

Studijní opora

Psychopatologie (kombinované studium)

Věra Juříčková

Tato studijní opora vznikla v rámci realizace projektu ISIP 2015 „ELP – kombinovaná forma navazujícího magisterského studia předmětů typu A“.

Tato studijní opora vznikla v rámci realizace projektu ISIP 2015 „Profilace a inovace předmětů typu A v rámci navazujícího magisterského studijního programu Veřejná správa a sociální politika“.

Opava, 2015

Cíle předmětu (získané vědomosti a dovednosti)

Odborné znalosti

Student získá přehled o poruchách a projevech jednotlivých psychických funkcí a psychických poruchách se snahou postihnout mechanismus fungování a jeho proměny se změnami jedinců a společnosti v čase. Součástí bude přehled o možnostech pomoci a prevenci duševních onemocnění.

Odborné dovednosti

Student bude znát základy péče o duševní zdraví a bude orientován v základech pomoci lidem, u kterých se projeví problémy signalizující duševní onemocnění. Bude veden k porozumění situaci klienta v jeho celkovém životním kontextu.

Obecná způsobilost:

Student se bude orientovat v poruchách psychických funkcí a projevech některých psychických onemocnění. Přínos absolvování předmětu spočívá v důrazu na zmírnění stigmatizace osob s duševním onemocněním, zvyšování kompetence klientů vedoucí ke kvalitativní změně jejich života a jejich inkluzi do společnosti, včetně podpory prevence a systematické péče o duševní zdraví.

Obsah předmětu

- [1] Úvod do předmětu
- [2] Poruchy vnímání
- [3] Poruchy pozornosti a paměti
- [4] Poruchy myšlení a řeč
- [5] Poruchy pudů a emotivity
- [6] Poruchy vůle a jednání, vědomí a spánku
- [7] Poruchy osobnosti,neurologická onemocnění a organické duševní poruchy
- [8] Vybrané duševní poruchy
- [9] Péče o osoby s duševním onemocněním

Obsah

Úvod.....	9
1 Úvod do předmětu.....	11
1.1 Psychopatologie – základní pojmy.....	11
1.1.1 Stručný přehled historie psychopatologie.....	12
1.1.2 Etiopatogeneze.....	13
1.2 Etická práva nemocných.....	15
1.3 Prevence.....	16
1.4 Pojetí normality.....	16
1.4.1 Rozdílné pojetí normy.....	16
1.4.2 Kritéria normality.....	17
1.5 Klasifikace psychických poruch.....	18
1.5.1 Symptom a syndrom.....	18
Syndrom.....	19
1.5.2 Porucha a choroba.....	19
1.5.3 Obvyklý postup vyšetření a léčby:.....	19
1.5.4 Psychopatologie.....	20
1.6 Speciální psychiatrie a klasifikace duševních poruch a poruch chování podle MKN-10.....	20
Shrnutí základních pojmů.....	23
Samostudium / úkoly / kontrolní otázky pro studenty.....	23
Seznam doporučené literatury.....	24
2 Poruchy vnímání.....	25
2.1 Vnímání.....	25
2.2 Nepatické poruchy vnímání.....	26
2.3 Patické poruchy vnímání.....	26
2.3.1 Agnozie.....	26
2.3.2 Psychosenzorické poruchy vnímání.....	26
2.3.3 Iluze.....	27
2.3.4 Halucinace.....	28
Shrnutí základních pojmů.....	29
Samostudium / úkoly / kontrolní otázky pro studenty.....	30
Seznam doporučené literatury.....	30
3 Poruchy pozornosti a paměti.....	31
3.1 Pozornost.....	31

3.1.1	Nepatické poruchy pozornosti	32
3.1.2	Patické poruchy pozornosti	32
3.2	Paměť	32
3.2.1	Kvantitativní poruchy paměti	33
3.2.2	Kvalitativní poruchy paměti	34
	Shrnutí základních pojmů.....	35
	Samostudium / úkoly / kontrolní otázky pro studenty.....	35
	Seznam doporučené literatury	36
4	Poruchy myšlení a řeči	37
4.1	Myšlení.....	37
4.2	Poruchy myšlení.....	38
4.2.1	Kvantitativní poruchy myšlení	38
4.2.2	Kvalitativní poruchy myšlení	39
4.3	Poruchy řeči.....	41
4.3.1	Poruchy receptivní složky	42
4.3.2	Poruchy expresivní složky.....	42
4.4	Poruchy inteligence	42
4.4.1	Mentální retardace (MR)	42
4.4.2	Demence.....	43
4.4.3	Sociální zanedbanost	43
	Shrnutí základních pojmů.....	43
	Samostudium / úkoly / kontrolní otázky pro studenty.....	43
	Seznam doporučené literatury	44
5	Poruchy pudů a emotivity.....	46
5.1	Pudy.....	47
5.1.1	Poruchy pudu směřujícího k zachování jedince	47
5.1.2	Poruchy pudů směřujících k zachování rodu.....	48
5.1.3	Poruchy sdružovacího (sociálního) pudu	49
5.1.4	Poruchy pudu pro zpříjemnění existence.....	49
5.2	Emoce.....	49
5.2.1	Dělení emocí.....	50
5.2.2	Poruchy afektů.....	51
5.2.3	Poruchy nálad	52
5.2.4	Poruchy citů a vyšších citů.....	54
	Shrnutí základních pojmů.....	54
	Samostudium / úkoly / kontrolní otázky pro studenty.....	55

Seznam doporučené literatury	55
6 Poruchy vůle a jednání, poruchy vědomí a spánku.....	56
6.1 Vůle	57
6.1.1 7.1.1 Poruchy vůle.....	57
6.2 Jednání.....	57
6.2.1 Kvantitativní poruchy	57
6.2.2 Kvalitativní poruchy	58
6.3 Vědomí.....	60
8.1.1 Kvantitativní poruchy vědomí	60
6.3.1 Kvalitativní poruchy vědomí.....	61
6.4 Spánek	61
6.4.1 8.2.1 Poruchy spánku	61
Shrnutí základních pojmů.....	62
Samostudium / úkoly / kontrolní otázky pro studenty.....	63
Seznam doporučené literatury	63
7 Poruchy osobnosti, neurologická onemocnění a organické duševní poruchy	65
7.1 Osobnost.....	66
7.2 Poruchy osobnosti	67
7.2.1 9.2.1 Poruchy osobnosti obecně	67
7.2.2 Poruchy osobnosti a chování u dospělých lidí F60–69	67
7.2.3 Specifické poruchy osobnosti.....	68
7.2.4 Návykové a kompulzivní poruchy.....	68
7.2.5 Poruchy pohlavní identity.....	69
7.2.6 Poruchy pohlavní preference.....	69
7.3 Neurologická onemocnění.....	69
7.3.1 Organický psychosyndrom:	69
7.3.2 Syndrom dětské mozkové obrny (DMO)	70
7.3.3 Syndrom ADHD (attention deficit hyperactivity disorder)	70
7.3.4 Epilepsie	71
7.3.5 Organické duševní poruchy	71
7.3.6 Konkrétní rady při práci s pacientem trpícím demencí	74
Shrnutí základních pojmů.....	74
Samostudium / úkoly / kontrolní otázky pro studenty.....	75
Seznam doporučené literatury	76
8 Vybrané duševní poruchy.....	77
8.1 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek F10–19.....	78

8.1.1	Charakteristika.....	78
8.1.2	Etiopatogeneze	78
8.1.3	Další členění	78
8.1.4	Léčba	79
8.1.5	Případová studie	79
8.2	Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy F20–29	80
8.2.1	Charakteristika.....	80
8.2.2	Průběh onemocnění	80
8.2.3	Etiopatogeneze	81
8.2.4	Další dělení.....	81
8.2.5	Případová studie	82
8.3	Poruchy nálady (afektivní poruchy) F30-39.....	83
8.3.1	Charakteristika.....	83
8.3.2	Etiopatogeneze	83
8.3.3	Další dělení.....	84
8.3.4	Případová studie	86
8.4	Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy F40–49	87
8.4.1	Charakteristika.....	87
8.4.2	Etiopatogeneze	87
8.4.3	Další dělení.....	87
8.5	Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory F50–59 89	
8.5.1	Charakteristika.....	89
8.5.2	Etiopatogeneze	89
8.5.3	Další dělení.....	89
8.6	Poruchy osobnosti a chování u dospělých lidí F60–69	90
8.6.1	Další dělení.....	90
8.7	Mentální retardace F70–79.....	90
8.7.1	Charakteristika.....	90
8.7.2	Etiopatogeneze	90
8.7.3	Další dělení.....	90
8.8	Poruchy psychického vývoje F80–89.....	91
8.8.1	Charakteristika.....	91
8.8.2	Etiopatogeneze	91
8.8.3	Další dělení.....	91
8.9	Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci F90–98	92

8.9.1	Charakteristika.....	92
8.9.2	Etiopatogeneze	92
8.9.3	Další dělení:.....	92
	Shrnutí základních pojmů.....	94
	Samostudium / úkoly / kontrolní otázky pro studenty.....	94
	Seznam doporučené literatury	95
9	Péče o osoby s duševním onemocněním	97
9.1	Průběh onemocnění	97
9.2	První pomoc	98
9.3	Psychiatrická terapie.....	99
9.3.1	Psychofarmakoterapie	99
9.3.2	Elektrokonvulzivní terapie (ECT)	100
9.3.3	Psychoterapie.....	100
9.3.4	Sociální terapie a rehabilitace.....	102
9.3.5	Nácvik sociálních dovedností.....	103
9.4	Dopady duševních nemocí	103
9.4.1	Zdravotní dopady.....	103
9.4.2	Sociální dopady	103
9.4.3	Ekonomické dopady	104
	Shrnutí základních pojmů.....	104
	Samostudium / úkoly / kontrolní otázky pro studenty.....	104
	Seznam doporučené literatury	106
	Závěr.....	107
	Seznam literatury	108

Úvod

Tento učební text je určen pro studium předmětu „Psychopatologie“, který je vyučován v rámci studia magisterského oboru Veřejná správa a sociální politika. Text je určen zejména studentům kombinované formy studia. Učební text je zaměřen na pochopení a praktické zvládnutí jednotlivých témat výuky, je rozdělen do navazujících kapitol. Vyučující vymezí, která část bude odučena prezenční formou a která část vyžaduje distanční formu studia.

Všechny kapitoly mají tyto části:

- název kapitoly (odpovídá přednáškám a tvoří uzavřený celek),
- na začátku každé kapitoly jsou formulovány dílčí cíle, uvedena klíčová slova a obsah kapitoly,
- pak následuje výklad učiva doplněn o přehled hlavních myšlenek, s uvedením příkladů, řešených úloh či problémových otázek,
- shrnutí pojmů,
- na konci každé kapitoly je umístěn seznam doporučené literatury k dalšímu studiu a jsou formulovány úkoly pro studenty,

V některých kapitolách jsou témata pro doplňkové studium, které nejsou řešena v rámci tohoto učebního textu, ale student je musí dostudovat ke zkoušce.

Je vhodné tady doplnit text pro kombinovanou formu studia, jak s textem nakládat, v jakém pořadí studovat. Prostě takový metodický postup práce se studijním materiálem.

Duševní poruchy patří mezi závažné příčiny dlouhodobé pracovní neschopnosti. Mnohé výzkumy včetně šetření WHO ukazují, že výskytem tzv. neuropsychiatrických chorob jsou výrazněji zatíženy vyspělé země. Hovoří se o epidemii duševních onemocnění. Vedle biologických faktorů tu sehrávají negativní roli rovněž faktory psychosociální: prudké změny v moderní společnosti, tlak na výkonnost jedince, stres, méně dosažitelné životní jistoty apod.

Negativní trend nárůstu duševních poruch je patrný i v České republice (afektivní poruchy, deprese, demence, poruchy příjmu potravy, závislosti...).

Vzhledem k tomu, že se duševní onemocnění vyskytují v produktivním věku, hospitalizace i pracovní neschopnost je dlouhodobá, představují psychiatrické poruchy negativní ekonomický i sociálně psychologický dopad nejen na pacienta, ale i jeho rodinu a celou společnost.

Tato skripta jsou pouhým stručným přehledem probírané látky. Setkáte se s velkým množstvím nových pojmů, doporučuji dohledávat průběžně jejich významy. Pro hlubší pochopení je nutné studovat literaturu doporučenou v textu. Je potřeba mít stále na paměti, že vaším úkolem není diagnostikovat, ale pochopit tyto problémy v širších souvislostech. Ráda bych vás motivovala ke studiu bohaté odborné literatury, která se nabízí v širokém spektru. Zároveň také doporučuji četbu beletrie, kde se velmi často téma člověka s duševním onemocněním objevuje, stejně tak shlédnutí podobně zaměřených filmů. Nepochybuji o tom, že vás toto téma zaujme a přispěje k empatii vůči lidem s duševním onemocněním.

Pochopení obtíží může přispět v lepším přístupu a péči vás, kteří se s těmito lidmi setkáváte. Přiblížení této problematiky by mělo být inspirací ke skutečnému jednání ve smyslu destigmatizovat klienty s duševním onemocněním. Pamatujte, že klienti nejsou „oni“, ale klientem se vzhledem k nárůstu onemocnění může stát každý z nás.

Přednášená témata jsou koncipována tak, aby se studenti kombinované formy VSSP orientovali v základních teoretických pojmech psychopatologie a jejich znalost se stává předpokladem pro provázání s dalšími předměty v rámci přípravy na povolání ve veřejné správě a sociální práci.

Obsah předmětu je rozvržen do 9 témat. Samostudium předpokládá prostudování uvedené literatury v doporučeném rozsahu. Pro prohloubení znalostí slouží uvedená doporučená literatura, ze které je vhodné čerpat i při vypracování seminárních prací, či osobním zájmu o konkrétní téma. Podmínkou je i plnění korespondenčních úkolů a propojování s praxí.

1 Úvod do předmětu

Cíle kapitoly

Rozlišení, co je možno považovat za normální a co za patologický projev v chování a prožívání jedince, není jednoduchý úkol. Úvodní kapitola seznamuje se základními pojmy, uvádí základní historický vývoj v péči o pacienty. Zamýšlí se nad etiopatogenezi onemocnění, vede k přemýšlení o dodržování práv lidí s duševním onemocněním a uvádí základní preventivní opatření.

Pohled na tuto problematiku ovlivňují různá kritéria včetně sociokulturního kontextu. Navíc přechod není tvořen ostrou hranicí. Tato kapitola se pokusí vysvětlit možnosti nahlížení na normalitu osobnosti.

Zároveň přináší základní rozlišení pojmů jako je psychopatologie, symptom, syndrom, choroba a porucha. Uvádí také rozlišení duševních onemocnění podle platné klasifikace WHO z roku 1992.

Klíčová slova

Psychopatologie, historie psychopatologie, body obratu v péči, etiopatogeneze psychických poruch, etická práva nemocných, prevence, norma a její pojetí, kritéria normality, symptom, syndrom, porucha, choroba, obecná psychiatrie, speciální psychiatrie

Obsah kapitoly

- Psychopatologie
- Stručný přehled historie psychopatologie
- Příčiny (etiopatogeneze) psychických poruch
- Etická práva nemocných
- Prevence
- Pojetí normy
- Kritéria normality
- za třetí

1.1 Psychopatologie – základní pojmy

Od počátků lidské společnosti si lidé všimli, že vedle duševně zdravých jedinců se objevují lidé, kteří se běžným projevům vymykají. Vysvětlení důvodů, proč tomu tak je a jak se k takovým lidem chovat, prošly v historickém vývoji různými výklady.

Psychopatologie popisuje patologické projevy lidské psychiky, včetně hledání příčin a důsledků. Slovo psychologie má řecké kořeny. Psyché znamená „duše“ (nebo také mysl, původně dech). Logos je společný základ pro mnohé vědy a jeho význam je „učení o, věda“ (původně slovo). Patologie se zabývá odchylkami od normy. Psychopatologii tedy můžeme

chápat jako učení o poruchách psychiky. Abychom přiblížili danou problematiku, podíváme se na ni v historickém kontextu.

1.1.1 Stručný přehled historie psychopatologie

Přehled přístupů k lidem s duševním onemocněním patří v dějinách k zajímavým tématům, který se odrazil i v mnoha uměleckých dílech. Původní snaha separovat šílence a blázny tak, aby neublížili sobě nebo okolí, čehož se dosahovalo drastickými metodami, doznala podstatných změn. Během historie došlo v péči o pacienty k výraznému posunu.

Středověký obraz šílenství přičítal duševní onemocnění posedlosti démony nebo zlými duchy, nebo ho vnímal také jako důsledek hříchu. Hony na čarodějnice a způsoby mučení vedly nakonec k objevení patologických příznaků (např. film Kladivo na čarodějnice). Výrazný posun přinesla renesance a její humanistický postoj. Bláznovství se stalo součástí společnosti a přibližně do roku 1650 byla tolerance vůči takovým lidem velmi vysoká, stali se součástí života (díla Shakespeara, Cervantese, Erasma)

Od poloviny 17. století se svět šílenství mění ve svět vyhnanství. Společnost separovala všechny, kteří se výrazně odlišovali, nejen šílence, ale i žebráky, povaleče apod. Hlavním účelem byla izolace, nikoliv léčení.

