

1. OBECNÁ PSYCHOPATOLOGIE

1. 1. VĚDOMÍ A JEHO PORUCHY

Protože vědomí popisuje stav mysli, která nemá žádnou definici, není ani vědomí fakticky definovatelné. Přesto vzhledem k důležitosti existuje řada definic. Nejznámější z nich je, že vědomí je stav mysli, při němž mohou správně fungovat všechny psychické funkce – kdy subjekt myslí, jedná a cítí, zároveň ví, že myslí, jedná a cítí a také ví, že to ví. Jedná se tedy o globální psychickou funkci, která podmiňuje výkon funkcí ostatních. Spolu s myšlením patří mezi funkce integrační, má však ještě širší rozměr. V plné podobě (v plném sebeuvědomování) je specificky lidskou kvalitou.

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).

Funkce vědomí:

1. monitoring vnitřní i vnější (realizovaný za pomoci pozornosti)
2. plánování, zahajování a řízení vědomých procesů (koordinace s realitou)

Znaky vědomí:

- **vigilita = bdělost:** Optimální stav CNS, kdy tato je schopna adekvátně reagovat na zevní podněty. Tento stav má kvantitativní rozměr – dochází k jeho postupnému úbytku a nárůstu (maxima několik hodin po probuzení, v pozdním odpoledni a u některých mezi 21.-23.hodinou).
- **lucidita = jasnost:** Jednoznačnost uvědomění. Vědomí má určitou kapacitu, v jeho centru jsou věci uvědomovány nejjasněji – do centra vědomí se dostávají díky pozornosti, ostatní věci jsou uvědomovány méně jasně, až probíhají mimo vědomí.
- **idiognoze:** Schopnost integrovat celý obsah vědomí do jednoho celku a vztahovat ho k svému já.
- **obsah:** Aktuální uvědomovaná náplň, která může mít různou modalitu – vědomí může být vyplněno pocitem silné bolesti, přemýšlením, prožíváním úzkosti...
- **kapacita:** Určuje rozsah schopnosti uvědomovat si události kolem nás.

Poruchy vědomí dělíme na:

- kvantitativní – zastřené vědomí: postihuje vigilitu vědomí a tím stejnoměrně ostatní znaky vědomí
- kvalitativní – obluzené vědomí: postihuje ostatní znaky vědomí (luciditu, idiognozi, obsah...), a to nerovnoměrně
 - a) obluzené vědomí v užším smyslu – delirium, amence
 - b) mráкотné stavy – obnubilace
 - c) poruchy idiognoze

1.1.1. Kvantitativní poruchy vědomí

krátkodobé bezvědomí = synkopy = kolapsy: obvykle na bázi mozkové nedokrevnosti, fyziologicky při únavě, vyčerpání, psychogenní reakce, ale i vážná somatická příčina (krevní oběh, metabolické poruchy, intoxikace, úrazy, cévní mozkové příhody, embolie apod.).

dlouhodobé:

- **somnolence:** Zvýšená ospalost až podřimování s kratší reakcí na slovní podnět, potom bez dalších podnětů opět útlum vědomí. Bývá zachována orientace, odpovědi jsou přiléhavé, ale myšlení je výrazně zpomalené.
- **sopor:** Spavost, kterou nelze přerušit slovním podnětem, na krátkou dobu ještě probuditelnost na slovní podnět, ale již bez schopností uceleně odpovídat, maximálně velmi úsečná odpověď, obvykle ale již jen motorická odpověď na bolestivé podráždění. Může být snižená výbavnost reflexů, zpomalená frekvence dechu a pulzu.
- **kóma:** Slovně ani bolestivými podněty nelze postiženého přivést k vědomí, dokonce ani k aktivní motorické reakci.
 - mělčí kóma: Zpomalení dechu, pulzu, snížení tlaku, mydriatické zornice s reakcí na osvit, se sníženým, ale ještě výbavným rohovkovým reflexem. Stejně tak jsou sníženy, ale výbavné ostatní reflexy.
 - hlubší kóma: hlubší narušení vegetativních procesů – dýchání hluboké a rytmické, TK snížený až neměřitelný, zornice miotické, bez reakce, fyziologické reflexy jsou vyhaslé, objevují se reflexy patologické.
 - vigilní kóma (apalický syndrom): postižený leží s otevřenými očima, hledí strnule před sebe nebo bloudí očima, bez schopnosti fixace, nereaguje na slovní ani bolestivé syndromy. Mohou se objevit extrapyramidové příznaky a patologické reflexy (sací apod.).

Glasgow coma scale (GSC): Stupnice používaná k hodnocení vědomí člověka, hodnotí se:

- Otevření očí: bez reakce (1), na bolestivý podnět (2), na slovní podnět (3), spontánně (4)
- Motorická odpověď: bez reakce (1), necílená extenze končetiny (2), necílená flexe končetiny (3), úniková reakce – pohyb směřuje od podnětu (4), lokalizační reakce – pohyb směřuje k podnětu (5), cílený pohyb podle instrukcí (6)
- Slovní odpověď: bez reakce (1), nesrozumitelné zvuky (2), jednotlivá nesouvisející slova (3), zmatená (4), normální (5)

Vyhodnocení: 15: plné vědomí, bez patologie,

14-13 bodů: lehká porucha vědomí,

12-9 bodů: střední porucha vědomí,

8-3 body: závažná porucha vědomí

1.1.2. Kvalitativní poruchy vědomí

Projevují se neschopností integrovat psychické funkce, správně vnímat a hodnotit okolí a svou roli v něm. Postižený bývá desorientovaný časem, místem, situací a někdy i osobou.

- **Delirium:** V popředí je zmatený obsah duševní činnosti s dezorientací, poruchami pozornosti, zmateným myšlením, iluzemi až halucinacemi a měnlivými, spíše sekundárními bludy, je vystupňovaná sugestibilita. Pokračuje výbava představ, které se ale vymykají vůli a mají charakter snových stavů – hovoří se také o oneiroidních představách a myšlenkách. Je narušen cyklus spánku a bdění, typická je jeho inverze. Kognitivní funkce jsou narušeny prakticky ve všech směrech, po odeznění přetrvává plná nebo ostrůvková amnézie.
- **Obnubilace:** Je typická náhlým propadem ze zcela jasného vědomí do stavu s vyhasnutím některých psychických funkcí, obvykle se zúženým vědomím, ztrátou idiognoze a schopnosti fungovat v kontextu životní historie, zpomalením myšlení i vnímání, chování je často automatizované, nepřiměřené, převládají impulzivní reakce. Stav trvá obvykle minuty, výjimečně až týdny, k ukončení dochází opět náhle, okamžitým návratem do jasného vědomí, s následnou plnou amnézií.
- **Depersonalizace:** Porucha idiognoze, vnímání je jinak normální a je zachována schopnost vyjádření emocí, byť emotivita bývá snižována a odtržená od vlastního prožívání, těla nebo světa.

1. 2. 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. Je předpokladem pro životní adaptaci. Schopnost orientace předpokládá intaktní smyslové vnímání, vědomí, pozornost, jistý stupeň inteligence umožňující mít přehled a chápat emoční reaktivitu jako předpoklad pro porozumění a paměť, která umožňuje vzpomínání a smysl pro čas. Při výrazném intelektovém deficitu a značné poruše paměti bývá i při lucidním vědomí orientace nedostatečná. Orientace může vykazovat i výkyvy v závislosti na citění se nemocného a na prostředí, ve kterém se nachází.

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

- patří sem i znalosti jedince o tom, kde se nachází, s kým rozmlouvá, zda si uvědomuje, proč je na daném místě a v jakém je vztahu k přítomným osobám
- představuje sebaktualizaci, umožňuje pochopit a interpretovat aktuální situaci v životních souvislostech

Poruchy orientace:

Nejistota orientace: Orientace není zcela ztracena, ale je nejistá a kolísá v intenzitě. Jako první zpravidla bývá narušena orientace časem, později situací, a nakonec místem a osobou.

Výpad orientace (dezorientace): Porucha nemusí postihnout všechny složky orientace současně a ve stejném stupni, orientace časem je postižena nejdříve a jako poslední se projeví orientace osobou.

