ale rivalita nebo žárlivost, ke které došlo v období po narození mladšího sourozence, může být pozoruhodně trvalá.

Hyperkinetické poruchy

Skupina poruch charakterizovaná raným začátkem, kombinací nadměrně aktivního, špatně ovládaného chování s výraznou nepozorností a neschopností trvale se soustředit na daný úkol. Tyto rysy chování se objevují ve všech situacích a jsou trvalé.

Hyperkinetické poruchy vznikají vždy v raném stadiu vývoje, obvykle v prvních 5 letech života. Jejich hlavními rysy jsou chybění vytrvalosti při činnosti, která vyžaduje kognitivní funkce, a sklon jedince přecházet od jedné aktivity ke druhé, aniž by některou dokončil, spolu se špatně organizovanou, špatně regulovanou a nadměrnou činností. Tyto nedostatky obvykle trvají po celá školní léta a dokonce přetrvávají do dospělého života, avšak mnoho postižených se postupně lepší v činnosti a pozornosti.

Poruchy chování

Poruchy chování jsou charakterizovány opakujícím se a trvalým obrazem dissociálního, agresivního a vzdorovitého chování. Je-li takové chování u daného jedince extrémní, mělo by porušovat sociální očekávání přiměřeně věku, a proto být závažnější než obyčejná dětská nezbednost nebo rebelantství v adolescenci. Ojedinělé dissociální nebo kriminální činy nejsou samy o sobě důvodem pro tuto diagnózu, která vyžaduje, aby charakter takového chování byl trvalý.

Socializovaná porucha chování:

Hlavním rozlišujícím rysem je přítomnost přiměřeného trvalého přátelství s vrstevníky zhruba stejné věkové skupiny. Často, ale ne vždy, se skupina vrstevníků skládá z mladých lidí, kteří jsou zapleteni do delinkventních nebo dissociálních aktivit (v tomto případě může být chování dítěte, které neschvaluje společnost, schváleno skupinou vrstevníků a regulováno prostředím, do kterého patří). Avšak toto není nutnou podmínkou pro diagnózu. Dítě může být členem nedelinkventní skupiny vrstevníků a samo se může mimo ni chovat dissociálně.

Nesocializovaná porucha chování:

- Narušené vztahy s vrstevníky se hlavně projevují izolací od ostatních dětí a/nebo odmítáním nebo neoblibou u ostatních dětí a nedostatkem blízkých přátel nebo trvalých empatických, vzájemných vztahů k jiným dětem stejné věkové skupiny.
- Vztahy k dospělým bývají poznamenány neshodami, nepřátelstvím a vzdorem. Někdy se mohou vyskytnout i dobré vztahy k dospělým, avšak obvykle jim chybí důvěrnost. Pokud jsou přítomny, nevylučují tuto diagnózu. Často, ale ne vždy, je přidružena nějaká emoční porucha.
- Pacient typicky (ale ne nutně) páchá přestupky samostatně. Charakteristické chování zahrnuje tyranizování slabších, nadměrně mnoho rvaček a u starších dětí vydírání nebo násilnosti, přílišnou neposlušnost, hrubost, nespolupráci a odmítání autority, těžké výbuchy zlosti a nekontrolovaný vztek, ničení majetku, zakládání ohňů a krutost k druhým dětem a ke zvířatům. Nicméně některé osamělé děti páchají přestupky ve skupině. Při stanovení diagnózy je povaha přestupku méně důležitá než kvalita osobních vztahů.
- Obvykle se porucha projevuje ve všech situacích, ale nejvíce bývá zřejmá ve škole. Situační specifičnost k jinému prostředí než k domovu je s touto diagnózou slučitelná.
- Při obzvláště těžké poruše se agrese kumuluje (bez pocitů viny) – vážná ublížení na zdraví, loupežná přepadení se všemi druhy násilí. Násilník více užívá tyčí, nožů, želez, řetězů a ostatních druhů zbraní, včetně střelných, než přímého boje.

Doporučená literatura:

- *Raboch, J., Zvolský, P. et al.:* Psychiatrie, Galén, Praha 2001
- *Dušek K., Večeřová-Procházková A.:* Diagnostika a terapie duševních poruch, Grada, Praha, 2010
- *Hort, Vl., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E. a kol.,* Dětská a adolescentní psychiatrie, Portál, Praha, 2000
- *Vodáčková, D. a kol.,* Krizová intervence, Portál, Praha, 2002
- *Seifertová, D., Praško, J., Höschl, C.,:* Postupy v léčbě psychických poruch, Academia Medica Pragensis, Praha, 2004
- *Praško, J. a kol.:* Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie, Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc, 2010
- *Praško, J. a kol.:* Obecná psychiatrie, Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc, 2011
- *Látalová, K.:* Agresivita v psychiatrii, Grada, Praha, 2013

Doporučené internetové zdroje:

[ŽIVOT ZA ZDÍ – YouTube](#)

Děkuji za pozornost.

kontakt: eva.navratil@seznam.cz