V 18. a 19. století došlo k zřizování azylů pro duševně choré, i když péče byla omezena na fyzické prostředky – omezení prostoru, pouštění žilou, ledové koupele...

Jako třetí bod obratu v péči o pacienty je považován začátek 20. století a vznik psychoanalýzy, která znamenala zásadní posun v nahlížení na nemocné. Kromě zaměření na nevědomí a úlohu pudů byla především spojena se zahájením terapie pomocí slova – tedy psychoterapie.

V první čtvrtině 20. století je pozorován obrovský důraz na prevenci a metody, které pomáhají duševní hygieně, tedy způsobům, jak zdravě žít, abychom se vyhnuli psychickým onemocněním.

Mnozí odborníci považují za skutečně převratný objev chlorpromazinu, léku, který v péči o nejtěžší formy duševních nemocí znamenal zásadní obrat. Jeho užívání docílilo takové zmírnění příznaků, že umožnilo zcela jiný přístup v psychiatrických léčebnách i v domácím léčení. Celkově rozvoj farmak, která se zaměřují na léčení duševních onemocnění, dosáhl výrazného pokroku.

Za šestý bod obratu je považován odborníky nástup skupinové psychoterapie, kterou propagoval Moreno. Jeho psychodrama a využití terapeutické skupiny pro léčení znamenaly výraznou pomoc při léčbě.

Od počátků 20. století můžeme sledovat dva směry, které se vzájemně prolínají a kombinují. V poslední době se zdůrazňuje třetí důležitá forma pomoci:

- biologická psychiatrie, kde je důraz především na organickou podstatu onemocnění. Vyplývá to z jejich pojetí, že duševní onemocnění je především

důsledek organického poškození centrální nervové soustavy. Cesta k léčbě proto upřednostňuje farmakoterapii.

- psychologická – užití psychoterapie
- sociální psychiatrie – zdůrazňuje sociální a kulturní prvky

Psychiatrická péče může být poskytována:

1. ambulantně
2. ústavně – stacionárně, hospitalizací
3. komplementárně – chráněné dílny a bydlení, kluby, komunity...

Na přechodu mezi laickou a specializovanou psychiatrickou pomocí je telefonická první pomoc – krizová telefonická pomoc v podobě např. linek důvěry.

Pro zajímavost uvádíme chronologicky seřazené zakládání psychiatrických léčen v České republice:

Brno (1863), Kosmonosy (1869), Dobřany (1881), Opava (1889), Horní Beřkovice (1891), Šternberk (1893), Jihlava (1902), Kroměříž (1909), Praha-Bohnice (1909), Havlíčkův Brod (1928).

Pro zájemce:

Rozšiřující informace o historii v knihách:

FOUCAULT, M. Dějiny šílenství. Praha: Lidové noviny, 1994.

ČERNOUŠEK, M. Šílenství v zrcadle dějin, Praha: Grada Publishing, 1994.

1.1.2 Etiopatogeneze

– nauka o příčinách a původu nemocí

Příčiny duševních poruch jsou četné a složité, často se kombinuje více škodlivých faktorů: biologické, psychické a sociální.

Příčiny duševních chorob z hlediska ontogeneze:

1. Dědičnost

Genotyp je souhrnem dědičných předpokladů, které se významně podílejí na vzniku duševních onemocnění ve smyslu daných dispozicí k výskytu poruchy. Dědičnost zde je značně heterogenní, tedy na jejich vzniku se podílejí mnohé geny, také se liší způsob genetického přenosu.

Varianty genetického přenosu např.:

- chromozomální aberace – porucha počtu nebo struktury chromozomů (např. Downův syndrom, trizomie 21. chromozomu, syndrom fragilního X chromozomu)
- genové mutace (Alzheimerova demence)

„Čím je genetická odchylka od normy závažnější, tím méně se zde mohou uplatnit vlivy prostředí.“ VÁGNEROVÁ, 1999, s. 25

2. Vlivy vnějšího prostředí

Konkrétní realizace genotypu v určitém prostředí se nazývá fenotyp. Individuální variabilita spočívá v tom, že i na základě genotypu specificky reagujeme na vnější podmínky. Zároveň svoje nejbližší prostředí ovlivňujeme.

Negativní vlivy mohou být:

PRENATÁLNÍ: porucha během prenatálního vývoje – teratogenní vlivy (choroby matky např. zarděnky, její psychické stavy a nálady), důsledkem těchto vlivů mohou být rozličné vývojové anomálie, různé varianty rané mozkové obrny, epilepsie, mentální retardace ...)

PERINATÁLNÍ: 17 % poruch duševního vývoje souvisí s porodem (Freud – primární trauma porodu "porod je největší trauma, celý život se z něho vzpamatováváme";), ohroženy jsou hlavně děti předčasně narozené–nedonošené, děti nezralé–vážící méně než 2 500 g, ale také děti přenošené; k důsledkům patří různé formy rané mozkové obrny, lehká dětská encefalopatie, epilepsie, různé typy mentální retardace atd.

POSTNATÁLNÍ: somatogenní a psychogenní vlivy

somatogenní: choroby: infekce, úrazy (traumata), intoxikace, nádory, degenerativní procesy, metabolické a hormonální poruchy

psychogenní: zátěžové situace – frustrace, opakované nebo neřešené konflikty, psychická traumata (i šťastné události mohou působit traumaticky), stereotypie, stres, deprivace

Obvykle se na poruše podílí více vlivů, vnitřní nastavenost bývá mnohdy sociálně posilována.

Pro zájemce:

Pro zajímavost cituji odpověď prof. Höschla na dotaz čtenáře:

„Vážený pane doktore,

zajímá mě Váš názor na výskyt depresí a dalších duševních chorob v současnosti (téměř blahobytu). Jak to, že např. v poválečných letech, kdy lidé za války zažívali opravdové tragédie, byl jejich výskyt dle statistik nižší než nyní? Mohlo to souviset s vírou, že lidé lépe přijímali "rány života"? Zdá se mi, že dnešní moderní člověk musí mít vše téměř dokonalé a když tomu tak není, začne se hroutit... Děkuji za odpověď.

„Nárůst výskytu duševních poruch je částečně pouze optický (větší rozpoznatost nemocí díky osvětě a vzdělání obyvatelstva, lepší evidence, lepší dostupnost péče), částečně skutečný. Ten

může být dán lepší lékařskou péčí, výživou a životním stylem, jež vedou k prodloužení střední délky života a k přesunu větší části populace do vyšších věkových kategorií, kde číhají poruchy spojené se stářím, např. demence. Na vině může také být, alespoň u některých poruch, vleklý stres působený kompetitivním prostředím (boj o kariéru, o zaměstnání) a hektickým životním tempem ve velkých městských aglomeracích. Roli také sehrává dobrá předporodní a porodní péče, která umožňuje přežití i výrazně zranitelnějším a méně odolným jedincům – a tak bychom mohli spekulovat dál. Celkově je tento vývoj silným argumentem proti triviální představě, že duševní poruchy jsou působeny tím, jak jde život. Podle této představy by v nepříznivých podmínkách mělo duševních poruch přibývat a naopak. Skutečnost je však až na výjimky (post-traumatická stresová porucha) silně odlišná: vysoký výskyt některých duševních poruch včetně drogových závislostí, depresí a sebevražd, je i v hmotně a existenciálně dobře zajištěných společenských vrstvách. A naopak, podle jedné studie Světové zdravotnické organizace je oproti průmyslově vyspělým zemím vyústění schizofrenie příznivější v zemích méně rozvinutých (Afrika, Indie). Tato fakta spolu s výsledky genetických studií svědčí jak pro biologický základ většiny duševních poruch, tak pro důležitý vliv mezilidských vztahů a dalších faktorů nezávislých na prosperitě.“

<http://www.hoschl.cz/?text=3379&lang=cz> cit. 11. 1. 2010, na těchto webových stránkách je možné najít zajímavé úvahy a pochopit souvislosti související s problematikou duševních onemocnění v současném světě.

1.2 Etická práva nemocných

Stigmatizace psychiatrie

– Světová zdravotnická organizace si v roce 2001 vytyčila cíl: psychická onemocnění dostat na srovnatelnou úroveň somatických, nestydět se za ně.

– Povinná mlčenlivost zdravotníků je dána zákonem ČNR 86/1992.

Podle přijaté Deklarace lidských práv duševně nemocných přijaté v roce 1989 (tzv. Luxorská deklarace – <http://www.help24.cz/index.php?page=deklarace-lidskych-prav-a-dusevniho-zdravi> cit. 12. 1. 2011)

duševně nemocný nesmí být v žádné situaci a za žádných okolností považován za vyčleněného z lidské společnosti

s duševně nemocným se musí jednat jako se stejně rovným, i když svým myšlením, chováním a stavem tuto situaci narušuje

práva duševně nemocného se musí chránit ve všech ohledech, i když si jich sám není vědom nebo nedává najevo, že si jej jich vědom

duševně nemocný musí být informován o zdravotním a sociálním stavu, o možnostech léčby a nápravy

musí být informován o právech, respektovat je a pomáhat k jejich dosažení

V různých diskusích můžeme sledovat, že dodržování těchto práv není vždy zabezpečeno. Znamé je např. zpochybňování dodržování lidské důstojnosti během léčby, používání omezovacích prostředků, nadužívání psychiatrické péče včetně diskuse ohledně dobrovolnosti léčby.

Psychiatrická hospitalizace je

1. **dobrovolná** – pacient souhlasí

2. **nedobrovolná** – pacient odmítá, v tom případě lékař musí do 24 hodin od přijetí poslat soudu hlášení, ten stanoví opatrovníka pacienta

Nutný souhlas s léčebnými výkony musí dát pacient nebo opatrovník – pro odmítnutí je nutné písemné prohlášení, tzv. negativní revers.

1.3 Prevence

primární – jejím cílem je odstraňování záporných společenských jevů a zátěžových situací, vyhledávání a pomoc těm osobám, které jsou jimi ohroženy.

sekundární – jejím cílem je aktivní vyhledávání – depistáž osob se začínajícím duševním onemocněním a jejich včasné léčení, profylaxe recidiv

terciární – snižuje následky proběhlého duševního onemocnění na co nejnižší míru, brání trvalé hospitalizaci a chronifikaci.

1.4 Pojetí normality

Hranice mezi normálním a patologickým projevem není jednoznačná. Závisí na aktuálních sociokulturních podmínkách a na kritériích, které k posuzování použijeme. Rozlišení je proto velmi obtížné.

1.4.1 Rozdílné pojetí normy

Pojem „normální“ se chápe ve třech významech:

- *statistickém* – normální je to, co je nejčastější, tedy průměrné;
- *funkčním* – určitý systém plní správně svou funkci, tedy funguje;
- *normativním* – provádíme hodnocení ve srovnání s určitou normou.

Norma je porovnávána a hodnocena:

- subjektivně – vlastní odhad jednice;
- sociálním okolím – názory lidí, se kterými je jedinec v kontaktu;
- zjišťováním přítomnosti nebo nepřítomnosti psychopatologických symptomů

při chování člověka v určité situaci.

Chápání normy se může specifikovat podle různých hledisek:

a/ *parciální*, tj. skupinová norma;

b/ *mediální* norma přibližuje vzorce chování, které jsou prezentovány v médiích;

c/ *individuální*, tedy subjektivní norma – jak hodnotím sebe a druhé a co považuji na základě své zkušenosti za normální.

Normalita je také chápána jako

a/ duševní zdraví můžeme definovat jako opak nemoci

b/ optimální stav odpovídá ideálu doby – historicky podmíněno – ideál, který jedná úplně optimální strategií ve všech situacích je vlastně abnormální

c/ proces směřující k seberealizaci, schopnost aktivní přizpůsobivosti (adaptaci).

1.4.2 Kritéria normality

K tomu, co je považováno za projevy, které je možno objektivně hodnotit jako společensky normální v současné době, se vyjadřují mnozí autoři. Uvádím příklad autorek Jahodové a Syřišťové, jejichž požadavky se samozřejmě překrývají.

Jahodová, M. (in NAKONEČNÝ, 1995, s. 221):

1. realistické pojetí sebe sama, sebeakceptaci a seberealizaci (postoj člověka k sobě sama, orientace ve svých přáních, motivech a snahách, přiměřená spontaneita a emocionalita, adekvátní pocit jistoty)
2. vnitřní integraci a nalezení smyslu života, schopnost učit se ze zkušeností
3. autonomii (schopnost uspokojovat požadavky skupiny a zároveň schopnost emancipovat se od skupiny)

Syřišťová, E. (in SVOBODA, 2006, s. 34)

subjektivní uspokojení

schopnost správného sebehodnocení

pocit identity

schopnost seberealizace

autonomie, nezávislost, sebeurčení

integrace osobnosti

rezistence ke stresu

tolerance k úzkosti

adekvátní percepce reality

schopnost přežití

sociální adaptace

Úkoly k zamyšlení

Porovnejte svoje chování, případně chování člověka, kterého dobře znáte, s normami a pokuste se zhodnotit, nakolik jste v jednotlivých kritériích normality spokojeni a podle svého pohledu je vy, nebo ten, koho posuzujete, naplňujete.

1.5 Klasifikace psychických poruch

1.5.1 Symptom a syndrom

je jednotlivý příznak choroby, neumožňuje poznat chorobu jako celek. Můžeme rozlišit:

- *specifický* symptom – specifický, typický pro určitou chorobu (bludy)
- *nespecifický* symptom – vyskytuje se u mnoha chorob (porucha koncentrace pozornosti, zvýšená teplota, poruchy spánku...)

Také je možno rozlišit:

- symptom *objektivní*, kdy lze symptom popsat na základě pozorování nebo vyšetření,
- symptom *subjektivní*, který uvádí pacient na základě svého prožívání.

Kdy je symptom patologický?

Zvážení, zda se jedná o patologii, podléhá při hodnocení symptomu, obvykle těmto kritériím:

- Intenzita symptomu – jak je silný, hluboký
- Doba trvání symptomu
- Četnost výskytu symptomu
- Přiměřenost – posouzení, zda je chování přiměřené nebo naopak nepřiměřené danému situačnímu kontextu

U dětí by měl být přístup ke klasifikaci nemocí tolerantnější. Děti jsou ve vývoji a mají větší sklon k extrémům, nemusí se jednat o patologii, ale o nerovnoměrnost vývoje. Také labilita nervového systému je u dětí větší.

Syndrom

je skupina symptomů, která má blíže k určení choroby jako celku.

1.5.2 Porucha a choroba

V klasickém pojetí klasifikace psychických poruch existují 2 typy:

- **PORUCHA**

jako víceméně trvalý patologický stav (např. Downův syndrom), který je za současného stavu poznání nezvratný.

- **CHOROBA**

je procesuální stav, kterému předcházelo období zdraví. Budoucnost jedince postiženého chorobou může představovat různé úrovně:

- Úplné uzdravení
- Uzdravení s defektem
- Opakovaná nemoc se slábnoucí možností uzdravení.

1.5.3 Obvyklý postup vyšetření a léčby:

- *Anamnestické* vyšetření

je spojeno se získáváním informací od pacienta, případně jeho blízkých

– individuální, rodinná, sociální anamnéza

- *Psychologické (psychiatrické) vyšetření*, při kterém se posuzuje:

– vzhled, chování, výraz obličeje, oční kontakt, motorika; srozumitelnost a dynamika verbálního projevu, kognitivní funkce, osobnost, emotivita, orientaci v čase a prostoru, posouzení náhledu pacienta na potíže.

– ověření zjištění dalšími vyšetřeními (informace od dalších osob, přítomnost psychoaktivních látek apod.)

Diagnóza (určení nemoci) vychází z veškerých informací a výsledků pomocných vyšetření. Diagnóza představuje specifickou skupinu symptomů a syndromů, lékař diagnostikuje určitou chorobu nebo poruchu.

Lékař na základě diagnózy a etiologie potíží zvažuje návrh léčby. Obvykle usuzuje i o průběhu nemoci a prognóze klienta.

Terapie (blíže v kapitole 11) se obvykle kombinuje ve třech rovinách:

- Biologická

- Psychoterapeutická
- Sociální

Prognóza je popis předpokládaného vývoje onemocnění s možností uzdravení, upravuje se v průběhu léčení.

1.5.4 Psychopatologie

je nauka zabývající se:

- příznaky duševních chorob
- klasifikací těchto chorob, poruch a hraničních stavů

Upozorňujeme na rozdíl ve významu podobného pojmu patopsychologie, což je psychologie nemocných, zabývá se duševním životem tělesně nemocného člověka a psychologickými činiteli, které ovlivňují průběh a léčbu choroby.

Základní klasifikace psychopatologie (taky někdy obecné psychiatrie):

I. Poruchy kognitivních funkcí (vnímání, paměť, myšlení, řeč)

II. Poruchy emocí a motivace (emoce, pudy, vůle)

III. Poruchy vědomí a pozornosti (kvantitativní a kvalitativní poruchy vědomí, pozornost)

IV. Poruchy osobnosti

1.6 Speciální psychiatrie a klasifikace duševních poruch a poruch chování podle MKN-10

Uvádíme aktuálně platnou klasifikaci duševních chorob, resp. její základní přehled. Přípravuje se další revize, je potřeba sledovat změny.