- **dezorientace časem:** Výpad znalostí denní doby a ročního období je závažnější než znalost dne v týdnu nebo jeho data. Pokud nemocný nezná ani rok, roční dobu či měsíc, jedná se o závažnou poruchu. Poruchy orientace časem jsou časté i u sníženého vědomí. Někdy bývá popisován pocit zrychleného času (při epileptické auře, v rámci reakce na katastrofickou událost či po intoxikaci halucinogeny), pocit zpomaleného času bývá u těžkých depresí, schizofrenie.
- **dezorientace místem:** Může kolísat v intenzitě (např. pacient s demencí přes den ví, že je v nemocnici, ale v noci si myslí, že je doma). Dezorientaci místem je nutné posuzovat podle toho, zda se jedná o místo pacientovi známé nebo cizí (dezorientace doma je závažnější, než když se pacient neorientuje v novém prostředí).
- **dezorientace osobou:** Bývá většinou spojena s poruchami jiných forem orientace. Ke krátkodobé nejistotě orientace nebo k dezorientaci může vzácně dojít při procitnutí z hlubokého spánku, je ale velmi rychle korigována. Častější bývá po odeznění poruchy vědomí.
- **dezorientace situací:** Fyziologicky bývá po probuzení z hlubokého spánku (zejména pokud člověk spí na neznámém místě), přechodně bývá po odeznění poruchy vědomí. Pokud je trvalá, bývá známkou závažného organického poškození CNS.

Výskyt poruch orientace: organický psychosyndrom, demence, deliria, deprese, patický afekt, panická reakce, epilepsie (po záchvatu), intoxikace a toxické psychózy, schizofrenie, hysterická reakce

1. 3. 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**.

Vnímání, podobně jako jiné modality psychiky, nepracuje samostatně, ale je integrováno do

činnosti celého CNS. Vjemy musí být rozpoznány a interpretovány, což zprostředkuje myšlení. Poruchy vnímání jsou proto v psychiatrii velmi často spojené s poruchami vědomí a myšlení.

příčiny poruch vnímání mohou být:

- postižení smyslových orgánů
- postižení dostředivých nervových drah
- postižení primární sensorické mozkové kůry
- postižení na úrovni zpracování asociační mozkovou kůrou

Poruchy vnímání je třeba rozlišit na ty, které sice narušují odraz reality, ale nejsou chorobné, a na poruchy vnímání patické.

1.3.1. Nechorobné poruchy vnímání

- **Smyslové klamy:** Jsou dány fyziologickými charakteristikami čidel a patří do normální psychologie. Vznikají opakovaně za určitých podmínek a lze je vysvětlit objektivně působícími faktory (např. fyzikálně – hůl ponořená do vody se nám zdá zlomená apod.). Většinou jsou z oblasti zrakového analyzátoru (chyby v odhadování velikosti, vzdálenosti, rovnoběžnosti apod.). Jsou prožívány všemi lidmi stejně a jsou obvykle korigovány racionálním úsudkem.
- **Živá představa:** Výrazná a plastičtější než běžná představa. Objevuje se u disponovaných osob, při únavě nebo některých intoxikacích.
- **Eidetismus:** Schopnost věrně s živou výbavností v představě reprodukovat viděnou nebo slyšenou skutečnost. Je běžný u dětí do 15 let, u umělců někdy i později.
- **Pareidolie:** Fantazijní dotváření reálných neurčitých útvarů (např. mraků, neurčitých skvrn) do smysluplných obrazů. Člověk si je vědom své účasti na této produkci, může ji kdykoliv přerušit, většinou je součástí příjemné relaxace a odpočinku.
- **Synestezie:** Asociace a zaměňování vjemů z různých čidel (např. barevné slyšení = slyšení určitého tónu vyvolá pocit určité barvy apod.). Vyskytuje se vzácně fyziologicky nebo také u řady chorobných stavů a intoxikací, především halucinogeny.

1.3.2. Chorobné poruchy vnímání

Hlavními a diagnosticky nejdůležitějšími poruchami vnímání při chorobných stavech jsou:

- **Iluze:** Zkreslené, deformované vjemy vyvolané skutečným reálným podnětem. Pro definici iluze (pravé) je podstatné, že vnímající jí nevývratně věří, že je v tom okamžiku přesvědčen o její reálnosti a nedá si ji vyvrátit žádnou argumentací a ověřením. Pseudoiluze je takový patický vjem, při němž si je osoba vědoma, že jde o zkreslený vjem reálného podnětu. Iluze se vyskytují při duševních chorobách, ale mohou se vyskytnout též u zdravých jedinců, např. při silné únavě, snížené pozornosti a emočním napětí, při současném zhoršení podmínek vnímání, např. za šera.

- **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. Halucinace vždy svědčí o poruše duševního stavu, ať již okamžitého, nebo déle trvajícího. Halucinace dělíme na **pravé**, ke kterým je pacient zcela nekritický, věří v jejich realitu a nelze mu je nijak logicky vyvrátit, a tzv. **nepravé** čili **pseudohalucinace**, které jsou na rozdíl od pravých halucinací již při svém vzniku (většinou s kratším časovým odstupem) korigovány, pacient ví, že to byl chorobný zážitek a podle toho se k němu staví. Nepravé halucinace se objevují například u pacientů s nádorem mozku.
- **Psychosenzorické poruchy:** Jde o poruchy syntézy v oblasti jednotlivých analyzátorů, v jejichž důsledku jsou složité vjemy z vnějšího světa i vlastního těla vnímány zkresleně. Od gnostických poruch se odlišují tím, že zde není porušena identifikace a rozpoznávání, je porušena **forma** vjemu, způsob, jakým se vjem jeví. Nejčastější příčinou je poškození mozku. Patří sem poruchy vnímání vlastního těla (jednotlivé části mohou být vnímány jako zmenšené, zvětšené, zdeformované atd.), poruchy vnímání prostoru, poruchy vnímání časového sledu, poruchy vnímání tvaru (předměty s zdají pokřivené a podobně).
- **Gnostické poruchy:** Poruchy poznávání, identifikování objektů, poruchy jemnější analýzy předmětů, dějů a jejich rozdílů. Souvisí s poruchou korových analyzátorů při neporušenosti smyslových orgánů. Patří mezi ně např. zraková agnozie, řečové afázie, agrafie, alexie aj. Podrobněji viz učebnice neurologie. Náleží mezi ně i některé gnostické poruchy tělesného schématu.

Rozdělení halucinací:

- Smyslové: Sluchové (nejčastější), zrakové, čichové, chuťové, hmatové – pacient vidí, slyší nebo cítí něco, co není reálné
- Intrapsychické: Pacient má pocit, že mu někdo odnímá, čte, nebo vkládá myšlenky. Patří sem i tzv. ozvučování myšlenek.
- Inadekvátní halucinace: Nemocný halucinuje vjemy jiným než příslušným, odpovídajícím čidlem. např. čichá nohama, slyší nosem a podobně.

1. 4. MYŠLENÍ A JEHO PORUCHY

Myšlení je nejvyšší forma poznávací činnosti, psychický proces, který umožňuje zprostředkované poznání skutečnosti.

druhy myšlení:

- 1) senzomotorické: operace s vjemy metodou pokus-omyl
 - 2) vizuální: operace s vjemy a představami
 - 3) pojmově-logické: operace s pojmy (pojem = zobecněné poznání o objektu)
-

Myšlení je realizováno pomocí základních jednotek:

- představ – názorný odraz předmětu nebo jevu v našem vědomí
- pojmů – abstraktní element, které zachycuje podstatné znaky předmětu nebo jevu. Je vždy spojen se slovem a právě ve formě slova v našem vědomí vystupuje.

Myšlení je tedy neodmyslitelně spojeno s řečí, protože na nejvyšší úrovni se odehrává prostřednictvím slov. Přitom vnitřní řeč je na rozdíl od vnější řeči méně formulovaná, ale rychlejší.

1.4.1. Kvantitativní poruchy myšlení

1.4.1.1. Poruchy dynamiky myšlení (*patologicky změněná rychlost 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...

- bradypsychismus: širší pojem, zahrnuje útlum také ostatních duševních (i tělesných) aktivit – paměti, pozornosti, emocí... klasická je zpomalená řeč – bradylogie s pauzami mezi slovy – latencemi.
- záraz: náhlá (za chodu vznikající) zástava myšlení pro nedostatek přísunu představ
- mutismus: útlum myšlení, který se odráží v řeči = její úplný výpad. Existuje varianta expresivní, kdy nemocný není schopen myšlenkové procesy verbalizovat, a varianta receptivní, kdy jde o difusní útlum, při němž myšlenkové procesy neprobíhají.

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.

- tachypsychismus: širší varianta zasahující také do ostatních složek, v oblasti myšlení vyjadřuje překotné myšlení, které může zpočátku být využito konstruktivně. Jeho slovním odrazem je logorhea (tachylogie) – zrychlený tok řeči.
- myšlenkový trysek: vystupňovaná forma zrychleného myšlení, kdy urychlená výbava představ v závislosti na povrchních vnějších podnětech vede k měnění cílů (konstelační podmínky) a nevede k žádným závěrům, event. závěrům na základě povrchních vztahů.
- pseudoinkoherence: neschopnost verbalizovat myšlenkový proces při ještě více zrychleném myšlení budící dojem inkoherence

1.4.1.2. Poruchy struktury myšlení

Patologie v zákonitostech myšlenkového procesu, zvláště ve 3 oblastech – v asociacích (řetězení myšlenek), v logických operacích (hledání vztahů mezi jevy), v intencionalitě (schopnost zaměření myšlení na konkrétní objekt)

- **roztržité myšlení**: neumožňuje soustředění na konkrétní úkol, protože je rušeno jinou dominantní představou (záliba, práce, blud, halucinace...)

- **ulpívavé myšlení:** subjekt se opakovaně bez souvislosti vrací k jedné představě, větě nebo slově, vyznačuje se stereotypním opakováním původní odpovědi i při změně otázky – vyskytuje se při únavě, při organickém poškození, u oligofreniků
- **nevýpravné myšlení:** nemocný setrvává na jedné představě, kolem níž se mu vybavuje řada nepodstatných myšlenek a k níž se stále vrací, maximálně ji verbálně obměňuje, k cíli nespěje, bývá při organickém poškození, u oligofrenie.
- **zabíhavé myšlení:** nedosahuje cíle přímočaře, ale oklikami přes nepodstatné myšlenky, bývá u primitivů, dětí, při poškození paměti a intelektu ve stáří, při epilepsii a jiných organických postiženích.
- **inkohrentní (nesouvislé) myšlení:** jednotlivé myšlenkové tvary (pojmy, představy i jejich verbální vyjádření) jsou kladeny vedle sebe zcela bez logických, eventuálně i gramatických vazeb. Řeč je tedy tvořena ze slov nebo vět, které nejsou vázány obsahovým poutem
- **symbolické myšlení:** přiřazuje běžným faktům širší význam, při *magickém myšlení* význam nadpřirozený
- **vztahovačné (paranoidní) myšlení:** neutrálním jevů připisuje zvláštní význam ve vztahu k vlastní osobě

1.4.2. Kvalitativní poruchy myšlení

Popisují obsahovou stránku myšlení, tyto poruchy jsou označovány jako bludy.

1.4.2.1. Bludy

Blud je mylné přesvědčení, které:

- a) vzniká na chorobném podkladu (nedochází k němu za fyziologických podmínek, je součástí duševní poruchy)
- b) je nevývratné
- c) má individuální charakter (není výsledkem obecného mínění, je v rozporu s okolím)
- d) ± má patický vliv na chování (výrazná motivační složka)

Bludem není náboženství nebo pověra – jsou předávány společenstvím, pověra navíc vyžaduje primitivnější osobnost.

Dělení bludů podle obsahu:

- 1) **Bludy expanzivní** (makromanické): jsou podmíněny zvýšenou náladou a souvisí s přeceňováním vlastního významu a schopností. Patří sem bludy **extrapotenční** (přesvědčení o schopnostech a vlastnostech překračující lidské hranice) a **megalomanické** (např. přesvědčení o urozeném původu, erotomanický blud, reformátorský...)
- 2) **Bludy depresivní** (mikromanické – úkorné): jsou podmíněny depresivní a úzkostnou náladou a jsou spojeny podceňováním významu a možností své osoby. Někdy obsah bludu nabírá takového rozsahu (pro lidstvo, svět), že nabývá rozměru pseudomegalomanického. Do této skupiny patří třeba hypochondrický blud, autoakuzační bludy atd..

3) Bludy paranoidní (perzekuční – pronásledování): jsou podmíněny vztahovačností a podezřívavostí, kdy neutrálním situacím jsou připisovány zásadní význam vůči osobě postiženého. Sem patří blud perzekuční, emulační (žárlivosti).

Dělení bludů podle vzniku a trvání:

- **primární:** vzniká na základě porušené interpretace světa, porucha myšlení je vedoucím příznakem, je většinou na náladě nezávislý, bývá vedoucím příznakem chorobného obrazu
- **sekundární:** v průběhu onemocnění navazuje na poruchy jiných psychických funkcí, nejčastěji nálady, ale nejspíše také vnímání, není vedoucím příznakem choroby, pouze modifikuje klinický obraz
- **indukované:** vzniká na základě úzkého kontaktu a emočního vztahu s osobou, která trpí bludem, většinou chronicky, a to perzekučního nebo velikašského rázu, častá bývá izolace od dalších lidí, typický je ústup při separaci od induktora.

Dělení bludů podle generalizace:

- **solitární** (monosymptomatické): jeden blud, týkající se jen konkrétní oblasti reality
- **systemizované:** bludný systém s vlastními logickými pravidly, zahrnující celou realitu (zvl. u trvalé poruchy s bludy)

Blud má svou dynamiku. Vzniká, rozvíjí se, dosahuje vrcholu a ustupuje. Na jeho počátku bývá amorfní bludný základ (bludné ladění) a vztahovačnost. Stádium difúzního bludu se postupně rozvíjí do systemizovaného bludu, kdy se jednotlivé bludné domněnky propojují kolem nějaké centrální představy. Do té doby si nemocný neuvědomoval, co se kolem něho vlastně děje, nyní získává konkrétní představu. Postupně se objevuje logičnost, vše do sebe zapadá. Blud ustupuje společně s chorobným procesem (obvykle vlivem léčby), dochází ke korekci bludu, ztrácí se emoční náboj a nezaktualizuje se, nebo se rozpadá, ale zůstává narušení osobnosti. Tyto stavy se označují jako bludný relikt. Nemocný si pak nemusí uvědomovat rozsah a detaily původního bludného systému.

1.4.2.2. Vtíravé myšlení

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.

ovládavé myšlení (ovládavá, dominantní myšlenka) – myšlenka nebo představa, která opakovaně vystupuje v myšlenkových procesech, člověk jí připisuje zvláštní význam, její emoční náboj je v kontextu životních událostí pochopitelný

vtíravé = obsedantní = anankastické myšlení = obsese – neodbytně se vnucující myšlenka nebo představa, zpravidla bezvýznamná, jíž subjekt jako bezvýznamnou posuzuje, má k ní kritický postoj, ale nedokáže se jí zbavit, může jít o myšlenku, slovo, melodii, citáty, čísla...

nutkavé jednání = kompulse – cílevědomé jednání v důsledku obsese, které má vést k její neutralizaci a na jehož nesmyslnost má subjekt náhled

1. 5. 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.

rysy emocí:

- **subjektivnost:** v emocích se odráží subjektivní vztah k předmětům a jevům
- **polarita:** emoce jsou známy v protikladných dvojicích (kladné x záporné) – vyjadřují dvě krajní (polární) možnosti uplatnění emočního vztahu
- **aktuálnost:** emoce mají vztah k dění, které právě probíhá
- **dynamičnost:** emoce jsou ve svém průběhu proměnlivé jak po stránce kvalitativní, tak kvantitativní
- **asociace emocí:** jestliže vedle sebe probíhají dvě emoce různých kvalit, vzájemně na sebe působí a ovlivňují se
- **iradiace emocí:** jedna emoce se uplatní dominantně a ostatní jsou jí podřízené, mají druhořadý význam a jen její působení doplňují
- **přenos emocí:** emoce se může přenášet z jednoho jevu na druhý nebo na několik jevů (je to způsobeno přetrváváním určité emoce i po změně podnětů a situací)

tělesné projevy emocí:

- mimika
- pantomimika
- hlasový výraz
- vegetativní projevy (pocení, změna dýchání, zčervenání, zblednutí)
- fyziognomie = trvalý výraz, který je výsledkem opakovaných emočních hnutí a projevů, projeví se ve skladbě vrásek, zbytnění určitých svalových skupin v obličeji atd.

temperament

- základní emoční dispozice určující charakter reakcí a převažující druh nálady, její intenzitu, stálost
- zahrnuje i tempo a intenzitu jednání
- je součástí osobnostního typu člověka
- do velké míry dáno geneticky, ale zevními vlivy může být modifikován

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...).