F00–09

Organické duševní poruchy včetně symptomatických, např.

- demence u Alzheimerovy choroby
- vaskulární demence

F10–19

Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek

- poruchy vyvolané používáním alkoholu, opioidů, kanabinoidů, sedativ, hypnotik, kokainů, stimulantů, halucinogenů, tabáku, organických rozpouštědel a jiných psychoaktivních látek
- akutní intoxikace, syndrom závislosti, odvykací stav, psychotická porucha

F20–29

Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy

- ataky, remise, chronicita
- schizofrenie – paranoidní, hebefrenní, katatonní, nediferencovaná
- schizotypní porucha
- schizoafektivní poruchy

F30–39

Poruchy nálady (afektivní poruchy)

- manická fáze
- depresivní fáze
- bipolární afektivní porucha
- afektivní poruchy

F40–49

Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy

- fobické úzkostné poruchy
- obsedantně kompulzivní porucha
- reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení
- somatoformní poruchy

F50–59

Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

- PPP – mentální anorexie, mentální bulimie
- Poruchy spánku
- Sexuální dysfunkce
- Poruchy spojené s šestinedělím

- Užívání látek nevyvolávajících závislost

F60–69

Poruchy osobnosti a chování u dospělých lidí

- specifické poruchy osobnosti – paranoidní, schizoidní, disociální, emočně nestabilní, histrionská, ankastická, anxiózní
- návykové a impulzivní poruchy – hráčství, pyrománie, kleptománie...
- poruchy pohlavní identity – transsexualismus, transvestitismus
- poruchy pohlavní preference – fetišismus, exhibicionismus, pedofilie, voyerství, sadomasochismus

F70–79

Mentální retardace

- lehká, středně těžká, těžká, hluboká MR; nespecifikovaná MR

F80–89

Poruchy psychického vývoje

- specifické vývojové poruchy řeči a jazyka – artikulace, expresivní nebo receptivní porucha, afázie
- specifické vývojové poruchy učení – dyslexie, dysortografie, dysgrafie, dyskalkulie...
- pervazivní vývojové poruchy – autismus, Rettův syndrom, Aspergerův syndrom...

F90–98

Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci

- hyperkinetické poruchy
- poruchy chování
- emoční poruchy – separační úzkost, porucha sourozenecké rivality
- porucha sociálních vztahů – elektivní mutismus
- tikové poruchy

F99

Nespecifikovaná duševní porucha

Přesné znění klasifikace včetně podrobnějšího členění je možné najít např. v knize SVOBODA, M a kol., 2006, s. 296–310.

Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. MKN-10. Duševní poruchy a poruchy chování (popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka). Geneva, Praha: WHO, Psychiatrické centrum, 2000.

Shrnutí základních pojmů

Úvodní kapitola informuje studenty o základních termínech, se kterými se v tomto kurzu budou setkávat.

Historický přehled se zaměřuje na šest bodů obratu v psychiatrické péči. Etiopatogeneze popisuje možné příčiny onemocnění – vnitřní i vnější, včetně rizikových faktorů. Připomínáme etická práva nemocných. Pamatujeme také na prevenci, především na zmírnění zátěžových situací a péči o duševní zdraví ještě dříve, než se objeví potíže.

Jako podstatné se jeví zamyšlení nad pojetím normality. Poskytuje také návod na rozlišení mezi symptomem a syndromem, chorobou a poruchou. Ukazuje běžný postup při péči o člověka s duševním onemocněním. V závěru je přehled klasifikace duševních onemocnění tak, jak ho nabízí 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí.

Samostudium / úkoly / kontrolní otázky pro studenty

Kontrolní otázky

1. Vzpomeňte si na umělecká díla (film nebo literatura), ve kterých se objevovali lidé s duševním onemocněním.
2. Jaká rizika pro duševní zdraví vnímáte v současném způsobu života?
3. Jaký je přístup současné společnosti k lidem s duševním onemocněním?
4. Jak vnímáte dodržování práv lidí s duševním onemocněním? Jak média mohou ovlivňovat pohled na normalitu?
5. Co považujete za podstatná kritéria normality?

Pro zájemce

„Popřu-li vazbu duše na mozek, musím zapřít i nemoci duše. Spirituální nesmrtelná duše by nemohla ochořet. A neduhy duše zužují lidi od nepaměti. Válčili s nimi a dosud válčí medicinmani, šamani, kněží, ranhojiči, felčari i lékaři, jejichž úkolem je nemocným pomáhat. Celá století nevěděli o příčinách duševních nemocí pranic. Opírali se pouze o empirii, zkušenost. Má i dnes předstih. Léčíme schizofrenii, aniž přesně víme, co to je.“

VACEK, J. *O nemocech duše. Kapitoly z psychiatrie*. Praha: Mladá fronta, 1996, s. 8.

„Dnes se mnoho mluví o současném šílenství v souvislosti se světem strojů a zánikem přímých citových vazeb mezi lidmi. Taková vazba nepochybně existuje a není náhodou, jestliže dnes chorobný svět tak často dostává chorobnou podobu světa, jehož mechanistická racionalita vylučuje souvislou spontánnost afektivního života.“ FOUCAULT, 1994, s. 104.

Seznam doporučené literatury

DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *První pomoc v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 126–128.

MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. Praha: Portál, 2002, s. 9–25.

SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E. a kol. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, 2006, s. 13–21, 31–43, 35–80.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999, s. 17–38.

<http://www.ceskapsychiatrie.cz/>

<http://www.psychiatickasekcecas.estranky.cz>

2 Poruchy vnímání

Cíle kapitoly

Vnímání je popisováno jako základní kognitivní proces. Percepce zajišťuje naše obrazy z vnějšího okolního světa, ale i vnitřní vjemy z našeho těla a psychiky. Je výrazně spojeno s ostatními psychickými procesy, nejde tedy jen o pasivní odraz, ale aktivní proces, kde se propojuje naše minulá zkušenost, naše myšlení, emoce i očekávání.

Poruchy vnímání mohou být nepatické, s nimiž máme zkušenosti z běžného života. Patické poruchy je možné rozdělit do čtyř podskupin: agnozie, psychosenzorické poruchy, iluze a halucinace.

Klíčová slova

Vnímání, percepce, nepatické poruchy vnímání, patické poruchy vnímání, agnozie, psychosenzorické poruchy vnímání, iluze, halucinace

Obsah kapitoly

- Vnímání (percepce)
- Nepatické poruchy vnímání
- Patické poruchy vnímání
- Agnozie
- Psychosenzorické poruchy vnímání
- Iluze
- Halucinace

2.1 Vnímání

Základní potřebou organismu je orientace v prostředí založená na rozpoznávání celé situace. To umožňuje adaptaci jedince, účelně reagovat a reprodukovat svou existenci.

Vnímání (perception) je chápáno jako komplexní odraz skutečnosti, jde o aktivní proces s podílem celé osobnosti. Vnímání je charakterizováno jako smyslovými orgány zprostředkovaný a v mozku se vytvářející obraz vnějšího a vnitřního prostředí organismu. Je to vytváření mentálních obsahů prostřednictvím sensorických údajů. Probíhá v přítomnosti, je založeno na aktuálním kontaktu s poznávanými objekty. Umožňuje orientaci v prostředí a zároveň kontrolu chování. Správnost vnímání je ověřována praktickou činností.

Východiskem vnímání jsou senzomotorické procesy. Tyto složité procesy představují smyslovými orgány zprostředkovaný a v mozku se vytvářející obraz (nejen vizuální, ale ve všech smyslových modalitách) vnějšího i vnitřního prostředí. Z neurofyziologického hlediska se popisují tři části, na jejichž správné funkčnosti vnímání záleží: receptory – dostředivé dráhy – analyticko-syntetická činnost mozku. Je to proces integrace řady funkcí (sensorická

data, uložené zkušenosti, emoce, očekávání atd.). Zdůrazňuje se, že se jedná o aktivní děj, kde se propojuje percepce a vyhodnocovací činnost.

Rozlišujeme dvě skupiny poruch:

- I. Nepatické poruchy vnímání
- II. Patické poruchy vnímání.

2.2 Nepatické poruchy vnímání

Nepatické poruchy jsou ty, jejichž výskyt obvykle nesouvisí s duševním onemocněním, ale dochází ke zkreslenému vnímání u zdravých osob, např.:

- smyslové klamy, nejčastěji zrakové, ale i sluchové – jsou to děje, které člověk vnímá jako něco normálního, nebo logického; jde o nedokonalost smyslových orgánů – např. odhad vzdálenosti, optické klamy; jsme schopni je korigovat zkušeností
- eidetismus je popisován jako schopnost vyvolat si přesnou představu; eidetické vlohy jsou vyvinuté hlavně u dětí kolem šesti let (např. při hře pexeso), získáváním zkušeností se vytrácí; bývá i u umělců
- pareidolie je tvůrčí fantazie, kdy méně strukturovaným podnětům přisuzujeme konkrétní obsah – pojmenování tvarů mraků, skvrny v Rorschachově testu
- Purkyňovy paobrazy jsou následné stopy zrakových vjemů s kontrastním zabarvením černá – bílá, zelená komplementárně červená
- synestezie – vjem nebo představa vyvolá prožitky dalších smyslů – nejčastěji barevné slyšení: při zvuku se vybavuje barva nebo naopak, někdy u intoxikací

2.3 Patické poruchy vnímání

Patické poruchy již patří obvykle k projevu psychického onemocnění.

2.3.1 Agnozie

Agnozie je porucha syntetické činnosti mozkových center – pacient není schopen poznat a interpretovat smyslový vjem, i když smyslový orgán je v pořádku. Spadají především do péče neurologů (podle smyslů rozlišujeme různé typy: vizuální agnozie, agnozie sluchová, taktilní...)

2.3.2 Psychosenzorické poruchy vnímání

Představují anomálii smyslové syntézy – vede k poruše vnímání těla a různých kvalit reality, přičemž je zachován náhled, že jde o falešný vjem, jedinec však bývá nejistý.

- Depersonalizace
- Hodnocení reálnosti zážitku
- Poruchy vnímání tělesného schématu
- Poruchy vnímání proporcí okolního světa

a/ **Depersonalizace**

je porucha citového prožívání při vnímání sebe nebo okolního světa, dominuje pocit odcizení: prožitky jsou velmi nepříjemné, např. po marihuaně

- autopsychická – pacient prožívá odcizení emocí nebo myšlenek, např. necítí lásku k dětem, ale ví, že je miluje
- somatopsychická – pocit odcizení vlastního těla, jakoby to byl někdo jiný
- allopsychická (derealizace) – okolní svět je nereálný, neskutečný, nic nezná
- pocit rozdvojení osobnosti – pacient má pocit druhého já, které v něm existuje, současně má však náhled chorobnosti, jde o neurotický příznak.

b/ **Hodnocení reálnosti zážitku**

Pacient má pocit, že vnímanou skutečnost zná již z minulosti: *pocit déjà vu* – pocit již viděného; *déja entendu* – pocit dříve slyšeného, *déja vécu* – pocit prožitého spojený s dojmem, že se životní situace stereotypně opakují

Opačně pacient zažívá novost situace, i když se s ní už dříve setkal: *jamais vu* – iluze dosud neviděného; *jamais vécu* – iluze dříve neprožitého; *jamais entendu* – ještě neslyšeného.

c/ **Poruchy vnímání tělesného schématu** – deformace určitého stereotypu představ o vlastním těle

– např. u mentální anorexie nebo na organickém podkladě (horečka, epilepsie) – části těla vnímá jako malé, velké, lehké, těžké; *fantom údu* po amputaci – tzv. *fantomové bolesti* – falešný vjem bolesti u amputované končetiny.

d/ **Poruchy vnímání proporcí okolního světa** – jedná se o deformované vnímání tvaru, umístění v prostoru nebo velikost:

- metamorfopsie – rovné linie se zdají křivé
- allestesie – pacient objekty vidí jinde,
- makropsie – objekty vidí větší
- mikropsie – objekty vidí menší.

2.3.3 **Iluze**

Při iluzi vjem vyvolává skutečný podnět, ale jeho vnímání je zkreslené, nelze přesvědčit jedince o opaku.

Dělení podle smyslů:

- zrakové – častá záměna osob – v pošťákovi vidí d'ábla, iluze dvojníka (Capgrasův fenomén)
- sluchové – iluze řeči při jiném zvuku
- čichové a chuťové – jídlo je cítit benzinem
- hmatové – dotek větve stromu jakoby na něho sáhla kostra
- kinestetické – zdánlivé pohyby okolních předmětů nebo má sám větší gravitaci
- viscerální – zvětšené srdce

- Pickovy vize – křivení stěn, osoby prostupují zdmi, nemocný to neprožívá děsivě.

Pseudoiluze

jsou nepravé iluze – jedinec je schopen zaujmout kritický postoj a přijmout, že vnímání není skutečné, je schopen korekce (zkreslené vnímání předmětů ve tmě, iluze pohybu ve vlaku).

2.3.4 Halucinace

Pravé halucinace jsou nejzávažnější poruchy vnímání, jde o změněnou kvalitu vnímání; typické pro všechny psychotické procesy, příp. intoxikované jedince.

Jsou nezávislé na vnějších podnětech; přičemž pacient je přesvědčen o reálnosti podnětu, jde o komplexní jev, kromě vnímání bývá spojeno i s poruchami myšlení a emocí.

Dělení je obtížné a složité, rozdílně k němu přistupují různí autoři.

Můžeme popisovat halucinace elementární – z jednoho smyslu (záblesky) – nebo kombinované (bitva). Většinou však základní dělení bývá podle smyslových modalit:

A. Sluchové (auditivní)

Nejčastější jsou sluchové halucinace, pacienti často označované jako hlasy. Mají různou podobu:

od tzv. záslechů (zvuky, skřípání, pískání) až ve spojení s poruchou myšlení a emocí krátké monology či dialogy.

Typický je naslouchací postoj (jako kdyby pacientovi někdo něco šeptal) a inkoherentní projev. Mohou být:

- imperativní – přikazují, co má nebo nemá pacient udělat; jejich obsah je obvykle proti zásadám a přáním dotyčného, mají silný emoční náboj. Pacient má pocit, že hlasy musí poslechnout, hlasy nejsou kontinuální (zesílí, zeslabí se), ale úplně nevymizí; člověk je nemůže ovládnout;
- antagonistické – slyší více hlasů, jeden sympatizuje, druhý vyhrožuje, objevují se opačné instrukce – často u alkoholiků;
- teologické – pozitivně laděné; radí pacientovi, co má dělat, chválí ho;
- ozvučené myšlenky – člověk má pocit, jako by jeho myšlenky byly říkány nahlas, jako by někdo odpovídal na otázky, o nichž přemýšlí.

B. Zrakové (vizuální, optické)

- méně časté; od skvrn až po celé scenérie;
- mikrozoopsie – halucinace malých zvířat, často hmyz;
- fotony – záblesky, jiskry, barvy;
- erytropsie – halucinace ohně;
- autoskopické – vidí sebe, průhledný obraz;

- extrakampinní – klient je lokalizuje mimo zorné pole – co se děje za jeho zády.

C. Čichové a chuťové (olfaktorické a gustatorické)

velmi často společný výskyt; většinou velmi nepříjemný zápach – např. kouř, spálená guma, plyn, rozkládající se tělo, otrávené jídlo – u paranoidní schizofrenie.

D. Hmatové (taktilní)

- pocity o povrchu těla – pacient popisuje, že cítí doteky, někdo ho škrábe, píchá, štípe, leze po něm hmyz, sexuální dráždění, brnění, pálení.

Často při svědění, škrábání pacienti obtěžují dermatology opakovanými žádostmi o léčení.

E. Útrobní (viscerální)

– jsou tělové pocity – pacient cítí změny na vnitřnostech, „plíce jsou skleněné, v mozku má červy, zkamenělé srdce“ apod.

F. Pohybové (kinestetické, motorické)

- klamný pocit pohybu vlastním tělem – zdá se mu, že někdo ovládá jeho tělo, nezávisle na jeho vůli, je jako bez vůle – padá do hloubky, vznáší se, někdy s ním i celá budova;
- verbálně motorické halucinace Séglasovy – někdo mluví jeho ústy – změni hlas – většinou mluví velmi pomalu a hlubokým hlasem.

G. Smyslově nespecifické

– inadekvátní – vnímání smyslového prožitku jinými částmi těla – vidí jazykem, slyší prsty;

– intrapsychické – vlastní pochod myšlení vnímá jako cizí (myšlenky jsou mu ovládány, odebírány – manipulace s jeho myšlením, např. nějakou civilizací).

Nepravé halucinace neboli pseudohalucinace

jsou úkazy, jevy vzniklé zkreslením často při usínání nebo probouzení – nejčastěji zrakové – pacient si uvědomuje falešnost halucinovaného.

Shrnutí základních pojmů

Třetí kapitola se věnuje obsáhlé problematice poruch vnímání. Základní rozlišení na nepatické a patické poruchy je doprovázeno podrobným popisem příznaků jednotlivých poruch. K patickým poruchám patří agnozie, psychosenzorické poruchy vnímání, iluze a nejtěžší forma poruch vnímání – halucinace. Pro potřeby studenta se zaměřením na pomáhající profese se zdá rozlišení velmi podrobné, záměrně jsem však uvedla široké spektrum možností, abychom si uvědomili, jak rozdílné mohou být příznaky poruch vnímání.

Klasifikace těchto poruch je velmi složitá, liší se u jednotlivých autorů. Pro podrobnější zájem je vhodné samostudium doporučené literatury. V souvislosti s velkým množstvím nových pojmů doporučuji vyhledávání a porozumění jejich obsahu.

K lepšímu zapamatování mohou posloužit různé způsoby, např. vypracování si látky do myšlenkové mapy nebo hierarchického stromu. Aktivní přístup studenta při vypracování vlastního schématu pomůže jak porozumění probírané látce, tak jejímu zapamatování a vybavení.

Samostudium / úkoly / kontrolní otázky pro studenty

Kontrolní otázky

1. Jakou máte zkušenost se zkreslením svého vnímání?
2. Jaké mohou být psychosenzorické poruchy?
3. Co je podstatný rozdíl mezi iluzemi a halucinacemi?

Úkoly k zamyšlení

Uvádím dojmy studentky, která byla na praxi v zařízení pro pacienty se schizofrenií.

„Schizofrenici jsou citliví a zranitelní.

Důležitým zlomem je uvědomění si, že jsou nemocní. Poté získání informací a pochopení nemoci.

Představte si, že vás klamou vlastní smysly. Nemůžete věřit sami sobě.

Potřebují pochopení a oporu.“

Máte vy nějaké zkušenosti s lidmi s vážným duševním onemocněním?

Pro zájemce

Svoje zrakové vnímání můžete procvičit v hravých cvičeních:

<http://opticke-klamy.yin.cz/>

<http://hadanky-a-hlvolamy.webnode.cz/products/opticky-klam-dve-tvare/>

Seznam doporučené literatury

MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P., Psychiatrie. Praha: Portál, 2002, s. 25–27.

SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E. a kol., Psychopatologie a psychiatrie. Praha: Portál, 2006, s. 86–92.

VÁGNEROVÁ, M., Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 1999, s. 41.

3 Poruchy pozornosti a paměti

Cíle kapitoly

Kapitola přibližuje dva psychické jevy, které jsou propojeny systémově se všemi ostatními. Podílejí se výrazně na úspěšném fungování naší psychiky. Pozornost a její poruchy bývají někdy popisovány v rámci poruch vědomí. V této kapitole jsou charakterizovány nepatické i patické poruchy pozornosti.

Paměť je mnohdy charakterizována jako naše bohatství, poněvadž přispívá k vědomí kontinuity našeho života. K poruchám může docházet v kvantitativní i kvalitativní rovině.

Klíčová slova

Pozornost, nepatické poruchy pozornosti, patické poruchy pozornosti, paměť, kvantitativní poruchy paměti, kvalitativní poruchy paměti

Obsah kapitoly

- Pozornost
- Nepatické poruchy pozornosti
- Patické poruchy pozornosti
- Paměť
- Kvantitativní poruchy paměti
- Kvalitativní poruchy paměti

3.1 Pozornost

Pozornost (prosexie, attention) zajišťuje selektivitu vnímání, výběrové zaměření, působí jako filtr informací. Je funkcí vědomí, umožňuje jeho směřování správným směrem. Rozhoduje, o tom, co je aktuálně důležité. Pozornost je nedílná součást všech psychických procesů.

Vlastnosti pozornosti:

1. koncentrace, intenzita, sledování žádoucím směrem a odolání rušivým vlivům
2. selektivita – zaměřenost, tj. výběr objektu z více aktuálních možností
3. tenacita – stálost a trvalost, tj. délka trvání koncentrace pozornosti
4. rozsah pozornosti, její distribuce – počet podnětů, mezi které lze pozornost rozdělit.
5. vigilita – schopnost přenášet pozornost z jednoho podnět na druhý, flexibilita pozornosti

Pozornost obvykle dělíme na dva druhy: na pozornost bezděčnou a pozornost záměrnou.

Poruchy pozornosti podobně jako poruchy vnímání se popisují jako patické a nepatické.

3.1.1 Nepatické poruchy pozornosti

Vystupují a zvyrazňují se při únavě, při stresu, konfliktech apod.

- Roztržitost – při soustředění se na určitou věc nebo problém se snižuje rozdělení a vigilita
- Rozptýlená pozornost – nedokážeme se koncentrovat.

3.1.2 Patické poruchy pozornosti

I tento typ poruch se může krátce objevit při vyčerpání nebo starostech. V psychiatrii se objevují u organických poškození, ale i pacientů s neurózami.

- **aprosexie** – člověk se není schopen na nic soustředit, globální porucha – u těžkých psychóz, demence, deprese;
- **hypoprosexie** – snížená pozornost ve všech složkách, nebo také jen v některých; u neuróz, těžké deprese, pod vlivem útlumových látek (barbituráty);
- **hyperprosexie** – zvýšená pozornost na jeden podnět, často sebepozorování subjektivních potíží u hypochondrií; u psychostimulujících látek, vlivem mánie;
- **paraprosexie** – nesprávné zaměření pozornosti, často spojená s očekáváním; u autistů zaměřena dovnitř a naopak oslabení pozornosti vůči vnějším podnětům. V rámci schizofrenie zaměření na bludy, na něco patologického.

3.2 Paměť

Paměť (memory) vnímáme jako systémový jev propojený se všemi psychickými procesy. Mnohdy se paměť přirovnává k obrovské knihovně – má-li být funkční, je potřeba umět informace dobře uložit, uchovat, ale také uložené vyhledat.

Naše paměť však není pouze sklad informací v mozku, ale aktivní proces, kde se propojuje paměť s poznáním, porozuměním, emocemi – tím se liší lidská paměť od počítače nebo jiného záznamu informací.

Paměť zaručuje kontinuitu života, není statická, ale rozšiřuje se.

Různé dělení typů paměti:

Rozlišujeme dva základní typy:

- paměť fylogenetickou (nepodmíněné reflexy, instinkty)
- paměť ontogenetickou – uchovává zkušenost jedince

Z pohledu délky uchování dělíme ontogenetickou paměť na 4 typy:

- ultrakrátká – sensorický registr (zlomky vteřiny), efekt pozornosti

- krátkodobá – trvá vteřiny; porucha krátkodobé paměti spojena s poruchou percepce a schopnosti učení se, kódování na základě zraku a sluchu
- střednědobá – trvá minuty; silně ovlivněna emocemi, systém odměny a trestu
- dlouhodobá – silně strukturovaná, tvoří základ naší dlouhodobé zkušenosti.

Paměťové moduly

1. *procedurální (implicitní) paměť* – pamatujeme, jak co dělat – od chození po plavání, jízdu na kole, odolné vůči zapomínání; důležité při osvojení dovedností a uchování emočních vzpomínek; kóduje se motoricky a sensoricky, projevuje se v chování;

2. *deklarativní paměť (explicitní)* uchovává data a události. Je kódována verbálně, dělí se ještě na

a) *sémantickou* – pro význam slov;

b) *epizodickou* – časová paměť – kdy? Spojena s osobní zkušeností; se vztahy; zábleskové vzpomínky.

Také můžeme popsat paměť podle smyslových modalit:

- vizuální, auditivní, motorická, pro chuť a vůně a další.

Tři fáze paměti:

1. *vštipení* neboli impregnace, kódování

2. *uchování* neboli retence a trvalost, tj. konzervace

3. *vybavení* (reprodukce, rekognice, tj. znovupoznání)

Všechny tři části jsou důležité, abychom mohli paměť označit za funkční.

Poruchy paměti se dělí na kvantitativní a kvalitativní.

3.2.1 Kvantitativní poruchy paměti

- **deteriorace**

je patické oslabení paměti většinou organického původu

- podle oslabené složky paměti, nejčastěji je oslabena vštipivost nebo se poruchy kombinují – ve stáří si lidé pamatují staré, ale nevštípí nové informace

- **amnézie**

je časově ohraničená ztráta paměti, dochází k výpadku ve vzpomínkách, může být i trvalá

- úplná (totální, kontinuální) – vypadne celý úsek
- ostrůvkovitá – jsou tam útržky, alkoholická okénka – palimpsest
- v rámci úrazu můžeme rozlišit amnézii retrogradní (nepamatuje si to, co bylo pře úrazem) a amnézii anterogradní (porušeno vštípení po úraze)
- selektivní amnézie – nejčastěji u emočně labilních osob vytěsnění nepříjemných paměťových stop
- specifickou poruchou je amnestický iktus (tranzitorní globální amnézie) – náhlá porucha u pacientů s organickou poruchou, vzniká vlivem silného stresu, především u starých lidí, jsou dezorientovaní a bezradní.

- **hypomnézie**

- porucha vštípivosti, snížená paměťová výkonnost, někdy vede až k totální dezorientaci (amnestická dezorientace) – mezery často nahrazovány konfabulací – na základě předchozích zkušeností vytváří jedinec obsahově správné, ale aktuálně nepřiléhavé odpovědi. Dotyčný je přesvědčen o jejich správnosti.

Při organických změnách na mozku s poruchou vštípivosti v kombinaci s konfabulacemi a amnestickou dezorientací hovoříme o poruše zvané Korsakovův syndrom – objevuje se u pacientů s Alzheimerovou nemocí, u alkoholické demence.

- **hypermnézie**

- nepřiměřené zapamatování určitého selektivního obsahu např. u neurotiků – pacient si proti své vůli zapamatovává především negativní informace, větší výbavnost na úkor kvality a přesnosti zapamatovaného.

3.2.2 Kvalitativní poruchy paměti

- **paramnézie** – porucha přesnosti a spolehlivosti uložených vzpomínek. Zkreslení zapamatovaných obsahů si dotyčný neuvědomuje (staří lidé)
- **vzpomínkový klam** – dotyčný přesvědčen o realitě vzpomínky. Paměťový podklad chybí, považuje vzpomínku za skutečnou, i když o tom jen slyšel nebo četl, domnívá se, že to sám prožil.
- **kryptomnézie** – neúmyslný plagiát. Dotyčný je přesvědčen o autorství něčeho, co četl, co někdo vyprávěl, považuje se za autora myšlenky, objevu.
- **konfabulace** – jedinec si pomáhá vymyšlením a doplněním chybějící vzpomínky; s časovým odstupem uvádí jinou verzi – často u Korsakovova syndromu u chronických alkoholiků nebo u Alzheimerovy choroby
- **pseudologica fantastica (syndrom barona Prášila), bájná lhavost** – není to porucha paměti v pravém slova smyslu – díky fantazii barvitě popisuje minulost, dotyčný ztrácí kontrolu nad tím, co byla realita a co si vymyslel, chce být ve středu zájmu, často u lidí s histrionskou poruchou osobnosti, v dětském věku více méně fyziologická

- **ekmnézie** – nesprávná časová lokalizace vybavené vzpomínky, minulé pokládá za současné

Shrnutí základních pojmů

Tato kapitola se soustředí na poruchy pozornosti a paměti.

Poruchy pozornosti se dělí na nepatické a patické. Poruchy pozornosti bývají přítomny jako nespecifický syndrom u mnoha duševních onemocnění. S nepatickými formami poruchy má zkušenost každý z nás – můžeme je pozorovat např. při únavě nebo v zátěži. Patické poruchy pozornost ovlivňují ve všech jejích vlastnostech.

Poruchy paměti se dělí podle toho, zda ovlivňují množství zapamatovaného nebo jeho kvalitu. Paměťové funkce mohou být zasaženy v různé míře. Poruchy paměti jsou vděčným tématem i pro umělecké zpracování, poněvadž ztráta paměti patří k obávaným představám člověka. Poruchy paměti jsou typické pro demenci, některé se ale objevují u dětí nebo při porušení CNS, např. při úraze nebo epileptickém záchvatu.

Samostudium / úkoly / kontrolní otázky pro studenty

Kontrolní otázky

1. Jak je možné rozvíjet pozornost u dítěte?
2. Které nepatické poruchy pozornosti ztěžují studium?
3. Které z poruch paměti můžeme sledovat u seniorů?

Korespondenční úkol 1

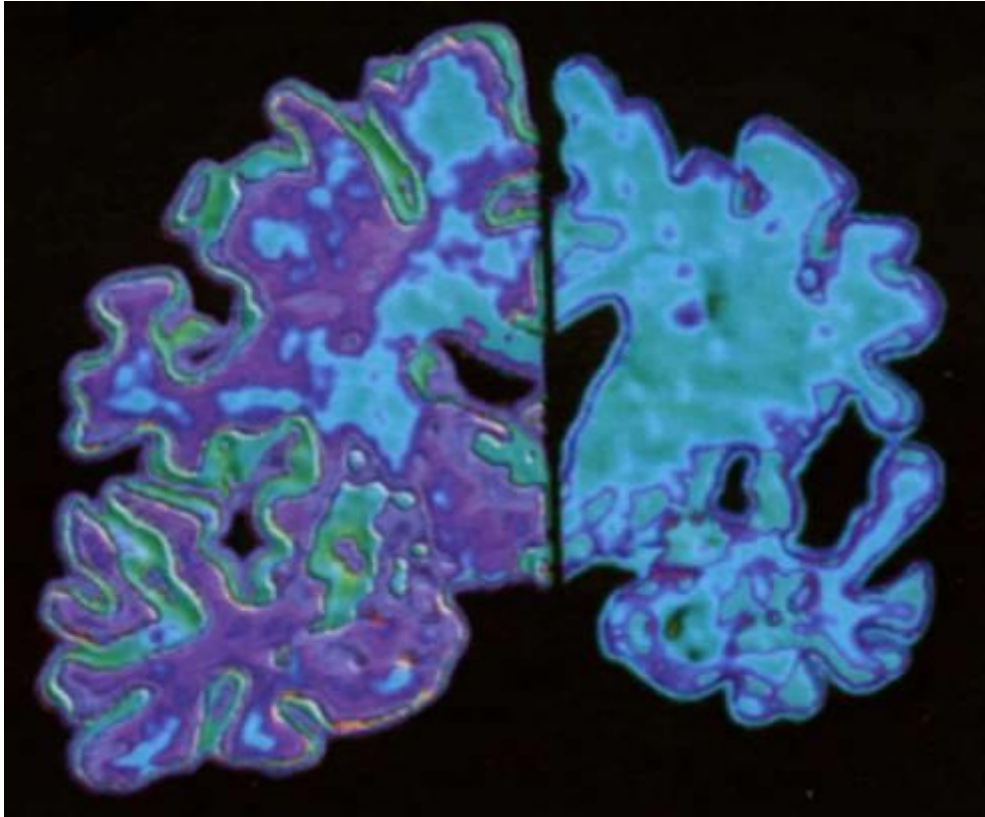
Zjistěte a srovnajte aktuální data o výskytu duševních onemocnění na www.uzis.cz.

Úkoly k zamyšlení

Jaké techniky procvičování paměti užíváte?

Pro zájemce

Rozdíly ve struktuře mozku



Zdravý mozek

Alzheimerova choroba

Zdroj: www.osel.cz– Objective Source E-Learning. Dostupné na: <http://www.osel.cz/index.php?clanek=729>

Seznam doporučené literatury

MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P., Psychiatrie. Praha: Portál, 2002, s. 30.

SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E. a kol., Psychopatologie a psychiatrie. Praha: Portál, 2006, s. 92–97.

VÁGNEROVÁ, M., Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 1999, s. 41–42, 45

4 Poruchy myšlení a řeči

Cíle kapitoly

Pro správnou adaptaci jedince v nových situacích je myšlení neodmyslitelnou podmínkou. Diskuse o propojení myšlení s řečí čeká na nové objevy. Je zřejmé, že obsahy vědomí existují i u lidí, jejich expresivní složka řeči neumožňuje verbálně komunikovat.

Dojde-li k poruše myšlení – zejména v jeho kvalitativní rovině – dochází většinou k nutnosti dohledu nad osobou, u které porucha propukla. Tato kapitola v základních obrysech přibližuje poruchy myšlení a řeči, včetně poruch inteligence.

Po prostudování této kapitoly budete umět:

- rozlišit kvantitativní poruchy podle tempa a zaměření,
- porozumět pacientům trpícím bludy,
- pochopit rozdíl mezi receptivní a expresivní složkou řeči,
- popsat různé příčiny poruch inteligence.

Klíčová slova

Myšlení, kvantitativní poruchy myšlení, kvalitativní poruchy myšlení, bludy – megalomaničké, mikromanické, paranoidní, řeč, poruchy receptivní složky řeči, poruchy expresivní složky, poruchy inteligence – mentální retardace, demence, sociální zanedbanost

Obsah kapitoly

- Myšlení
- Kvantitativní poruchy myšlení
- Kvalitativní poruchy myšlení
- Řeč
- Poruchy receptivní složky
- Poruchy expresivní složky
- Poruchy inteligence – mentální retardace, demence, sociální zanedbanost
-
-

4.1 Myšlení

Myšlení je popisováno jako nejvyšší forma poznávání skutečnosti. Je možné ho také definovat jako proces řešení problémů. K tomu potřebujeme pochopit vztahy mezi objekty, resp. mezi

jejich mentálními reprezentacemi na úrovni reálné i symbolické. Kromě pochopení musíme také umět operovat s informacemi a jejich vztahy. Na nejvyšší úrovni myšlení se proces vytváření, ověřování a korigování různých variant řešení odehrává pouze v mysli.