1.5.1. Poruchy afektů

- **Zvýšená afektivní dráždivost:** Vyznačuje se sklonem k vyústění do patického afektu, vyskytuje se zejména na bázi organického poškození CNS, ale i u poruch osobnosti a některých intoxikací, nejde o typickou poruchu afektu, jde o zvýšenou pohotovost k patickým afektivním reakcím.
- **Patický afekt:** Krátkodobá porucha psychického stavu, která vznikla náhle pod vlivem vnějších traumatizujících podnětů (urážky, křivdy...). Od normálního afektu se liší přítomností značné poruchy vědomí, bouřlivým motorickým neklidem, automatickým bezcílným jednáním. Na počátku bývá neobyčejně silný afekt, který má zpočátku obvyklý průběh, později se ale dostaví porucha vědomí, která má charakter mráкотného stavu (obnubilace), následně postižený ztrácí schopnost cílevědomého jednání, a to získá automatický charakter. Vědomí na události, které se během patického afektu udály, bývá porušeno, někdy si postižený pamatuje útržkovité vjemy. Patický afekt většinou končí spánkem.
- **Vystupňovaný (nezvládnutý) afekt:** Afekt, při kterém se postižený nechá strhnout k nerozumným, surovým a násilným činům. Jde o mimořádně silný afekt, při kterém si postižený uvědomuje, co dělá, ale ovlivněn silnou afektivní reakcí nedovede své jednání v dostatečné míře ovládat. Nebývá porušena soudnost a není absolutní neschopnost ovládat jednání. Od patického afektu se liší nepřítomností poruchy vědomí, častěji se vyskytuje u osob s poruchami osobnosti, epileptiků a v rámci alkoholové ebriety.
- **Afektivní stupor:** Dostavuje se někdy při hodně silných podnětech (zejména hrůzného obsahu), vyznačuje se neschopností pohybu, řeči, vymizením mimiky a gestikulace, bývá při něm zástava psychické i motorické činnosti, vědomí ale většinou nebývá porušeno. Postižený si svůj stav uvědomuje, vnímá ho, ale není schopen ho změnit. Trvání bývá velmi krátké.
- **Afektivní útlum:** Projeví se tím, že člověk při situacích, které normálně vyvolávají nadměrné reakce, zůstane zcela klidný a necítí žádné afektivní vzrušení, situaci začne prožívat až po určité době. Ostatní psychická činnost probíhá normálně, ale chybí jí emoční doprovod. Postižený má dojem, že jeho jednání je automatické. Porucha je podobná depersonalizaci, bývá častá v katastrofických situacích (živelné pohromy, požáry...)

- **Anxiózní raptus:** Vzniká na bázi silně vystupňovaného úzkostného afektu. Dochází k vybití anxiózní tenze v agresivitě, která může být zaměřena na okolí i na sebe. Nejčastěji se objevuje v rámci melancholie a na rozdíl od jiných druhů raptů je zde přítomen výrazný emoční náboj. Může probíhat pod obrazem panického nebo vystupňovaného afektu – jde o jeho zvláštní variantu.
- **Paroxysmální afekt:** Vyvolán činiteli biologického charakteru (epilepsie, léze temporálního laloku...), projeví se velkou úzkostí a někdy zlostí.

1.5.2. 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 sníženou. 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. Podle stupně intenzity a podle vyjádření obsahu rozlišujeme:

- **Euforie:** Projevuje se spokojeností, nemocný má ze všeho radost a nic jeho spokojenost nenaruší. Při euforii není hyperaktivita nebo expanzivita, nemusí být ani vystupňovaná veselost. Bývá častá při intoxikacích (např. alkoholem) a některých organických onemocněních CNS (u těch se často vyskytuje tzv. *moria* – plané vtipkování bez zábran a taktu).
- **Manická nálada:** Je zvýrazněna veselá, radostná nálada, rozjařenost, žertování, bývá přítomna živá motorika, zrychlené a usnadněné vybavování představ, zvýšené sebevědomí, zvýšená aktivita. Expanzivita nebývá vždy výrazná. V mírnějším stupni ji označujeme jako *náladu hypomanickou* (rozdíl je pouze v intenzitě – jde o mezistupeň mezi normou a mánií).
- **Extatická nálada:** Bývá vystupňován pocit blaženosti, štěstí a odevzdanosti se. Většinou spojena s náboženskými představami nebo sexuálními prožitky, bývá přítomna u hysterie, poruch osobnosti, při některých intoxikacích a u epilepsie.

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. Podle toho, jak jsou zastoupeny jednotlivé projevy depresivní nálady, rozlišujeme různé formy:

- **Anxiózní nálada:** Do popředí vystupuje úzkost, v důsledku čehož jsou nemocní neklidní, naříkají, častá je i suicidální aktivita. V rámci úzkostné nálady může vzniknout silný úzkostný afekt (*raptus*)
- **Bezradná nálada:** Hlavním podkladem je neschopnost řešit určitou situaci. Pocit bezradnosti vystupuje do popředí tím výrazněji, čím více se jeví naléhavým situaci řešit. Většinou se tento typ nálady nevyskytuje samostatně, ale v širším rámci depresivní nálady
- **Apatická nálada:** Vyznačuje se lhostejností a netečností, v popředí je snížená aktivita, snížená vitalita, nezáměr o okolí, hypomimie.
- **Anhedonie:** Neschopnost prožívat radost, nálada je podobná apatické náladě, ale v popředí je neschopnost se radovat. Pacienta nic netěší, ztrácí zájem o vše, ke všemu je skeptický, projevuje se, jako by se trvale nudil, svou neschopnost prožívat radost ale těžce nese (apatickému jedinci je to jedno) – často bývá na počátku psychotického onemocnění.
- **Rezonantní nálada:** Projevuje se sklony ke zlobným reakcím, bývá zvýšené sebevědomí, podrážděnost, nevládnost, někdy i agresivita. Mírnější formou je **dysforie** (rozlada) – i zde je větší náchylnost k nepřiměřeným emočním reakcím a zlobným afektům, bývá rovněž podrážděnost a nevládnost, není ale sklon k expanzivě jako u rezonantní nálady.

1.6. 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.

Pozornost je spojena se schopností vyloučit nevýznamné podněty a zdůraznit podněty závažně. Těmito podněty jsou nejen senzorické informace, ale také řada aktivovaných vnitřních obsahů (vzpomínek, představ, myšlenek). Původní představa předpokládala, že do mozku vstupují informace informačním kanálem, který má omezenou kapacitu. Toto omezení je dáno schopností přijímat informace jen z jednoho senzorického kanálu, a tedy nutností mezi těmito senzorickými kanály přepínat (2x za sekundu). Dnes je pozornost chápána širěji: předpokládá se paralelní zpracovávání informací, kde pozornost souvisí s kapacitou těchto procesů, s jejich vyhodnocováním, tříděním a přípravou odpovědi.

charakteristiky pozornosti:

- rozsah (kapacita, extenzita): množství předmětů a jevů, které může pozornost současně obsáhnout
- selektivita: zaměření pozornosti pouze na jevy určitého typu a ignorace jevů jiných při jejich současném výskytu.

- soustředění (koncentrace): zaměření pozornosti na určitý objekt a potlačení všech dalších podnětů
- vytrvalost (tenacita): schopnost dlouhodobějšího zaměření pozornosti
- distribuce: rozdělení pozornosti na sledování několika jevů současně (buď paralelně nebo přepínáním – není jasné)
- stabilita: zaměření pozornosti v nezměněné intenzitě (x oscilace – kolísání v intenzitě, má ochranný význam, zabraňuje vyčerpání)
- intenzita: síla zaměřené pozornosti (je vždy kolísající)
- přepojování (vigilita, bdělost): účelné a dostatečně rychlé obracení (přesunování) pozornosti z jednoho objektu na druhý
- iritabilita: vyjádření min. intenzity, kterou musí mít podnět, aby vstoupil do vědomí

druhy pozornosti:

- Rozlišujeme pozornost záměrnou – subjekt cíleně vnímá podnět a bezděčnou – subjekt vnímá podnět bez úmyslu. Někdy se může objevit též pozornost protivolní - subjekt nedokáže potlačit vnímání podnětu, může vést k obsedantnímu jednání.
- Pokud je pozornost zaměřena na konkrétní podnět, zatímco vnímání ostatních podnětů je potlačeno, označuje se jako selektivní pozornost, koncentrace. Jejím protikladem je difúzní, rozptýlená pozornost.

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 potížemi), 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)
- **paraprosexie:** vlivem psychického napětí dochází k předčasné reakci nebo naopak přeslechnutí podnětu

Vyšetření pozornosti: sleduje se reaktivita, hbitost, přesnost odpovědí, nonverbální projevy (pohledy stranou aj.), odečítání, měšice tam a zpět atd.

Výskyt poruch pozornosti:

- vyčerpání: snížená koncentrace
- mánie: zvýšená vigilita (přesuny) a oscilace (nestálá intenzita), také asi vyšší distribuce (více podnětů držených ve vědomí)
- organické poruchy: snížená kapacita, koncentrace a tenacita
- schizofrenie: snížená vigilita (přesuny), tenacita (výdrž) i distribuce (rozdělování na současné jevy)
- neurózy: nadměrné zaměření (koncentrace i tenacita)
- hyperkinetické poruchy

1.7. 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. Z psychologického hlediska paměť řadíme k psychickým procesům, čímž se zdůrazňuje, že se jedná o časovou posloupnost na sebe vázaných odlišných stavů (ukládání, udržení, vybavení). To, čemu se říká paměť hovorově, je jen jedním z modulů a jedná se o paměť deklarativní (viz níže). Pro činnost každého modulu je klíčový tzv. zúžený profil – vymezená anatomická oblast, jejíž léze výrazně poškodí funkci celého modulu. Obecně k paměťovým mozgovým strukturám patří zvláště okolí třetí komory mozku (limbický systém s hipokampem a diencefalem). Chemicky je pak nejdůležitější systém cholinergní.

Typy paměti:

1. pracovní paměť: krátkodobé až střednědobé udržení aktivní reprezentace vjemů vnějšího a vnitřního světa ještě po jejich odeznění, zúženou oblastí je prefrontální mozgová kůra.
2. deklarativní paměť: dlouhodobá vědomá paměť pro fakta a události, zúženým profilem jsou vnitřní části spánkových laloků včetně hipokampu a některé části mezimozku.
3. procedurální paměť: dlouhodobé nonverbální uchování motorických dovedností, zúženým profilem je striatum.
4. priming (neboli spěšná instrukce): schopnost z části informace (vjemu) dovybavit celek (např. usuzování z kousku známého obrazu na jeho celek), zúženým profilem je kůra okcipitální, temporální a frontální.
5. klasické podmiňování (Pavlovovo): spojování vjemu s motorickou odpovědí, zúženým profilem je mozeček a části kmene.
6. emoční podmiňování: spojování vjemu s emoční odpovědí, zúženým profilem je amygdala.

Paměťový zápis spočívá v modifikaci nervové sítě tvořené synaptickými spoji mezi neurony. Informace se zapisují zvětšením nebo zmenšením účinnosti stávajících spojení. Podněty zachycené smyslovými orgány jsou zapsány jen na zlomek sekundy do bezprostřední paměti, z níž se rychle vytrácejí, a jen malá část přestupuje do paměti krátkodobé. Proces udržení v paměti je zprostředkován přechodnou změnou vzrušivosti nervových spojení. Oproti tomu trvalejší uložení do paměti vyžaduje trvalejší chemické nebo morfologické změny, které probíhají během procesu konsolidace. Někdy bývají rozlišovány z časového hlediska ještě střednědobá paměť, z hlediska obsahu a funkce bývá popisována paměť pracovní (na rozhraní krátkodobé a střednědobé v rozsahu několika sekund až minut, eventuálně pár hodin), užívaná k řešení aktuální situace. Její obsahy jsou po skončení zapomenuty a kapacita využita k řešení následujícího úkolu.

Dělení paměti podle trvání:

- bezprostřední, senzorická, ultrakrátká, provozní paměť: trvá zlomky sekund, je vázána na smyslové vjemy, úzce souvisí se stavem bdělosti a pozornosti
- krátkodobá paměť: trvá sekundy, dochází ke vstípení informace, za snížené bdělosti nebo silné emoce může být vstípení porušeno
- střednědobá paměť: trvá minuty až dny, dochází ke konsolidaci paměťové stopy, informace jsou převáděny do paměti dlouhodobé
- dlouhodobá paměť: trvá měsíce až roky, je podmíněna morfologicky – zmnožení dendritických trnů, obnažení receptorů pro excitační aminokyseliny

Dělení paměti podle obsahu:

- vizuální paměť = zraková
- auditivní paměť = sluchová
- motorická paměť
- emoční paměť = citová – schopnost pamatovat si citové stavy

Dělení dle principu zapamatování:

- mechanická paměť: zapamatování obsahu bez ohledu na souvislosti ($\pm$ sémantická), výrazněji slábne s věkem
- logická paměť: zapamatování souvislostí, bez přesného znění ($\pm$ epizodická), větší práce s asociacemi

Dělení z vývojového hlediska:

- fylogenetická paměť – složitější podmíněné reflexy a instinkty
- ontogenetická paměť – individuální prožitky

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...).

1.7.1. Kvantitativní poruchy paměti

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

- *hypomnézie* – vrozená dispozice, při únavě, nepozornosti, u neuróz, organických postižení, psychóz

- **amnézie** – většinou vázána na poruchu vědomí (kvalitativní i kvantitativní), může být kontinuální nebo ostrůvková (hlavně při kvalitativních poruchách vědomí), může také vypadnout jen některá událost – systematizovaná amnézie (u alkoholiků amnézie na období, kdy se postižený jeví bdělý = okénko, *palimpsest*).

Z hlediska časového řazení:

- **retrográdní amnézie**: ztráta paměti na události předcházející rušivému zásahu – jde o poruchu konsolidace paměti (s délkou konsolidace se rušivý vliv snižuje), kdy se nevytváří dlouhodobá stopa, ale může se jednat také o přechodnou poruchu výbavnosti, kdy byl reverzibilně narušen proces čtení paměti (tomu nasvědčuje dodatečné vybavování u některých traumatických retrográdních amnézií, a to i s odstupem měsíců)
- **anterográdní amnézie**: týká se událostí po rušivém zásahu, většinou v období několika hodin (ale poškození temporálního laloku může vést k trvalé poruše konsolidace deklarativní paměti).
- **generalizovaná amnézie**: týká se celého života

Z hlediska obsahu (v případě psychogenní amnézie – amnézie na disociačním principu):

- **selektivní amnézie**: týká se některých událostí určitého časového úseku (např. některých částí bojové operace)
- **systemizovaná amnézie**: týká se určité vymezené kategorie informací (např. o určité osobě)

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.

1.7.2. Kvalitativní poruchy paměti

- **paramnézie – dysmnézie**: jakékoliv zkreslení vzpomínky
 - **ekmnézie**: nepřesné časové zařazení vzpomínky
 - **kryptomnézie** (*kryptos* ř. *skrytý*): přesvědčení o autorství již objeveného a subjektem poznaného, může se vyskytovat u duševně zdravých (neúmyslné plagiátorství)
 - **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).

- **pseudologia phantastica**: vytvoření neprožitých zážitků z důvodů zbujele fantazie, sugestivní a barvitě líčení, subjekt není schopen rozlišit realitu od fantazie. Fyziologicky u dětí a patologicky u hysterických osobností.
- **nekorigovaný sen**: snový prožitek je považován za vzpomínku
- **illusion du déjà vu / jamais vu**: již viděné/neviděné, ...**entendu** – již slyšené/neslyšené, ...**vécu** – již prožitého/neprožitého. Spíše derealizace.