Poznatky mohou být reprezentovány:

jako slovně vyjádřitelné výroky – slovní abstraktní reprezentace významu

jako do určité míry abstraktní analogické modely (struktura poznatků, která slouží pro naše subjektivní vysvětlení svých zkušeností

jako vysoce konkrétní mentální obrazy, resp. představy.

„Myšlení lze definovat jako mentální manipulaci s různými informacemi (tj. s kognitivními prvky, vesměs prezentovanými v symbolické podobě: s vjemy, představami, symboly nebo znaky), která slouží k porozumění jejich podstaty a k analýze různých souvislostí a vztahů, na jejichž základě odvozuje jedinec určité závěry.“ (VÁGNEROVÁ, 2004, s. 94)

4.2 Poruchy myšlení

Poruchy myšlení se obvykle dělí na dvě skupiny:

1. **kvantitativní poruchy**
 - týkající se tempa myšlení
 - týkající se zaměření a způsobu předávání informací
2. **kvalitativní poruchy** – např. destrukce, rozklad logických vazeb, narušena kontinuita, in-koherence, bludy.
 - inkoherentní myšlení
 - autistické myšlení
 - bludy

4.2.1 Kvantitativní poruchy myšlení

a/ vztahující se k tempu myšlení

– zpomalené,

– zrychlené myšlení

zpomalené myšlení, útlum myšlení

- bradypsychismus – tempo pomalé, pacient reaguje po delších latencích, myšlení mu dělá problémy, rychle se unaví. Linie myšlení je přímá, ale pomalá
- mutismus – pacient nemluví

- myšlenkový záraz (blok) – úplná zástava myšlení bez zjevného důvodu. Odlišuje se od tzv. ztráty nitě (porucha pozornosti) a také od záměrného mlčení. Může se objevit u vyčerpání, při únavě, u těžkých somatických nemocí; v rámci patologie: demence, MR, u těžkých depresí.
- zrychlené myšlení
- tachypsychismus – překotné myšlení – zrychlená forma až myšlenkový trysk, pacient mluví rychle, mnoho, přeskakuje z tématu na jiná témata, jedna myšlenka střídá druhou, objevují se náhodné vazby, představivost výrazná, jakoby mu nestačila řeč k vyjádření myšlenek; objevuje se u manických stavů, lehké intoxikace, i u požití alkoholu

b/ vztahující se k zaměření myšlení

U této poruchy dochází ke ztrátě kontinuity, člověku uniká cíl sdělení.

- Roztržité myšlení – narušení procesem, či problémem, emocí, myšlenkou
- Zabíhavé myšlení nerozlišuje podstatné od nepodstatného, uniká jádro sdělení. Je zachová-na linii, ale zabíhá k vedlejším tématům, detailům, takže je zdlouhavé. Často u lidí se sníženým IQ, u demencí, u dětí, ale i u vědců
- Ulpívavé myšlení (perseverace) – jedinec ulpívá na slově či větě, které stále opakuje – u únavy, ospalosti, opilosti, patické stavy spojeny s organickým poškozením mozku, demencí
- Nevýpravné myšlení – jedinec se obírá stejnou myšlenkou, i když rozdílnými verbálními prostředky.

4.2.2 Kvalitativní poruchy myšlení

Poruchy, dotýkající se kvality myšlení, souvisejí obvykle i s poruchou dalších psychických funkcí (myšlení katatymní, obsedantní myšlenky, podvržené myšlenky, paranoidní a další). Vybíráme pro ukázkou myšlení inkoherentní a autistické.

Jako zásadní porucha, ovlivňující myšlení nejzávažnějším způsobem, se popisují bludy.

- Inkoherentní myšlení (roztříštěné)
jde o vymizení logické linie, myšlení je složené z vět nebo slov, kterým chybí vazby, asociace jsou náhodné, často bizarní, ztrácí se obsahová souvislost. Projev se někdy označuje jako „slovní salát“. Je typické pro pacienty se schizofrenií – často propojeno s bludy, pacient nemá kontakt s realitou
- Autistické myšlení (dereistické)

Při autistickém myšlení je pacient unášen vlastními fantaziemi bez ohledu na zkušenost a realitu. Vystupňování denního snění, ponoření se do vlastního vnitřního světa, útek od potíží vnějšího světa, nechce se vrátit k realitě.

Tuto poruchu je nutno odlišit od introverze, kde je zřejmý kontakt jedince s realitou.

- **Bludy**

Bludy jsou mylná a nevyvratitelná přesvědčení, která vznikají na chorobném podkladu. Pacient jim věří, což má patický vliv na jeho jednání a chování. Bludy jsou příznakem vážné psychické poruchy. Obsah bludu může odrážet vnější realitu.

1. fáze: bludná nálada – člověk se „necítí dobře, svět je divný, lidé jsou divní, světla podivně svítí, nápisy mají zvláštní význam“.

2. fáze: krystalizace bludu – vyvrcholí v „objevení“ příčiny, proč se to tak děje, formulace bludného přesvědčení („už vím...“). Na základě svých úvah dochází pacient k „pravdivému“ vysvětlení, proto je blud nevyvratitelný (pokud blud vyvracíme, stupňujeme pacientovu nedůvěru). Často jeden blud přechází a dává podnět k bludu dalšímu.

Podle obsahu můžeme dělit (často se vyskytují v kombinaci):

A. Bludy megalomanické (makromanické, expanzivní)

jsou velikášské – zdůrazňující osobnost, sílu, chytrost...– veselá nálada, mánie, emoce podporují vznik bludu, člověk se přeceňuje. Mohou mít různou podobu:

- blud megalomanický – člověk přeceňuje svůj vlastní význam;
- blud extrapotenční – přesvědčení o svých výjimečných schopnostech;
- blud erotomanický – přesvědčení o své vlastní erotické přitažlivosti, vnímá se jako žádoucí erotický objekt často pro významnou osobu (někdy řazen k paranoidním);
- blud originární – vznešeného původu;
- blud inventorní – vynálezecký: přesvědčení o výjimečných schopnostech ve smyslu vynálezectví;
- blud informátorský – má tendenci mluvit v TV, organizovat společnost;
- blud religiozní – pacient hovoří o tom, že je boží posel, nebo sám bůh, přichází spasit svět, je určen pro založení nového náboženství;
- blud reinkarnační – schopen hovořit s dušemi;
- blud nesmrtelnosti – ahasverismus: člověk je natolik výjimečný, že nikdy neumře;
- blud reformátorský – vyvolen k uskutečnění převratných společenských změn;

B. Bludy mikromanické

- podloženy smutnou náladou, úzkostí, pesimismem, podceňováním, spojeny s depresí;
- blud autoakuzační – extrémní sebeobviňování – může za válku, za povodně, za autonehodu, i když byl někde jinde;
- blud insuficienční – „obsahově ničemu nerozumím, jsem hloupý, vše dělám špatně“, paci-ent podceňuje svoje schopnosti;
- blud ruinační – všechny přivede na mizinu, strach z chudoby;
- blud hypochondrický – přesvědčen o své nevléčitelné nemoci, často fantastický ráz spojení nemocí – AIDS společně s ptačí chřipkou;
- blud nihilistický – popírá existenci sebe sama nebo někoho jiného, případně i celého světa.

C. Bludy paranoidní

podmíněné chorobnou vztahovačností a podezřívavostí, indiferentní podněty vztahuje ke své osobě:

- blud perzekuční – pronásledování;
- blud paranoidní – pozorování;
- blud ovlivňování – ovlivněn na dálku, RTG paprsky, světelné záření, jedy;
- blud emulační, žárlivecký – přesvědčen o nevěře partnera (patologie) – často alkoholicí, senilita, schizofrenie.

Pacient reaguje obranou (vyrábí si masky, krunýře na ochranu) nebo útokem – kverulace – dožaduje se ochrany cestou práva – nekonečné žádosti a stížnosti.

4.3 Poruchy řeči

Řeč je spojena s možností vyjádřit naše obsahy vědomí, obvykle mluveným slovem nebo písemně, případně znaky či symboly. Řeč je považována za instrumentální složku myšlení. I při vývoji řeči dochází nejdříve k porozumění sdělenému a teprve následně jsme schopni aktivního expresivního vyjádření. Stejným způsobem je možné dělit poruchy řeči:

- Poruchy receptivní složky – vážne porozumění
- Poruchy expresivní složky se rozlišují podle toho, zda se týkají obsahové nebo formální stránky řeči.

4.3.1 Poruchy receptivní složky

Jsou spojeny s problémem porozumět řeči, např. receptivní afázie, nejčastěji výskyt u organických poruch mozku.

4.3.2 Poruchy expresivní složky

a/ obsahové, např.:

- oblíbené slovo jako opakovaná vsuvka v řeči – „prostě, samozřejmě, vole“ ...;
- koprolalie – užívání sprostých slov;
- pornolalie – obscénní líčení nějaké situace – slovní sadismus;
- neologismy – nově vytvořená slova – „ubližky“ pro léky;
- agramatismy – užití infinitivů, nevhodných tvarů slov.

b/ formální, např.:

- puerilní řeč – dětská mluva i artikulací;
- mutismus – úplný útlum řeči;
- selektivní mutismus – řeč chybí pouze v konkrétní situaci nebo vůči osobě;
- dysartrie – poruchy motoriky mluvidel;
- koktavost (balbuties).

4.4 Poruchy inteligence

Inteligence je všeobecná rozumová schopnost, která nám umožňuje orientovat se v nových situacích a najít řešení problémů i s využitím minulé zkušenosti.

Při poruše může jít o celkové snížení rozumových schopností do pásma defektu (hranice IQ je pro defekt 70). Poruchy intelektu mohou být vrozené nebo získané.

4.4.1 Mentální retardace (MR)

Mentální retardace nahradila starší pojem oligofrenie. Snížení rozumových schopností je buď vrozené nebo získané do dvou let věku. Klasifikují se různé stupně mentální retardace, míra postižení a závislost jedince s MR na pomoci jiných osob je také důvodem k rozlišení přiznaných sociálních výhod:

- Lehká MR (dříve debilita): IQ 69–50
- Středně těžká MR (dříve imbecilita): IQ 49–35
- Těžká MR (dříve idiocie): IQ 34–20
- Hluboká MR: IQ pod 20 – imobilita, inkontinence, vážná smyslová poškození

Slaboduchost mírná duševní zaostalost: IQ 80–70

Starší označení různých stupňů mentální retardace se vzhledem k pejorativnímu spojení nepoužívají. V současné době mají právo na vzdělání děti se všemi stupni postižení, metody a obsah vzdělávání se samozřejmě individuálně přizpůsobují možnostem jedince. Je snaha o co největší samostatnost jedince a inkluzi rodin s dětmi s postižením do společnosti.

4.4.2 Demence

Patří k poruchám inteligence získaných po druhém roku věku dítěte v důsledku onemocnění či úrazu, přičemž došlo k poklesu původních intelektových schopností. Změny jsou progredující a ireverzibilní.

4.4.3 Sociální zanedbanost

Ke snížení intelektových schopností může dojít i u jedince, který nemá narušenou CNS, ale z důvodu nedostatku podnětů – deprivace může být psychická, emoční nebo podnětová. Často se v této souvislosti uvádí extrémní příklad – tzv. vlčí děti, které vyrostly v podmínkách bez výchovného působení (např. Kaspar Hauser). Při kompenzaci deprivace může dojít k mírnému zlepšení, obvykle však již není dosaženo normality.

Shrnutí základních pojmů

Poměrně rozsáhlá kapitola soustřeďuje poruchy myšlení, řeči a inteligence. Všechny tři pojmy spolu souvisejí, zejména řeč jako instrumentální složka myšlení je s ním úzce provázána. Také je však potřeba upozornit na to, že úroveň myšlení člověka běžně posuzujeme podle jeho vyjadřovacích schopností. V případě poruchy řeči však nemusí být nutně postiženo i myšlení.

Navíc každý člověk, i když má narušeno myšlení, řeč, nebo inteligenci, zůstává člověkem se všemi svými prožitky, emocemi, potřebami – a zejména zde bychom měli být připraveni nepodceňovat jedince a respektovat ho jako lidskou bytost. O to těžší je komunikace a hledání možností, jak tento zážitek respektu a porozumění těmto jedincům poskytnout.

Samostudium / úkoly / kontrolní otázky pro studenty

Kontrolní otázky

1. Jak se mohou projevovat bludy?
2. Se kterou z poruch řeči jste se setkali?
3. Popište možné důsledky sociální zanedbanosti.
4. Co znamenají pojmy ireverzibilní a progredující?
5. Jaký obraz o rozumových schopnostech člověka si vytváříte podle úrovně jeho verbálního vyjadřování? Srovnajte se svými schopnostmi vyjadřování v cizím jazyce.

Úkoly k zamyšlení

Je zajímavé pozorovat, jak o základních kognitivních procesech probíhají mezi vědci diskuse s protichůdnými názory. Například není s jistotou zodpovězena otázka na vztah myšlení a jazyka: Je myšlení jazykem utvářeno nebo jazyk myšlení popisuje nebo je myšlení totožné s řečí?

Pro zájemce

Vzdělávání lidí s lehkou mentální retardací

Vzdělávání osob s LMR v Česku je realizováno ve specializovaných institucích. V současnosti se, ale stále více prosazuje tzv. inkluzivní vzdělávání, což je přístup, kdy se v jedné třídě spolu vzdělávají děti zdravotně postižené spolu s dětmi zdravými. Vedle této formy vzdělávání zde však existuje i vzdělávání speciální, kdy pedagogické vzdělání v oblasti speciální pedagogiky respektuje skutečnosti dané speciálními potřebami konkrétních dětí. Poradenskou činnost zajišťují Speciálně-pedagogická centra, která jsou zřizována jako součást školských zařízení, ale mohou fungovat i samostatně.

MŠ pro děti s mentální retardací

speciální mateřské školy pro děti s mentální retardací, speciální třídy pro děti s mentálním postižením při běžné MŠ

ZŠ pro děti s mentální retardací

základní školy praktické

základní školy speciální

Profesní příprava

praktická škola (1 rok a 2 roky)

odborné učiliště (2 a 3 roky)

střední odborné učiliště (pokud žák splní požadavky pro přijetí a jeho zdravotní způsobilost to dovoluje) .

Seznam doporučené literatury

MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P., Psychiatrie. Praha: Portál, 2002, s. 28–31.

SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E. a kol., Psychopatologie a psychiatrie. Praha: Portál, 2006, s. 97–108.

VÁGNEROVÁ, M., Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 1999, s. 42–43.

VÁGNEROVÁ, M., Úvod do psychologie. Praha: Karolinum, 2004, s. 94.

5 Poruchy pudů a emotivity

Cíle kapitoly

Pudy i emoce patří k nejméně výraznějším zdrojům aktivity jedince, jsou spojeny s motivací. I jejich běžné fungování přináší problémy v tom smyslu, že mnohé z těchto zdrojů probíhají na nevědomé úrovni. Pudy i emoce se urputně brání naší touze vše racionálně uchopit. I když víme, že prožívání nebo chování není adekvátní, neumíme mnohdy jednat jinak.

To vše se stupňuje v situaci, kdy dochází k poruše těchto funkcí. U pudů se popis poruch odvíjí od jejich klasifikace: poruchy pudů směřujících k zachování jedince, k zachování rodu, pudů sdružovacích a pudů pro zpříjemnění existence.

Při popisu poruch emocí postupujeme od poruch afektů, nálad až k poruchám vyšších citů.

Po prostudování této kapitoly budete umět:

- popsat různé druhy pudů,
- pochopit propojení motivace a emocí,
- porozumět poruchám afektu,
- rozlišit různé druhy nálad.

Klíčová slova

Pudy, poruchy pudů směřujících k zachování jedince (obživný, sebezáchovy, orientační), poruchy pudů směřujících k zachování rodu (rodičovský a sexuální), poruchy pudů sdružovacích, poruchy pudů pro zpříjemnění existence, emoce, poruchy afektů, poruchy nálad, poruchy vyšších citů

Obsah kapitoly

- Pudy
- Poruchy pudů směřujících k zachování jedince
- Poruchy pudů směřujících k zachování rodu
- Poruchy pudů sdružovacích
- Poruchy pudů pro zpříjemnění existence
- Emoce
- Poruchy afektů
- Poruchy nálad
- Poruchy vyšších citů

5.1 Pudy

Pudy a instinkty představují ve fylogenezi zakódované biologické mechanismy vedoucí k dosažení cíle, aniž subjekt daný cíl zná. Je to zděděná schopnost jednat určitým způsobem tak, jak to funguje např. u hmyzu, ptáků nebo savců.

Pudy mají individuální variabilitu vlivem subjektivní zkušenosti, instinkty jsou naopak stereotypní bez individuální variability.

Pudy jsou zdrojem energie a motivace našeho chování a jsou svázány s emocemi.

Druhy pudů (klasifikace dle Vondráčka, in SVOBODA, 2006, s. 108–115)

I. Pudy směřující k zachování jedince

1. Obživný (nutriční) – hledání a příjem potravy
2. Pud sebezáchovy – zachování existence
3. Pud orientační, zvědavosti

II. Pudy směřující k zachování rodu

1. Rodičovský pud
2. Sexuální pud

III. Pudy sdružovací

IV. Pudy pro zpříjemnění existence

5.1.1 Poruchy pudu směřujícího k zachování jedince

Porucha obživného pudu

je spojena s hledáním a příjmem potravy.

- poruchy: příjmu potravy (PPP) – mentální bulimie, mentální anorexie
- sitofobie (odmítání jídla v rámci těžké deprese, schizofrenie – strach z jídla, strach z otravy),
- pika (požívání nestravitelných předmětů),
- kanibalismus – požívání lidského masa
- koprofagie – požívání výkalů,
- onychofagie – okusování nehtů,
- trichofagie – požívání vlasů, u pokročilých demencí a schizofreniků.

Porucha pudu sebezáchovy

ohrožuje zachování existence jedince. Můžeme rozlišit dva typy projevů:

Reakce pasivně obranného typu – útěk, stavění se mrtvým, podřízenost

Reakce aktivně obranného typu – agrese, útok

Poruchy:

- automutilace (sebezmrzačení, sebepoškození: poškrábání, pořezání, polykání kovových předmětů, pálení cigaretou, extrémně až autokastrace, amputace prstů apod. – vězení, válka);
- sebevražda – suicidium versus sebevražedný pokus, bilanční (v obtížné situaci: nevléčitelná nemoc, tragédie v rodině), demonstrativní pokus o sebevraždu.

U lidí, kteří nejsou psychiatrickými pacienty, se objevuje sebevražda na základě zkratkového jednání.

Porucha orientačního pudu

porucha zvědavosti

– pacient nemá zájem získat informace, poznatky; spojeno s poruchou pozorností – objevuje se u depresí, stuporu.

5.1.2 Poruchy pudů směřujících k zachování rodu

1. Poruchy rodičovského pudu – anetické chování k dětem, odpor k rodičovství, týrání dětí, zanedbávání, naopak hyperprotektivní rysy – opičí láska.

2. Poruchy sexuálního pudu

Poruchy pohlavní aktivity

- sexuální dysfunkce je *kvantitativní* porucha sexuální aktivity, projevuje se zvýšenou nebo sníženou apetencí.
- nedostatek nebo ztráta sexuální touhy (frigidita, vaginismus, poruchy orgasmu, poruchy erekce, předčasná ejakulace, priapismus – neustupující erekce);
- opakem je hypererotismus – satyriasis a nymphomanie – spíš jde o apetenci než potenci

Poruchy pohlavní identity

- transsexualismus (identifikace s opačným pohlavím),
- transvestitismus dvojí role (převlékání, dočasná změna identity).

Poruchy sexuální preference (deviace, aberace)

představuje kvalitativní poruchu sexuální aktivity:

a/ **inverse** jsou poruchy zaměřené na objekt (pedofilie, gerontofilie, zoofilie, nekrofilie, in-cest, narcismus, fetišismus a další);

b/ **perverse** jsou poruchy zaměřené na způsob ukájení (frotérství – tlačence, voyeurství, sadismus, masochismus, erotografomanie, telefonní nebo internetová skatologie, kandalismus – ukazování nahé partnerky druhým, exhibicionismus a další), dříve poruchám řazena i masturbace.

5.1.3 Poruchy sdužovacího (sociálního) pudu

Tento stádní pud u zvířat je u lidí zaměřen na naši úlohu ve společnosti a navazování vztahů.

Porucha se posuzuje ve smyslu kvantitativním. Potom hovoříme o dvou extrémech:

- familiárnost (nadbytek pudu),
- samotářství (nedostatek pudu) – autismus je vnímán jako vystupňované samotářství

5.1.4 Poruchy pudu pro zpříjemnění existence

Tento pud podporuje naši touhu po sebeuplatnění, zdobivosti, slávě a rozkoši, vlastnictví, uctívání vlastní osoby a majetku, snahu dosáhnout vyznamenání a pocty.

Porucha tohoto pudu představuje buď: extrémní požívačnost a pud vlastnický, hedonistické zaměření (žít a užít) nebo naopak přehnanou skromnost, hovoříme o askezi (také diogenismus).

5.2 Emoce

Emoce jsou subjektivní prožitky jedince na podněty, mají charakter příjemného nebo nepříjemného prožitku, doprovází je somaticko-vegetativní projevy. Emoce jsou dobře čitelné z neverbálního chování – mimiky a motoriky. Usměřují aktivitu jedince. Mají obvykle svůj objekt – něco nebo někoho, na co jsou zaměřeny. Vyjadřují vztah jedince k lidem, věcem, událostem i k sobě samému.

Emoce jsou obvykle aktivovány vnějšími událostmi. Mají zcela spontánní původ – nelze je vyvolávat ani před nimi utéct.

To, jakým způsobem subjektivně prožíváme, tedy jak intenzivně, s jakým trváním, jak jsme stabilní či labilní vůči podnětům, je geneticky podmíněno a úzce spojeno s naším temperamentem. Také emoce ovlivňuje kultura a sociální prostředí, ve kterém se učíme, které projevy jsou v souvislosti s emocemi tolerované.

Komplexní charakter emocí zahrnuje různé projevy.

Wundt popisuje tři znaky emocí:

1. prožitková složka spojená se zážitkem libosti a nelibosti a zážitkem napětí a uvolnění;
2. fyziologická reakce – úroveň vzrušení vedoucí k různé míře aktivace;
3. vnější projevy – především mimika, ale i další neverbální chování mají významnou úlohu při komunikaci.

Atkinsonová rozlišuje tyto složky emoce:

4. tělesné reakce – autonomní aktivace jako připravenost k určitému jednání;
5. kognitivní hodnocení – myšlenky a přesvědčení, „proč“ se děje to, co prožíváme;
6. výraz obličeje – hypotéza obličejové zpětné vazby;
7. reakce na emoci – emocionální chování.

U emocí můžeme popsat jejich intenzitu, délku a směr – přibližování versus oddalování.

City představují zážitkový rozměr emoce.

5.2.1 Dělení emocí

a/ podle prožívání:

libé – kladné (radost, láska) versus nelibé – záporné (žal, nenávist)

b/ podle vlivu na naši aktivitu:

stenické – mobilizující (zlost) versus astenické – demobilizující (smutek)

c/ podle hierarchie

nižší emoce – elementární emoce versus vyšší emoce – společenské potřeby (např. intelektuální, estetické, etické, morální)

d/ podle intenzity a délky trvání:

afekty (krátkodobé, prudké) versus nálady (dlouhodobější) versus city – trvalé vztahy a vyšší city – vášně

Poruchy emocí se mohou dělit podle rozlišení emocí na základě délky a intenzity emocí:

Poruchy afektů

Poruchy nálad

Poruchy citů

5.2.2 Poruchy afektů

Afekt je název pro krátkodobé, prudce vznikající a bouřlivé projevy se silnou tendencí k odreagování. Vše doprovází vegetativní projevy (tep, dech, pocení). Afekty mohou být vyvolány spontánně okolnostmi, ale i uměle (léky – experimenty – noradrenalin) i vlivem poruch hypotalamu a limbického systému. Afektivitou rozumíme zvýšenou pohotovost k emočním reakcím.

V rámci poruch afektů si všimneme třech skupin poruch:

- apatický afekt
- poruchy afektivity
- fobie

a/ patický afekt

je krátkodobá porucha psychického stavu, často spojená se vztekem, hněvem. Může se dostat až kvalitativní porucha vědomí – mráкотný stav. Končí vyčerpáním, spánkem. Vzhledem k amnézii jedinec není plně odpovědný za to, co v tomto afektu udělá (právnicky termín exkulpace, tj. zproštění viny).

Afekt může nastat u poruch osobnosti, u silného epileptického záchvatu, alkoholového opojení, u demence nebo jako reakce na silný emoční prožitek u jinak normálního člověka. Může dojít:

- k přesunutí afektu – vybití nastane na jiném objektu, než který afekt způsobil
- k měštnání afektu – projev po sérii potlačených afektů – potom funguje jako spouštěč, tzv. poslední kapka, následuje neadekvátní reakce na nevýznamný podnět
- patická afektivní dráždivost – sklon k nadměrně silným afektům; po intoxikaci, alkoholismu, oligofrenii, demenci
- afektivní raptus – spojen s úzkostí (anxiozitou)
- afektivní stupor – krátce vymizí pohyby, mimika, řeč – emočně vypjaté situace

b/ emoční labilita

- citová nestabilitnost, emoce se střídají – typickým příkladem jsou lidé s histrionskou poruchou osobnosti;
- emoční inkontinence – vystupňování labilita, reakce spastickým pláčem na neutrální podněty;
- hypersenzitivita – lehký vznik emocí, které jsou trvalejší, ale ne tak rozmanité jako u emoční lability. Jsou součástí osobnosti. Zvýšená dojmavost, lítostivost;
- afektivní ambivalence – obsahuje současně protikladné emoce (láska a nenávisť). Typické pro schizofreniky;
- emoční inkongruence – nepřiléhavost, nesoulad se situací – např. se pacient směje při oznámení o úmrtí blízkého člověka;
- emoční oploštělost (tupost) – citová lhostejnost, nezájem, malá aktivita (u schizofrenie, deprese, organických poruch).

c/ fobie

jsou popisovány jako vtíravé strachy s emočním podtextem, které mají svůj předmět (na rozdíl od úzkosti). Svoboda (2006) uvádí, že klasifikace pojmenovává přes sto druhů fobií. (např. androfobie – strach z mužů, gynekofobie – strach z žen, sociální fobie, agorafobie – strach z velkých prostorů, klaustrofobie – strach z uzavřených prostor, carcinofobie – strach z rakoviny, nosofobie – strach z nemoci, mysofobie – strach ze špíny, xenofobie, zoofobie – arachnofobie, serpentofobie...). Spojeny často s obsedantním myšlením a jednáním, i když jedinec chápe neopodstatněnost strachu, nedokáže jej překonat.

Idiosynkrazie jsou spojeny s afektivní přecitlivělostí, odpor vůči určitým situacím, vjemům, případně osobám a situacím.

5.2.3 Poruchy nálad

Nálada na rozdíl od afektu představuje dlouhodobé emoční nastavení. Nálady nejsou vázány na určité zážitky, konkrétní situace a podněty. Nálada ovlivňuje řadu psychických funkcí a naše prožívání a chování.

Poruchy nálad souvisejí

- s fyzikálními vlivy (teplo, slunce, světlo, roční období)
- s chemickými vlivy (drogy, léky)
- s metabolickými změnami (hypoglykémie; astmatici, kardiaci – úzkosti, deprese; laktační změny – deprese; hladovění, rychlé zhubnutí – deprese; premenstruační tenze, faktory infekční – chřipka, mononukleosa)

Patická nálada se liší kvalitou i kvantitou. Jde o dlouhodobý určitý stav, je neodklonitelná, nezávislá na vlivu prostředí, člověk se může chovat neadekvátně, ovlivňuje postoje i chování. Její dlouhodobost na rozdíl od reaktivních rozlad (hovorově „mám depku“), které trvají krátkodobě (dny až 14 dní), je výrazným diferenciacním momentem.

Základní dělení poruch nálad:

- **Manické**
- **Zlostné**
- **Depresivní**
- **Apatické – „bez nálady“**

Manické

- euforická nálada – blažené, spokojené ladění bez zvýšené aktivity.
- manická nálada – rozjařená, se smíchem, živá motorika, aktivita pocit, že zvládne všecko (máloco ale dokončí), hyperaktivita, zvýšené utrácení peněz (bez kontroly)
- expanzivní nálada – blažená, spokojená, zvýšené sebevědomí, aktivita; zasahování do okolí – u mánie
- exaltovaná nálada – nadšení, blaho, extáze – vytržení – často s náboženstvím nebo sexem; u epilepsie, u poruchy osobnosti, intoxikace

Zlostné

- explozivní (dráždivá) nálada – tendence k výbušnosti a vzteku, podrážděnost, někdy i agrese – u organických postižení, chronický alkoholismus, epilepsie
- rezonantní (zlobná) – nepřátelské reakce, zvýšené sebevědomí
- dysforická (rozlada) – mírnější varianta zlobné
- morózní (depresivně zlobná) – mrzutí, nevrlí, spojuje depresi i zlost, riziko suicidia

Depresivní

depresivní nálada – smutek, strach, zpomalení vitálních a psychomotorických funkcí (narušena vůle, chuť k jídlu, příjem potravin, tekutin, spánek), tichá a pomalá řeč, sebeobviňování, pesimismus, bez budoucnosti – riziko sebevraždy – u deprese, demence, schizofrenie, epilepsie

bezradná nálada – neschopnost se rozhodnout, bezradnost, často ale neklid, tenze – u schizofreniků, demence

úzkostná (anxiozní) nálada – úzkostnost, neklid, nejistota, očekávání špatného, napětí z neurčitého ohrožení; prožitek je trýznivý, nepříjemný, v rámci toho hrozí anxiozní raptus –

silný úzkostný afekt, sebepoškození – riziko sebevražd – deprese, demence, schizofrenie, epilepsie

Apatické – „bez nálady“

- apatická nálada – nerozhodnost, snížené tempo, lhostejnost, snížení aktivity a iniciativy – typické pro deprese v úvodním stádiu; u toxikomanů v konečném stádiu, demence
- anhedonická nálada – neschopni zažít radost a štěstí, bez zájmu o cokoliv
- paradoxní – neodpovídá kontextu

5.2.4 Poruchy citů a vyšších citů

City jsou emoce s trvalejšími vazbami k jiným lidem, sobě samému k předmětům. Jsou spojeny se slovy jako je láska, úcta nebo spravedlnost, svoboda.

V rámci patologie se hovoří spíš o jejich oslabení nebo utlumení, např.

- nepevnost citových vazeb u mánií
- výrazné utlumení citů u schizofrenie
- neschopnost sociálních citů u některých poruch osobnosti (anetičnost)

Poruchy

- sociální tupost – oslabení schopnosti navazovat sociální vztahy
- asociální city – snížení etických citů
- antisociální city – vystupňování egoismu a bezohlednosti
- emoční deprivace a degradace – bez etických zábran, stupňuje se pudové chování, celkový úpadek osobnosti – organické postižení – po úrazech hlavy, po zánětlivých onemocnění mozku, alkoholismus – rozvine se krutost, netaktnost, ...
- patické vášně – žárlivost, kariérismus, hráčství... – ovládají člověka

Shrnutí základních pojmů

Pudy a emoce jsou oblastí, kde se o poruchách mluví mnohdy s příchutí senzačnosti. Avšak pro lidi, kteří jimi jsou zužováni, představují obvykle velkou zátěž. Také jejich léčení vyžaduje velké úsilí a mnohdy se nedaří zabránit recidivám nebo trvalým potížím.

Je to skupina potíží, kde můžeme pozorovat posun v pojetí normality (homosexualita), a obrovský nárůst počtu lidí s onemocněním tohoto typu (poruchy příjmu potravy jako nemoc 21. století, deprese u dospělých i dětí).

Samostudium / úkoly / kontrolní otázky pro studenty

Kontrolní otázky

1. Co si představujete pod pojmem hyperprotektivita ve výchově dítěte?
2. Popište chování při patickém afektu.
3. Připomeňte knihy nebo filmy, které zpracovávají téma fobií.
4. U které z poruch nálad je nebezpečí suicidia?

Korespondenční úkol 2

Najděte knihu nebo film, ev. divadelní představení ve kterém se objevuje problematika lidí s duševním onemocněním. Popište na 2 strany textu svoje postřehy a dojmy z konkrétního díla.

Úkoly k zamyšlení

Vzpomeňte si na situaci, kdy jste se ve skutečnosti nebo ve zpravodajství TV nebo filmu pozastavili nad emočními projevy lidí jiné kultury nebo etnika. Jak prožívají radost? Jak smutek nebo strach? Jaké jsou jejich projevy hněvu?

Pro zájemce

KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007.

KRIEGELOVÁ, M. Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci. Praha: Grada Publishing, 2008.

Seznam doporučené literatury

MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P., Psychiatrie. Praha: Portál, 2002, s. 27–28, 33–34.

SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E. a kol., Psychopatologie a psychiatrie. Praha: Portál, 2006, s. 108–122.

VÁGNEROVÁ, M., Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 1999, s. 43–44.

6 Poruchy vůle a jednání, poruchy vědomí a spánku

Cíle kapitoly

Vůle je spojena s motivací a zároveň i s jednáním. Zajišťuje účelné jednání, které ústí k dosažení nutného cíle, což nemusí být na rozdíl od emocí provázeno spokojeností. Obvykle je nutno překonat překážky, které se mohou objevit ve dvou rovinách. Podobně je tomu u poruch vůle. Ty se mohou týkat poruch aktivní vůle, spojených s procesem rozhodování, nebo poruch pasivní vůle, která narušuje schopnost realizovat svoje rozhodnutí do reálného konce.

Učebnice obvykle spojují poruchy vůle s poruchami jednání, které v životě brání jedinci účelně a adekvátně jednat. Kapitola věnovaná vědomí a spánku čtenáři přibližuje vědomí jako stav, ve kterém je člověk bdělý a schopný uvědomit si jasně sebe, své chování a svoje okolí. Fyziologickou změnou vědomí je spánek.

Poruchy vědomí jsou rozlišeny na kvantitativní a kvalitativní. U poruch spánku jsou vybrány ty, které mohou postihnout i člověka v zátěži nebo při vyčerpání.