1.8. 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. Nejedná se však o plnou neměnnost, osobnost se přechodně může měnit. Odhaduje se, že 50 % je podmíněno geneticky, 50 % je ovlivněno z vnějšku. Osobnost se tedy vyvíjí, člověk se s ní nerodí. Utváří se v momentě uvědomění si vlastního já, dozrává v období puberty a dále vyzrává během dospělosti.

Prvky struktury osobnosti: osobnost sestává z charakteru, temperamentu a inteligence

- **charakter (povaha)**: trvalá pohotovost projevit se určitým způsobem ve společenském prostředí, představuje tedy spíše sociální a psychologickou stránku osobnosti
- **temperament**: způsob emočních projevů jedince v určité situaci (reakce na situaci a její průběh), představuje spíše biologickou stránku osobnosti
- **inteligence**: modifikuje obě předchozí (dle Janíka zde namísto inteligence schopnosti)

Mechanismy osobnosti = formy reakcí ve vývoji osobnosti, kterými se osobnost vyrovnává se svými problémy (mohou se rozlišovat subjektivní a objektivní). Neadekvátní vyrovnání mohou nepříznivě ovlivnit další vývoj.

- **kompence**: plnohodnotné vyrovnání s problémem
- **hyperkompenzace**: pocit nedostatku řešen jeho nadbytečným rozvojem
- **únik**: nevědomé vyhýbání (únik do snění, nemoci, rezignace)
- **regrese**: ústup do nižších vývojových stádií, kdy ještě nebylo tolik zátěžových situací
- **agrese**: dochází k ní při konfliktu s okolím během překonávání překážek
- **racionalizace**: ospravedlňování sama před sebou hledáním příčin mimo sebe
- **katatymie**: hodnocení jevů v rozporu se skutečností (připisování přijatelnější hodnoty)
- **projekce**: připisuje své projevy jiným lidem

Odhylky v osobnostní struktuře:

- **akcentovaná osobnost:** zvýrazněná vlastnost $\pm$ v normě
- **anomální osobnost:** povahové odchylky, které nepřinášejí obtíže
- **porucha osobnosti = psychopatie:** extrémně vystupňované rysy, které vedou k poruše sociální adaptace. Lze klasifikovat teprve po vytvoření osobnosti – nad 16 let. Poté již zůstává základní charakteristika osobnosti = její jádro zachováno i při působení razantních nepříznivých vlivů.

Ostatní termíny používané při popisu osobnosti:

- **degradace:** globální snížení úrovně
- **depravace:** úpadek v sociální oblasti, porušuje pravidla soužití, bývá delikventní (zvl. alkoholici, toxikomani)
- **deteriorace:** v čele je úbytek intelektu, který byl před propuknutím poruchy přítomen, ale postižena je celá šíře a formát osobnosti, vzniká na organickém podkladě a je ireverzibilní
- **dezintegrace (rozpad):** jednotlivé složky osobnosti přestávají fungovat v součinnosti, osobnost ztrácí svou celistvost, jednotlivé složky fungují v disharmonii, mohou být také poškozeny, což vede postižení všech kvalit psychiky (změny typických reakcí, ztráta kontaktu s minulostí nebo i přítomností...), vyskytuje se zvláště u psychotických stavů, ale také u demencí.
- **rozštěp:** v jednom výkladu = rozpad, v jiném výkladu jednorázové rozdělení na dvě osobnosti (úraz hlavy, epilepsie, hysterie aj.)
- **alterace:** obdoba rozštěpu – rozdělení na dvě osobnosti, které se opakovaně střídají v čase (vrací se). Obě osobnosti mají svou kontinuitu, navazují na minulý konec (hysterie)
- **rozdvojení:** je blízké depersonalizaci – pocit rozdvojení osobnosti, které ale na rozdíl od rozštěpu existují současně, často se chovají protichůdně. Obyčejně si postižený tento stav uvědomuje a staví se k němu kriticky. Vyskytuje se u psychopatií a hysterií (jedna část osobnosti nabádá k něčemu, co by druhá nikdy nepřipustila).
- **transformace:** nevývratné přesvědčení jedince, že je někým (něčím) jiným (jen u psychóz, může se považovat za zvíře, krále...), může po okolí vyžadovat chování adekvátní svému vnímání nebo ne
- **apersonalizace:** přisvojení části jiné osoby k vlastní (např. souseda, návštěvy jeho příbuzných apod., ale jen v některých směrech)
- **depersonalizace:** porucha procitování vlastního já, kdy si postižený připadá cizí, zvláštní, necítí se sám sebou
- **deprivace:** od mládí strádání po všech stránkách, hlavně citově
- **primitivní osobnost:** osobnost s jednoduchými vzorci chování, kterým se naučila kvůli nižším intelektovým schopnostem nebo nedostatečné výchově.

1.9. PUDY A JEJICH PORUCHY

Pudy jsou biologické, vrozené, složité, relativně stálé, druhově specifické reakce na podněty z vnějšího či vnitřního prostředí organismu. 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 chování. 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. U pudů rozeznáváme sílu, která pohání ke konání a intenzitu, která vede k realizaci ukojení. Pudy můžou působit synergisticky (vzájemně se potencovat) nebo antagonisticky (vzájemně se rušit).

Dělení pudů:

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

1.9.1. Poruchy pudu výživy

Sem počítáme polyfagii a bulimii (je u nich chorobné zvýšení obživného pudu) a na druhé straně anorexii a sitofobii (chorobné snížení 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 pocítuje 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.

V extrémních životních situacích nebo za patologických podmínek může dojít i k vyhledávání a požívání běžně nepožívaných nebo nepoživatelných látek. Do této skupiny poruch patří kanibalismus, pika (= požívání nestavitelných věcí – hlína, písek, tráva...), koprofagie (= požívání výkalů, časté u psychotiků a v rámci sexuálních deviací).

1.9.2. Poruchy pudu sebezáchovy

Pud sebezáchovy je velmi důležitý pro zachování života a integrity jedince. Jakékoli jeho narušení je tedy velmi ohrožující.

Sebevražda (suicidium):

- vědomé a úmyslné ukončení života, které si jedinec přeje a úmyslně si jej přivodí
- praxi se nejčastěji setkáváme se **sebevražednými pokusy**, kterých je mnohem větší počet než dokonaných sebevražd, mezi pokusem a dokonanou sebevraždou jsou podstatné rozdíly (jak ve skupině osob, motivech tak i provedení), ostrá hranice mezi nimi ale neexistuje (i vážně myšlená sebevražda se nemusí povést a naopak pokus může skončit nechtěnou smrtí)
- 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 – např. nevyléčitelná nemoc, obava z mučení a podobně, mezi bilanční sebevraždy řadíme i **sebeobětování**, které má mimoosobní motivaci – jde vlastně o sebezabití, kterému schází touha po smrti, a naopak převažuje snaha prospět někomu jinému jedinci nebo celku

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)
- při sebezabití má jednání často původ v pudu sebezáchovy, při sebevraždě jde o jeho oslabení nebo popření

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**

1. 10. 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.

zdroje volního jednání:

- vrozené: pudy a instinkty – determinují jednání ve směru biologické potřeby
- získané snahové prvky:
 - **potřeby**: vznikají při nerovnováze organismu, při narušení homeostázy
 - **zájmy**: potřeby v oblasti intelektuální – šíře zájmů je dána strukturou a úrovní osobnosti, mohou se probouzet, usměrňovat a měnit výchovou, učením a zkušeností
 - **motivy**: bezprostřední uvědomění si cíle v rámci připravovaného volního aktu, motivem se může stát jakýkoli impuls, který spouští motivační proces (motivem se lidské jednání vzdaluje od pudového)

struktura volního aktu:

- volní akt je nutno posuzovat jako integrovaný projev celé osobnosti, v jeho průběhu se vyskytuje několik etap, které na sebe navazují
- na počátku stojí **chtění** (k vědomému motivu přistupuje vlastní stanovisko), chtění může být podmíněné, může být vázáno na splnění jisté podmínky či podmínek, síla chtění bývá různě vyznačena:
 - úmysl: chtění, jehož síla je malá
 - přání: má rovněž malou sílu, a navíc se cíl zdá být nedosažitelným