Po prostudování této kapitoly budete umět:

- rozlišit poruchy aktivní a pasivní vůle,
- popsat kvantitativní poruchy jednání,
- pochopit obtížnost obsesí,
- ujasnit si používání obranných mechanismů
- rozlišit různou intenzitu poruch vědomí,
- poznat kvalitativní poruchy vědomí,
- rozlišit různé poruchy spánku.

Klíčová slova

Vůle, poruchy vůle, jednání, poruchy jednání kvantitativní a kvalitativní, vědomí, kvantitativní a kvalitativní poruchy vědomí, spánek, poruchy spánku

Obsah kapitoly

- Vůle
- Poruchy vůle
- Jednání
- Poruchy jednání kvantitativní
- Poruchy jednání kvalitativní
- Vědomí
- Kvantitativní poruchy vědomí

- Kvalitativní poruchy vědomí
- Spánek
- Poruchy spánku

6.1 Vůle

Vůle je popisována jako schopnost člověka zaměřeně usilovat o dosažení cíle; schopnost vybrat mezi motivy a následně realizovat svoje úmysly. Vůle je spojena se slovy chtění, rozhodování, úsilí a jednání. Rozlišujeme dvě úrovně vůle.

Aktivní vůle představuje rozhodnost.

Pasivní vůli charakterizuje schopnost realizovat rozhodnutí – vytrvalost.

6.1.1 7.1.1 Poruchy vůle

- hypobulie – částečná ztráta vůle, nerozhodnost, pocit ambivalentnosti – u depresí, může provázet určité typy neuróz, také se objevuje v rámci duševního vyčerpání
- abulie – ztráta vůle, ztráta schopnosti zahájit určitou činnost, často se kombinuje s apatií – u schizofrenií
- hyperbulie – rozhodnost neadekvátní dané situaci, spontánní, až překotné rozhodování spojené s enormní energií; výskyt u mánie, u paranoidní osobnosti, kverulanti mají trvalou hyperbulii, úporně někoho obtěžují

6.2 Jednání

Jednání je záměrné chování založené na motivaci, které mění dosavadní stav nebo situaci.

Můžeme rozlišit různé typy jednání:

- volní
- automatické
- protivolní

Základní dělení poruch jednání je na kvantitativní a kvalitativní poruchy.

6.2.1 Kvantitativní poruchy

- Hypagilnost – snížení aktivita, nespontánní, pomalé, minimální gesta a mimika – deprese, schizofrenie, intoxikace
- Hyperagilnost – zvýšená aktivita – často ale málo účelné – u manie
- Agitovanost – neklid, bezcílné, zmatené jednání, bez koordinace pohybů – úzkost, manie – vystupňovaná agitovanost je zmítání na lůžku (jaktace)

6.2.2 Kvalitativní poruchy

- Katatonické poruchy jednání (primitivní podoba psychomotoriky):
- Obsedantní jednání (kompulze, anankasmus)
- Impulzivní jednání
- Účelové jednání
- Neadaptivní psychické reakce (také obranné mechanismy, bezprostřední reakce)

Katatonické poruchy jednání

Formy:

1. *neproduktivní (stuporozní)* – útlum pohybů až strnulost vlivem vnitřních nebo vnějších podmínek (tragický zážitek)

2. *produktivní* – stereotypní, nadbytek mimiky a pantomimy

Mezi ně řadíme např.:

- Stupor (akinéza) – úplná strnulost v jedné poloze
- Katalepsie (vosková ohebnost) – pacient setrvává v nastavených polohách, často i nepřírozených
- Zázraz jednání – společně se zázrazem myšlení a řeči, vzniká bez příčiny, trvá minuty, ale i týdny
- Negativismus – pasivní (jedinec nevyhoví výzvě) nebo aktivní (udělá opak)
- Stereotypie – mechanické opakování, často ceremoniální charakter. Podrobněji se dělí:
 - pohybová (iterace)
 - mimická (grimasování)
 - slovní (verbigerace)
- Psychomotorický neklid – bezúčelné pohyby, chybí jim smysl
- Echomatismus
 - echopraxie – opakování pohybů,
 - echomimie – opakování mimiky,
 - echolálie – opakování slov nebo zvuků – např. u autistů-

Obsedantní jednání (kompulze, anankasmus)

je nutkavé jednání nepotlačitelné vůlí, spojeno s nutkavými myšlenkami. Splněním myšlenek uvolňuje pacient tenzi, proto, i když je to společensky neúnosné a je si vědom neúčelnosti a zbytečnosti chování, je nucen takto jednat – např. kontrola zamykání, plynu, ceremoniály při jídle, oblékání, mytí apod.

Impulzivní jednání

spočívá v nezvládnutelném puzení k nějaké činnosti nebo činu, i když jeho význam je nulový. Jedinec je při plném vědomí.

Formy:

- raptus – náhlá agrese vůči sobě nebo okolí, vyplývá z úzkosti;
- zkratkové jednání – rychlá reakce bez rozvahy a etické normy – útěk z domu, zabití svědka;
- tiky – neúčelné, nutkavé pohyby – mrkání, pošukávání hlavou, rameny, vokální, pokračávání – v tenzi zesilují;
- automatismy – jednoduché opakované pohyby – např. kývání tělem, pohyby nohou;
- frenoleptické stavy – porucha, při které jedinec vykonává neobvyklou činnost, spojenou s napětím, trvá několik dní (dromomanie – toulavost, kleptomanie, pyromanie, dipsomanie – kvartální pijáctví, erotomanie, oniomanie – chorobné nakupování, gambling).

Účelové jednání

Neuvědomovaný útěk do nemoci bez volní kontroly (na rozdíl od simulace), např.

- pseudodemence – napodobení demence – chybně;
- Ganserův syndrom – formálně správná odpověď na otázku, ale obsahově chybně „V jakém jsme městě?“ „V Moskvě.“ „Jaký je rok?“ „9541.“ – u válečných zajatců, vězňů;
- puerilismus – návrat do dětství – mazlení, žvatlání, hravost.

Neadaptivní psychické reakce

jsou nazývány také obranné mechanismy, bezprostřední reakce. Jsou to formy prožívání a chování, které nepřímo řeší obtížnou situaci jedince. Neadekvátním způsobem se jedinec brání a snižuje napětí neadekvátním způsobem.

Obranných reakcí je velká řada, uvádíme jen některé, např.:

- Panická reakce – u katastrof – bezcílné projevy, i s agresí, primitivní reakce
- Afektivní stupor – s vědomím
- Patofilie – útěk do nemoci
- Agrese – přímá a nepřímá, autoagrese – automutilace (sebepoškozování) nebo restrikce (odepření si něčeho)
- Substitute – nahrazování cílů

- Sublimace – nepříjemné motivy (poruchu sexuálního pudu) převede do sociálně únosných a ceněných aktivit (boj proti pornografii)
- Kompenzace – vyniknutí v jiné schopnosti nebo oblasti, než kde selháváme
- Somatizace (konverze) – duševní napětí se změní v tělesnou potíže
- Projekce – přisuzování vlastních rysů a názorů druhým
- Reakce (autistická, histrionská, paradoxní, paranoidní, demonstrativní)
- Ambivalence – nerozhodnost
- Racionalizace – tzv., reakce „kyselé hrozny“ – bagatelizace nedosažitelného cíle, nebo reakce „sladké citrony“ – skrývání nedostatků, utěšujeme se, že ostatní jsou na tom ještě hůře
- Identifikace – žádoucí vlastnosti jiných připsujeme sobě
- Únik – nevládnutelné situace řešíme odchodem – charakter od verbální výmluvy po únik do fantazie, identifikace s hrdiny knih, až po únik do nemoci.
- Regrese – návrat do nižšího vývojového stupně
- Fixace – ustrnutí ve vývoji
- Rezignace – apatie k obtížím spojeno s pocitem bezmoci
- Izolace – vystupňovaný únik
- Simulace – předstírání různých symptomů

6.3 Vědomí

Vědomí je charakterizováno dvěma významy:

1. jako stav bdělosti a pozornosti – vigilita
2. jako schopnost uvědomit si sebe sama a své okolí, zároveň schopnost integrace (začlenění) a interpretace vjemů, myšlenek, pocitů v jejich neustálé změně. Tato dynamičnost se nazývá tok vědomí.

K nepatologickým změnám vědomí patří spánek a hypnóza.

Patologické změny rozlišujeme na poruchy kvantitativní a kvalitativní.

8.1.1 Kvantitativní poruchy vědomí

Představují poruchu vigility, zastřené vědomí. Podle intenzity rozlišujeme:

- I. somnolence – zvýšená ospalost, zůstává však schopnost reagovat, pomalé reakce, snížená bdělost – objevuje se po úrazech hlavy, u intoxikací
- II. sopor – působí jako hluboký spánek, reakce jen na bolestivé podněty, klient se probudí jen na chvíli, nesrozumitelná řeč, rychle znovu ztrácí vědomí

III. koma – nereaguje na žádné podněty, vyhasínání základních reflexů. Snižuje se pulz, dechová frekvence i krevní tlak, zornice nereagují na světlo. Příčiny: intoxikace, oběhové selhání, poruchy metabolismu, embolie, infekční onemocnění mozku, úraz

Synkopa (mdloba, kolaps) – krátká ztráta vědomí na základě biologických nebo psychogenních příčin: silné emoce, vyčerpání, bolest, pohled na krev.

6.3.1 Kvalitativní poruchy vědomí

jsou spojeny se změnami obsahu vědomí a patickými poruchami vnímání, myšlení, paměti, emocí aj.

- Obluzené vědomí

delirium – zvýšená afektivita, iluze, halucinace, sekundární bludy, dezorientace, agrese, ohrožení sebe i okolí. Vnímání je zkreslené, často s děsivým obsahem. Chybí volní kontrola. Delirium trvá hodiny, nejvýš několik dní, může končit i smrtí. Pacient má amnézii. Objevuje se u horečnatých onemocnění, ale také při intoxikacích a abstinčním syndromu u jedinců se závislostí (delirium tremens – abstinční syndrom u chronických alkoholiků).

- Mráкотné stavy (obnubilace) – rychlý nástup a rychlý konec, změna chování jedince, pacient nejedná obvyklým způsobem, úplná amnézie, vyskytuje se u epilepsie, traumat hlavy, psychózy, v patickém afektu.

Mohou mít různé podoby:

- deliriozní – amok (náboženská extáze)
- stuporozní
- automatický – mráкотný stav – pacient celkem běžně funguje, přitom však není zcela orientován, může se dopustit agresivního nebo asociálního činu, fuga-odcestování, pacient bývá podezírán ze simulování, ale má amnézii.

Poslední poznatky vědců opakovaně upozorňují na možnost, která ukazuje, že i při změnách vědomí, je schopen pacient vnímat a dokonce i reagovat. Náš přístup k člověku s poruchou vědomí by měl zvláště respektovat etické principy chování.

6.4 Spánek

Spánek představuje změnu vědomí, kdy periodicky dochází k útlumu mozku a části podkoří. Je opakem vigility (bdělosti).

6.4.1 8.2.1 Poruchy spánku

Poruchy spánku mohou mít různou podobu. Pacienti nejčastěji popisují poruchy kvantitativního rázu, které se týkají času a množství spánku. Jinými potížemi mohou být abnormní události během spánku. Pro ilustraci uvádím některé z nich:

- Insomnie (nespavost)
- Porucha vnímání nebo trvání spánku – vyskytuje se asi u 40 % populace (hlavně u dospělých, více u žen; nad 60 let u 90 % lidí). Bývá součástí akutního stresu, častá u neurotiků, de-prese (klienti s potížemi dlouho usínají, nebo se probouzejí brzy a nemohou už usnout).
- Hypersomnie (zvýšená spavost)
- Zvýšená spavost přes den, pacient usíná, nebo se prodlužuje probouzení do úplné bdělosti. Etiologie nejasná, vznik potíží mezi 15–30 lety. Objevují se u chronického únavového syn-dromu, u psychopatických osobností.
- Porucha rytmu spánku a bdění
Je způsobena buď neorganicky (např. nedostatečná adaptace u lidí pracujících v noci, nebo při změně časového pásma) nebo organicky: u deliria, encefalidity, ve stáří – pacienti v noci nespí, ve dne ano.
Prvotně je vhodné zvládnout problémy nácvikem režimu, nezneužívat medikamenty.
- Somnambulismus (náměsíčnost) – porušené vědomí, kombinace spánku a bdění, opakující se epizody vstávání, procházení se strnulým obličejem, klient nereaguje, je těžké ho probudit, po probuzení je orientovaný, ale má amnézii na tuto epizodu.
Porucha postupně mizí s přibývajícím věkem. Dítě by mělo mít pravidelný režim, mělo by se zajistit bezpečné prostředí.
- Pavor nocturnus (noční děsy) – nejčastěji u dětí, epizody extrémního nočního děsu spojeny s úzkostným panickým křikem, motorickým neklidem včetně vegetativních příznaků – trvá 1–10 minut, po probuzení dítě dezorientováno, má amnézii.
- Noční můry – charakteristické úzkostným snem, který si jedinec živě pamatuje, obsahem je ohrožení jedince, často se vrací. Je doprovázen vegetativně pocením, bušením srdce. Jedinec se probouzí sám, je orientovaný. Výskyt u dětí i dospělých. Často akutní reakce na trauma (posttraumatická stresová reakce).
- Narkolepsie (záchvatovitý spánek)
- Paroxysmální porucha; hereditární základ, přichází náhle, často v nevhodnou dobu – při řízení auta – neovlivnitelný vůlí. Je potřeba pacienta vyloučit z rizikových činností.

Shrnutí základních pojmů

Také tato kapitola přináší velké množství pojmů, které popisují, jak se mohou poruchy jednání a vůle projevit. Doporučuji vytvořit si představu o pojmech, které jsou pro vás nové. Mnohé z projevů známe v nepatické podobě, mírná podoba obsedantního jednání se zvyšujícím se věkem nebo neadaptivní obranné mechanismy jsou často jmenovanými zkušenostmi většiny z nás. Problémovými se stávají v okamžiku, kdy nás omezují v našem běžném životě.

Kapitola také popisuje poruchy vědomí a spánku. Vědomí může být porušeno jak ve své kvalitě, tak v různých stupních (kvantitě) – somnolence, sopor, koma. Změny vědomí jsou spojeny se závažnými onemocněními nebo následky úrazu. Zásady první pomoci by měly patřit k základním vědomostem občana. Změna vědomí může nastat nepaticky, jejím záměrným vyvoláním, např. pomocí hypnózy.

Poruchy spánku nabývají mnoha podob. V moderní civilizaci patří k velmi častým stížnostem klientů. Především poruchy rytmu spánku a bdění zužují mnohé jedince, bohužel nevyužívají všech možností k úpravě rytmu a omezují se na užití léků. Porucha spánkového rytmu by měla být signálem ke zvážení a případné přehodnocení našeho životního stylu, zvážení zátěže, využívání možnosti odpočinku apod.

Jako u předchozích kapitol platí, že výčet je pouhým přehledem. Pro hlubší pochopení je třeba studovat odbornou literaturu.

Samostudium / úkoly / kontrolní otázky pro studenty

Kontrolní otázky

1. Co vám pomáhá při rozvíjení vašich volních vlastností?
2. O kterých poruchách jednání jste již slyšeli?
3. Poznáte, který z obranných mechanismů v zátěži užíváte?
4. Jaké způsoby mohou pomoci upravit poruchy rytmy spánku a bdění kromě léků?

Úkoly k zamyšlení

1. Jak vnímáte možnosti našeho vědomí a nevědomí?
2. Zkuste si představit a popsat, jak byste se chovali v přítomnosti člověka s poruchou vědomí.
3. Jak řešíte situaci, když nemůžete usnout?

Pro zájemce

FREUD, A. Já a obranné mechanismy. Praha: Portál, 2006.

Seznam doporučené literatury

MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P., Psychiatrie. Praha: Portál, 2002, s. 31–33.

SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E. a kol., Psychopatologie a psychiatrie. Praha: Portál, 2006, s. 122–135.

VÁGNEROVÁ, M., Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 1999, s. 44–45.

7 Poruchy osobnosti, neurologická onemocnění a organické duševní poruchy

Cíle kapitoly

Poruchy osobnosti souvisejí s poruchou uvědomování si vlastní jedinečnosti, činnosti jedince, jeho kontinuity nebo jeho identity. Obvykle jsou spojeny s výskytem dalších psychických poruch. Nejdříve jsou popsány v obecné rovině právě tyto projevy poruch osobnosti.

V následujícím textu jsou přiblíženy poruchy osobnosti tak, jak je klasifikuje mezinárodní klasifikace duševních chorob. Jsou zde sloučeny tři skupiny, každá z nich řeší specifickou oblast poruch osobnosti. Největší skupinou jsou poruchy osobnosti, dříve nazývané psychopatie. Následují návykové a impulzivní (kompulzivní) poruchy a poruchy pohlavní identity a preference.

V této kapitole jsou popsány neurologická onemocnění a organické duševní choroby. V obou případech souvisejí s poškozením mozku, ke kterým může dojít z různých příčin. Mnohdy je etiologie onemocnění prozkoumána jen částečně.