- touha: chtění s vyjádřenou silou, cíl ale není přesně ohraničen
- na chtění navazuje **rozhodování** nebo též tzv. motivační proces (k tomu, aby proběhl, je třeba více motivů), dochází ke zvažování a hodnocení motivů, probíhá selekce mezi motivy
- motivační proces vrcholí ve volném rozhodnutí, obsahem rozhodnutí je jak stanovení cíle, tak prostředků k jeho dosažení

Proces volního jednání má 2 složky:

- vůle = cílevědomé zaměření psychické činnosti k dosažení cíle
- jednání (konání, psychomotorika) = projev aktivity navenek, která je usměřňována psychickými funkcemi

PORUCHY VŮLE:

- **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
- **stenie vůle:** opačný trvalý rys

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, těžná 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 v jednoduché formě u organických poruch, ve formě složitější u konverzních poruch

- **pseudodemence:** ztráta paměti a porucha úsudku, která je však projevoována v přehnané bizarní formě – přibližné odpovědi na elementární otázky, často vzniká v tíživé životní situaci (odvolání na vojnu, snaha o invalidní důchod...)
- **Ganserův syndrom:** psychogenně navozená porucha vědomí (mráкотný stav) + projevy pseudodemence, odpovědi v kategorii otázky, ale nehorázné, stejně tak nehorázné chování (jedení slupky namísto banánu, strkání klíče do kliky, oblékání ponožek na ruce...) - jde o tzv. parapraxii – postižený ví, k čemu používáný předmět správně slouží, ale používá jej nesprávně, mohou se vyskytnout taky halucinace nebo paranoidní bludy, po ukončení je amnézie – často se dostavuje ve vyšetřovací vazbě, méně ve výkonu trestu (dif.dg.: tumory nebo poranění mozku, progresivní paralýza, je nutné podrobné somatické vyšetření)
- **vazbová psychóza:** pestré halucinace všech smyslů a nehorázné bludy (zázraku, osvobození světově významnou osobností, nanebevzetí...) – vyskytuje se většinou ve vazbě jako účelová obrana proti vyšetřování a odsouzení

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

ambivalence: současná přítomnost dvou a více protichůdných impulzů, které se vztahují ke stejné věci, osobě nebo situaci, jedinec nedokáže volit mezi oběma motivy nebo způsoby jednání

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

- **jednoduché:** mrkání, trhání šíjí, rameny, grimasování resp. pokašlávání, chrochtání, syčení, popotahování nosem
- **komplexní:** poplácávání, poskakování, čichání k předmětům...resp. opakování celých slov, často obscénních (koprolálie), event. opakování posledních slov partnera (echolálie)

PORUCHY PSYCHOMOTORIKY:

Jedná se o poruchy vlastní behaviorální realizace volního aktu.

a) **kvantitativní:** Projevují se snížením nebo zvýšením psychomotorické aktivity při prostém snížení nebo zvýšení vzrušivosti CNS, někdy se také mluví o změně pohotovosti k činnosti – *dynamogenii*

psychomotorická inhibice:

- **hypokineze:** pohybové projevy jsou zpomalené, výrazově chudé – je přítomna hypomimie, snížená gestikulace, současně je snížena spontaneita a iniciativa – vyskytuje se při únavě, depresi, parkinsonismu
- **akineze:** vystupňovaná hypokineze, kdy psychomotorické projevy zcela chybí, projevuje se klinicky jako stupor (psychokinetický x katatonní; nehybné setrvávání v jedné poloze, bez reakcí na okolí, bez pohybových projevů), součástí je také mutismus (absence řeči, a to spontánní i v odpovědi), svalový tonus, držení těla, dýchání i otevřené oči svědčí proti spánku a pro zachované vědomí – vyskytuje se typicky u afektivních poruch
- **zárazy:** náhlé přerušování pohybu, který do té doby probíhal normálním tempem i formou, často současně se zárazem myšlení, trvá obvykle minuty, ale může se výjimečně prodloužit na dny i týdny, vyskytuje se typicky u schizofrenie

psychomotorická excitace:

- **hyperkineze:** pohybové projevy jsou zrychlené a přemrštěné, odchází k neúčelným pohybům, častým změnám polohy, přehnané mimice i gestikulaci, je zvýšená iniciativa, okamžitá, ale málo účelná reakce na podnět (patická iniciativa), projevuje se i v řeči jako logorhea
- **psychomotorický neklid:** mírnější forma
- **agitovanost:** vystupňovaná forma
- **raptus:** náhlý psychomotorický neklid ve formě rychlých, obvykle útočných pohybů s dezorganizovaným jednáním, bývá doprovázen silným afektivním napětím
- **jaktace:** stav psychomotorického neklidu, který se projevuje třesem celého těla včetně údů a cvakání zubů

b) kvalitativní: objevují se kvalitativně nové motorické fenomény, které nejsou přítomny v normě, dochází k disociaci mezi duševní činností a pohybovým projevem, psychomotorická komponenta získává relativní samostatnost, přestává sloužit vyjádření psychických procesů, stává se nesrozumitelnou a bizarní, schází jim plynulost, ladnost, přiměřenost a účelnost

katatonní hypokinéza – neproduktivní příznaky: projevuje se především v držení těla, poloze a postojích

- **vosková ohebnost (*flexibilitas cerea*):** trvalé zvýšení svalového napětí agonistů i antagonistů, které při nastavování končetin klade plastický odpor v kloubech, přičemž je možno „vymodelovat“ nepřirozené postoje
- **katalepsie:** porucha jednání, která spočívá v pasivitě vůči vnuceným nastavením těla (nástavám), často nepřirozeným a bizarním (zdvižené ruce, stoj na jedné noze, leh se spontánní zvýšenou polohou ramen a hlavy – tzv. psychická poduška)
- **pasivní negativismus:** nepodrobnost nemocného a nespolutpráce
- **katatonní stupor:** vymizení všech aktivních pohybů a projevů, spontánních i reaktivních. Přestože obraz imponuje jako porucha vůle (abulie) či porucha myšlení (autismus), event. porucha vědomí, většinou se o tyto poruchy nejedná (když tak sekundárně)

katatonní hyperkinéza – produktivní příznaky: zvýšená pohyblivost, neklid, agitovanost, která je nemotivovaná, impulzivní, uplatňují se situaci nepřiměřené automatismy nebo neúčelně opakované automatické pohyby (stereotypie – vybavují se bez volní regulace), sklon k opakování se projevuje i v řeči – verbigerace (opakování náhodného slova nebo fráze monotónním hlasem se stejnou zvukovou formou), dále je přítomen aktivní negativismus – kladení odporu či provádění opačných pokynů – a echomatismy – echopraxie, echomimie, echolalie (tedy opakování po vyšetřujícím), extrémní formou je katatonní agitovanost s extrémním neklidem a strojovými, výbušnými pohyby (mohl by sem patřit i povelový automatismus – rychlé a přesné uskutečnění pokynu a to i proti zájmům postiženého)

Rozdělení duševních poruch dle MKN-10:

- | | |
|----|--|
| F0 | Organické duševní poruchy, včetně symptomatických |
| F1 | Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané psychoaktivními látkami |
| F2 | Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy |
| F3 | Poruchy nálady (afektivní poruchy) |
| F4 | Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy |
| F5 | Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory |
| F6 | Poruchy osobnosti a chování u dospělých |
| F7 | Mentální retardace |
| F8 | Poruchy psychického vývoje |
| F9 | Poruchy chování a emocí s počátkem obvykle v dětství a adolescenci |
-

DEPRESE U SENIORŮ

Deprese u seniorů je závažné onemocnění – je to rizikový faktor a spouštěcí prvek pro řadu dalších onemocnění, které zároveň komplikuje. Deprese ve vyšším věku je často poddiagnostikována a její příznaky bývají mylně pokládány za průvodní jev fyziologického stárnutí. Deprese ve vyšším věku často nesplňuje kritéria plně rozvinuté depresivní fáze a v klinickém obraze většinou dominují stezky na somatické potíže, které depresi maskují a seniory přivádějí spíše k lékařům jiných specializací a senioři tak často podstupují zcela zbytečná a zatěžující vyšetření.

Prevalence depresivní fáze v populaci nad 65 let je 1,4 % u žen a 0,4 % u mužů, ale tato čísla mohou být mnohem vyšší (někdy se dokonce uvádí až 6 %). Mírné formy, které nesplňují kritéria MKN-10 pro depresi se vyskytují dokonce až u 30 % seniorů.

U seniorů, kteří žijí v ústavech nebo jsou dlouhodobě hospitalizováni, je incidence deprese dokonce až 45 %.

Klinický obraz deprese ve vyšším věku

- subjektivní stížnosti na špatnou náladu nejsou časté (asi jen u 10 %)
- **maskovaná deprese:** typické jsou rozličné a obvykle vzájemně nesouvisející somatické stezky (zažívací obtíže, potíže s mikcí nebo defekací, chronické a nespecifické bolesti) → tyto potíže jsou dlouhodobé, neobjektivizovatelné a často jsou doprovázeny nevysvětlitelným zhoršováním stavu
- **depresivní pseudodemence:** v popředí je deficit kognitivních funkcí, který bývá nemocnými líčen jako nejzávažnější a více obtěžující, než jak je reálně zaznamenáno
- **apatisko-abulická forma:** ve vyšším věku je to častá forma deprese, projevuje se ztrátou zájmu o okolí, zanedbáváním vlastních potřeb (včetně nutritivních a hygienických)
- **agitovaná forma deprese:** neklid je pacientovou reakcí na duševní strádání

SOMATICKÉ CHOROBY ČASTO DOPROVÁZENÉ PSYCHICKÝMI PORUCHAMI

Některá somatická onemocnění (včetně onemocnění nebo poškození mozku) jsou častěji než jiné doprovázeny různými duševními poruchami. Klasifikace se provádí zejména podle základní somatické poruchy, teprve potom podle typu duševní poruchy.

Systémový lupus erythematoses

- cévní onemocnění s přímým postižením CNS
 - duševní poruchy se vyskytují u 60 % pacientů a mohou se vyskytnout již v rané fázi onemocnění
 - duševní poruchy nejsou specifické: nejčastější je delirium, objevují se deprese (často s psychotickými příznaky)
 - poruchy mohou progredovat do demence
 - časté jsou epileptické záchvaty (50 %) včetně grand mal a temporálních záchvatů
-

- časté jsou i různé pohybové poruchy

Migréna

- u pacientů s migrénou jsou popisovány poruchy paměti (10 %), delirium (6 %), halucinace (6 %), změny způsobu vnímání vlastního těla (6 %), deprese (4 %)
- chronická migréna je zneschopňující poruchou a vede k depresi
- migréna je častější u jedinců s vyšší inteligencí a s obsedantními rysy → celoživotní prevalence je 20-25 %, častější je u žen, byl popsán i familiární výskyt
- etiologie může spočívat v poruchách typu vazodilatace/vazokonstrikce nebo v oblasti komplexnějších vegetativních dysfunkcí

Roztroušená skleróza

- ve větší míře se vyskytuje na severní polokouli
- psychiatrické změny jsou v 75 % případů
- již v raném stádiu se objevuje deprese
- po zasažení frontálních laloků dochází k euforii, uvolněnosti chování a někdy až manické symptomatice
- častá je deteriorace intelektu (60 %), dochází ke zhoršování paměti (od mírného stupně až k demenci)
- byly popsány psychotické stavy a disociační poruchy
- příznaky duševních poruch se zhoršují po fyzikálním nebo emočním traumatu

Epilepsie

a) typu *grand mal*:

- v období záchvatů a po záchvatech se mohou vyskytovat stavy zmatenosti
- prevalence psychotických poruch při epilepsii je 7 %, epilepsie je 3-7 x častější u pacientů s psychózou
- celoživotní prevalence epilepsie u psychotických poruch je 10 %

b) *temporální epilepsie*:

- psychiatrické problémy se vyskytují častěji
- někdy je obtížné odlišit tento typ od schizofrenie s agresivitou
- rozličné komplexní aury, halucinace, depersonalizace, derealizace mohou častěji dominovat jako funkční duševní poruchy
- časté jsou vegetativní dysfunkce a viscerální počitky (např. epigastrická aura, škroukání v žaludku, slinění, červenání, tachykardie, závratě)
- mezi abnormální vjemy při záchvatech patří vizuální deformace, halucinace, depersonalizace, pocity prožívání jakoby zdálky, iluze typu „deja vu“ (viděného), „deja vécu“ (prožitého), „jamais vu“ (nikdy neviděného)
- běžné jsou čichové a chuťové halucinace – mohou být spojeny s pomlaskáváním rtů, přezvykováním, olizováním a polykáním předmětů
- subjektivně nepříjemně jsou pocíťovány poruchy myšlení a paměti
- časté jsou prožitky strachu, úzkosti a deprese

Nádory mozku

- mohou se projevovat neurologickými příznaky (bolest hlavy, nauzea, zvracení, záchvaty, vizuální deficit až ztrátou zraku, edémem papil)

- psychické poruchy mohou předcházet neurologický nález
- příznaky jsou často následkem zvýšeného nitrolebního tlaku nebo mechanického působení nádoru na jeho okolí
- TS myšlenky se objevují u 10 % pacientů
- při **pomalé rostoucích** nádorech dochází ke změnám osobnosti
- nádory s **rychlým růstem** se projeví velmi brzy kognitivními poruchami
- při nádorech **frontálního laloku** jsou časté deprese, změny emotivity, celková dezinhibice, demence, zhoršená koordinace, psychotické symptomy (často dojde k chybné diagnóze Alzheimerovy demence)
- nádory **temporálního laloku** se mohou projevovat úzkostí, depresí, halucinacemi (zejména chuťovými a čichovými) a příznakovým okruhem temporální epilepsie
- nádory **týlního laloku** mívají méně psychiatrických příznaků (apraxie, afázie) a mohou chybně diagnostikovány jako disociační poruchy

Úrazy hlavy

- projevují se širokou škálou akutních a chronických klinických obrazů
- přibližným prognostickým vodítkem může být doba trvání dezorientace
- časté akutní příznaky: amnézie, agitovanost, psychotické příznaky, delirium
- časté chronické příznaky: amnézie, poruchy nálady, psychotické příznaky, změny osobnosti, vzácně i demence
- průběh postižení je ovlivňován řadou faktorů – mentální dispozicí, premorbidní osobností, rozvojem epilepsie, životními podmínkami, emočním znovuprožíváním úrazu, odpovědí na ztráty v oblasti intelektu a v neposlední řadě rozsahem a lokalizací postižení mozku → důležitá je i adaptační schopnost pacienta

Otrava těžkými kovy

- **olovo**: střevní koliky, neuropatie, encefalopatie, při akutní intoxikaci delirium, záchvaty křečí, vysoký TK, zhoršení paměti a koncentrace, bolest hlavy, třes, hluchota, afázie, hemianopsie; při chronické otravě: bolesti hlavy, deprese, pocity slabosti, závratě, přecitlivělost vůči zrakovým a sluchovým podnětům
- **rtuť**: gastritida, krvácení z dásní, nadměrné slinění, hrubý třes a klonické křeče, nervozita, nezvyklá bázlivost, ostýchavost, podrážděnost, hádavost, výbušnost
- **mangan**: bolesti hlavy, stísněnost, strnulost, hypersomnie, impotence, nekontrolovaný smích a pláč, impulzivní běhání, tancování, zpívání, mluvení, páchání trestných činů, později rozvoj parkinsonismu
- **arsen**: při chronické otravě dermatitida, zánět spojivek, slzení, anorexie, bolest hlavy, závratě, apatie, únava, zhoršení intelektu, periferní neuritida, někdy rozvoj Korsakovova syndromu
- **thallium**: chvění, bolesti břicha zvracení, bolesti hlavy, tachykardie, gastritida, hypoventilace, alopecie, ataxie, parestázie, periferní neuropatie, retrobulbární neuritida, atetóza, myoklonie, poruchy vědomí, deprese, záchvaty, delirium

Toxické kovy znamenají ve větších koncentracích vždy nápor na imunitní systém. Nejzávažnější expozici kovům znamenají kovové zubní výplně. Důsledkem chronické otravy bývá často **chronický únavový syndrom**.