Poškození mozku v raných stádiích vývoje souvisí s výskytem dětské mozkové obrny. Častým problémem dětí školního věku je syndrom ADHD. Neurologové často léčí lidi s epilepsií, u nichž nebývá poškozen intelekt.

Demence jako hlavní zástupce organických duševních chorob představuje vzhledem k demografickému výhledu na zvyšující se věk lidstva výrazný společenský problém.

Po prostudování této kapitoly budete umět:

- pojmenovat poruchy osobnosti,
- porozumět podivínským projevům některých jedinců,
- rozlišit projevy specifických poruch osobnosti,
- poznat návykové poruchy osobnosti,
- rozlišit poruchy pohlavní identity a preference.
- popsat organický psychosyndrom,
- rozlišit různé formy DMO,
- porozumět problémům dětí s ADHD,
- poznat potíže lidí s epilepsií,
- rozpoznat varovné signály demence,
- vhodně přistupovat lidem s Alzheimerovou demencí.

Klíčová slova

Osobnost, poruchy osobnosti, poruchy osobnosti a chování u dospělých, specifické poruchy osobnosti, návykové a impulzivní poruchy, poruchy pohlavní identity, poruchy pohlavní preference

Neurologická onemocnění, organický psychosyndrom, syndrom dětské mozkové obrny DMO, syndrom ADHD, epilepsie, organické duševní poruchy, Alzheimerova demence, vaskulární demence

Obsah kapitoly

- Osobnost
- Poruchy osobnosti
- Poruchy osobnosti a chování u dospělých
- Specifické poruchy osobnosti
- Návykové a impulzivní poruchy
- Poruchy pohlavní identity
- Poruchy pohlavní preference
- Neurologická onemocnění
- Syndrom dětské mozkové obrny DMO
- Syndrom ADHD
- Epilepsie
- Organické duševní poruchy
- Alzheimerova demence
- Vaskulární demence
- Konkrétní rady při práci s pacientem trpícím demencí

7.1 Osobnost

je chápána jako biopsychosociální jednotka, její vývoj ovlivňují biologické, psychologické i sociální vlivy.

Osobnost dospělého by měla zůstat zachována pomocí integrity JÁ:

1. vědomí vlastní jedinečnosti
2. vědomí vlastní činnosti
3. vědomí vlastní identity přes veškeré změny a odlišnosti od okolí
4. vědomí kontinuity

7.2 Poruchy osobnosti

7.2.1 9.2.1 Poruchy osobnosti obecně

Poruchy osobnosti obecně souvisejí se všemi psychickými funkcemi, dochází k prolínání s poruchami popsány v dřívějších kapitolách. Dělení autorů se různí. Uvádíme některé z nich:

- Depersonalizace – porucha vnímání sebe – pacienti se necítí sami sebou, cítí se jako au-tomat, přičemž jejich chování nemusí být nápadné.
- Degradace je globální snížení úrovně osobnosti – tři typy:
 - depravace – dominuje postižení v oblasti sociálních vztahů – disociální chování, delikvence, závislost na drogách, alkoholu;
 - deteriorace – postupné postižení především snížení intelektových funkcí;
 - dezintegrace – rozpad osobnosti – chronická schizofrenie – změna v citovém, myšlenkovém i volním životě; řeč má charakter slovního salátu, chybí vědomí kontinuity, vyhasíná emotivita, zájmy; reakce jsou neadekvátní situaci, není možný kontakt s pacientem.
- Deprivace – nedostatek především emočních podnětů v dětství.
- Transformace – ztráta identity, pocit, že je někdo jiný (nejen člověk)
- Disociovaná osobnost (alternace osobnosti) – opakované střídání dvou osobností, každá z nich má svou kontinuitu, přičemž na osobu, kterou právě není, je amnézie
- Rozdvojení – pocit rozdvojenosti, ale existují současně (podobné depersonalizaci)
- Tranzitivismus – své pocity převádí na druhého a naopak
- Identifikace – prožívá to, co pozoruje u jiných

7.2.2 Poruchy osobnosti a chování u dospělých lidí F60–69

V této skupině poruch se slučují poruchy osobnosti, návykové a impulzivní poruchy a poruchy pohlavní identity a preference.

„Poruchy osobnosti jsou prezentovány extrémně vystupňovanými povahovými a charakterovými rysy, které vedou k poruchám sociální adaptace.“ SVOBODA a kol., 2006, s. 255.

Tragédií lidí s poruchou osobnosti je fakt, že jejich podivínské chování způsobuje problémy jim samotným i jejich okolí. Etiologicky se kombinují biologické dispozice s psychosociálními vlivy. Patří sem čtyři základní podskupiny:

- 1. specifické poruchy osobnosti – paranoidní, schizoidní, disociální, emočně nestabilní, histrionská, anankastická, anxiózní (F60)**
- 2. návykové a kompulzivní poruchy – hráčství, pyrománie, kleptománie...(F63)**
- 3. poruchy pohlavní identity – transsexualismus, transvestitismus (F64)**

4. poruchy pohlavní preference – fetišismus, exhibicionismus, pedofilie, voyerství, sadomasochismus (F65)

7.2.3 Specifické poruchy osobnosti

Dřívější termín psychopatie byl v rámci korektního přístupu ke klientům vyřazen a v podstatě ho nahradil termín specifické poruchy osobnosti. Představují relativně stálé, těžko ovlivnitelné poruchy, které jsou rezistentní vůči farmakoterapii i psychoterapii. Objeví-li se v dětství, provázejí člověka obvykle celý život. Některé projevy se s věkem zmírňují, např. agresivita, některé zvyrazňují, např. paranoidita nebo deprese. Rozlišují se na šest typů poruch osobnosti:

- Paranoidní - nedůvěřivost, podezíravost, vztahovačnost, urážlivost, zvýšená přecitlivělost s důrazem na svou osobu, neodpouštějí, bez smyslu pro humor;
- schizoidní - nepraktičtí, citově chladní, uzavírání do vnitřního světa, nesdílení citů, svérázná logika, bizarní nápady, nedostatek sociálních vztahů a neschopnost v nich žít, lhostejnost ke chvále a kritice, nekonvenční;
- disociální - nezodpovědnost, bezohlednost, bez empatie, nerespektují společenské normy a morální hodnoty, bez pocitu viny, netrpěliví, s agresivními projevy, tendence k trestné činnosti a protispolečenskému chování;
- emočně nestabilní (impulzivní typ) a hraniční porucha osobnosti – bezprostřední jednání bez schopnosti kontroly, prosazování svých potřeb, emočně nestálí, nesnášejí kritiku, reagují afekty vzteku až agrese, neadekvátní sebehodnocení včetně svých cílů, krátkodobé emočně nabitě vztahy se střídají s pocity prázdnoty a suicidálními výhrůžkami, sebepoškozování, užívání návykových látek, nezvládají emoce;
- histriónská (dřívější název hysterie) - zvýšená emotivita, labilita, dramatizování, teatrální projevy s předváděním se, egocentrismus, infantilita, fyzická atraktivita v popředí zájmu, touha po obdivu, koketují, nestálost ve vztazích, přibarvování skutečnosti až lhaní, intriky, manipulace, chybí jim kontrola a systematičnost;
- anankastická úzkostná - perfekcionismus, puntičkářství, nadměrné pochyby a opatrnost, nadměrná svědomitost a odpovědnost, rigidita, obsedantní myšlenky, bez asertivity a sebedůvěry;
- anxiózní (vyhýbavá) - pocity méněcennosti, neustálé obavy, nejistota, napětí, obava z kritiky a odmítnutí, nerozhodnost, závislost na jiných, submisivita, nesoběstační, závislost na jiných.

7.2.4 Návykové a kompulzivní poruchy

- patologické hráčství (opakované hráčství, nezohledňující materiální, rodinné a pracovní hodnoty a závazky, opakované zadlužování, následně nelegální získávání peněz, riziko sebevraždy, riziko závislosti)
- pyrománie (zakládání požárů),

- kleptománie (patologické krádeže),
- oniomanie (patologické nakupování) a další.

7.2.5 Poruchy pohlavní identity

Naši příslušnost k jednomu z pohlaví vyjadřujeme vůči okolí pohlavní rolí. O poruše mluvíme tehdy, jestliže se naše pohlavní identita neslučuje s biologickým pohlavím.

- transsexualismus (klient touží být osobou s opačným pohlavím, zbavit se svého pohlaví a žít jako osoba opačného pohlaví, je ochoten podstoupit i náročné lékařské zákroky)
- transvestitismus (převlékání si oblečení opačného pohlaví, změna je dočasná, netouží po změně pohlaví).

7.2.6 Poruchy pohlavní preference

– shodují se s popisem v kapitole o poruchách pohlavního pudu.

- fetišismus,
- exhibicionismus,
- pedofilie,
- voyerství,
- sadomasochismus.

7.3 Neurologická onemocnění

Centrální nervová soustava může být poškozena a právě její organická poškození jsou předmětem studia neurologů.

Onemocnění CNS provázejí psychické problémy, které ještě nepatří do kategorie psychických poruch, lze je hodnotit jako odchylku spadající do širší normy normality. Nicméně však společně se sociálním znevýhodněním komplikují takto nemocným jedincům běžný život. Lze popsat společné znaky označované jako organický psychosyndrom (VÁGNEROVÁ, 1999, s. 78–79).

7.3.1 Organický psychosyndrom:

- poruchy reaktivity – především problémy s autoregulací a z ní vyplývají impulzivita, zkratkovitě jednání, poruchy koncentrace pozornosti, zvýšená unavitelnost
- poruchy motoriky – v oblasti jemné motoriky (porucha koordinace, neobratnost) nebo motoriky mluvidel

- kognitivní poruchy – zhoršení vnímání, paměti, stereotypní až rigidní myšlení
- poruchy řeči – afázie, dysfázie
- změny emočního prožívání – emoční labilita, zvýšená dráždivost, dysforická nálada
- potíže v sociální adaptaci – negativismus, agresivita, asociální chování

U dětí je potřeba opět zvýšenou toleranci k hodnocení projevů; vzhledem ke zrání CNS dochází k výkyvům a změnám. Věk 7–8 let je považován za období, kdy se může psychický projev vyhranit.

7.3.2 Syndrom dětské mozkové obrny (DMO)

Etiologicky DMO souvisí s prenatálním, perinatálním nebo postnatálním poškozením CNS, které se projevuje před pátým rokem života dítěte. Výskyt se odhaduje na 2 % dětí. Hlavním příznakem je porucha motoriky, především pohybů ovládaných vůlí. Často se kombinuje s poruchami zraku, sluchu, řeči, MR a epilepsií. Děti s DMO vzhledem k pohybovému postižení jsou více závislé na okolí, mohou být podnětově deprivovány, jsou omezeny v sociálních kontaktech. Bývá opožděn psychomotorický vývoj.

Formy DMO:

- hypotonická – ochablost svalů, obvykle přechází do jiné formy
- spastická – zvýšené svalové napětí často s postižením všech končetin (kvadruplegie), často provázena dysartrií (křeče mluvidel neumožňují aktivní řeč), nejčastější – u 70 % dětí s DMO
- dyskinetická – mimovolní kroutivé pohyby
- mozečkový syndrom – narušena pohybová koordinace a rovnováha

7.3.3 Syndrom ADHD (attention deficit hyperactivity disorder)

Tento syndrom spojuje poruchu pozornosti s poruchou aktivační úrovně ve smyslu hyperaktivity. Etiologicky se kombinují raná rizika s genetickou podmíněností.

Obvykle rodiče pozorují hyperaktivitu v předškolním věku, respektive s nástupem dítěte do školy. Dítě je nuceno k neustálé aktivitě, která nemá v dané situaci smysl. V kombinaci s poruchou koncentrace pozornosti bývá neúspěšné. Jednání je často impulzivní, dítě není schopno se ovládat vůlí, zároveň nedokáže odhadnout důsledky svého chování. Neumí plánovat, ani směřovat k nějakému cíli. Dítě je emočně labilní, emoce se střídají až do krajních poloh, je zvýšeně dráždivé. Je často káráno, bývá nespokojené, má neadekvátní sebehodnocení. Má pocit, že je nadměrně zatěžováno. Dítě se brání okolnímu tlaku, mnohdy se obrana projevuje agresí.

Sociálním důsledkem a zároveň posilujícím prvkem negativních projevů je ambivalentní přijetí dítěte v rodině, výukové i výchovné potíže ve škole, jeho konfliktní chování vůči vrstevníkům. I když se projevy syndromu ADHD s věkem zmírňují, i v dospělosti můžeme vidět přetrvávání potíží v jak v profesní roli, tak v partnerských vztazích, vystupňovaně až ve sklonu k asociálnímu chování.

7.3.4 Epilepsie

Epilepsie byla už od Hippokrata považována za svatou nemoc. Byla taky spojována s posedlostí ďáblem. Mezi významnými lidmi v historii bylo mnoho lidí trpících epilepsií: např. Buddha, Mohamed, Johanka z Arcu, Karel VI., Dostojevskij (LESNÝ, 1984).

„Epilepsie je vesměs chronické postižení mozkové tkáně, které se projevuje opakovanými záchvaty různého charakteru, spojenými se změnou v oblasti prožívání, chování a často i s poruchami vědomí.“ (VÁGNEROVÁ, 1999, s. 88)

Epilepsií trpí přibližně 1 % dětí, asi 5 % jich dostane alespoň jedenkrát za život epileptický záchvat (LESNÝ, 1987, in VÁGNEROVÁ, 1999). Etiologie je nejednoznačná.

Záchvaty mohou být generalizované, provázené poruchou vědomí, nebo ložiskové (parciální). Jejich projevy potom závisí na lokalizaci ložiska (záblesky, čichové halucinace). Záchvatům může předcházet tzv. aura. Po těžkém záchvatu jsou pacienti unavení, mohou mít amnézii.

Jedinci s onemocněním epilepsií mají většinou normální inteligenci. Psychické funkce i osobnost jako celek ovlivňuje to, kdy onemocnění propuklo, jaký typ záchvatů má, v jaké frekvenci se objevují. Sekundárně ovlivňují pacienta i léky, které musí pravidelně užívat. Na druhou stranu léky zmírňují negativní důsledky, které dříve byly u neléčené epilepsie běžné. Sociálně jsou pacienti znevýhodněni především úzkostí ze záchvatu, omezenou kontrolou, omezením v některých činnostech (účastník silničního procesu, plavání apod).

U nemocných lze pozorovat zvýšenou dráždivost, impulzivitu, emoční labilitu, výkyvy nálad. Mohou být nedůtkliví a podezíraví, egocentričtí, pedanti, mají sklon k pesimismu, bez smyslu pro humor. Může dojít vystupňovaně až k epileptickým změnám osobnosti, event. k epileptické demenci.

7.3.5 Organické duševní poruchy

Organické poruchy mozku jsou způsobeny poškozením mozku, které vedou k přechodnému nebo stálému porušení funkcí mozku, projevujících se především v poškození kognitivních funkcí – hlavně paměti a inteligence. Nejčastějším typem je demence. Je to získané postižení, ke kterému může dojít až poté, co dítě dosáhne určité úrovně rozvoje kognitivních funkcí, obvykle po druhém roce života.

Demence se vyznačuje výraznou poruchou paměti s postupným poklesem dalších kognitivních funkcí, jsou postiženy také emoce s následným dopadem na chování nemocného včetně běžných denních aktivit. Dochází ke ztrátě již rozvinutých intelektových funkcí, postupně dochází k trvalé změně osobnosti. Příznaky musí trvat minimálně šest měsíců, poruchy se musí u člověka projevovat současně ve 3 oblastech a to: kognitivní (intelekt), behaviorální (chování) a funkční (pracovní a sociální oblast,

soběstačnost). Výskyt se uvádí kolem 5 % ve věku 60 let, ve věku nad 80 let již 20 % populace. Demence omezuje jedince i v sociální rovině a péče o něho je velkou zátěží pro jeho rodinu; mnohdy je nutná ústavní péče.

- *Lehká demence*

Obtížné dorozumívání, zapomínání, zakládání věci, 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.

- *Střední stadium demence*

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.

- *Těžké stadium demence*

Poruchy příjmu potravy, nerozpoznání blízkých osob, nechápání okolního dění, ztráta schopnosti souvislé řeči, velké stavy zmatenosti, mizí i pocity studu, ztráta sebekontroly, jednání zcela bez zábran, obtížná chůze, poruchy vylučování moči a stolice, úplná ztráta soběstačnosti, upoutání na invalidní vozík, tělesné i duševní chátrání, hubnutí, smrt.

Mezi nevýznamnější formy patří Alzheimerova demence a vaskulární demence.

Alzheimerova demence (ALD)

Alzheimerova choroba je nezvratné, neurodegenerativní onemocnění mozku, v některých oblastech odumírají mozkové buňky, vytváří se mikroskopické struktury, tzv. plaky a dochází k rozsáhlým poruchám psychických funkcí. Nemocný si přestává pamatovat, přestává být schopen logicky uvažovat, přestává být schopen komunikovat, postupně ztrácí návyky a dovednosti. Je postižena schopnost učení. V posledních stádiích dochází k úplné ztrátě paměti, ke ztrátě intelektu, soudnosti, myšlení a nemocný přestává být soběstačný a stává se plně závislý na péči druhé osoby.

V populaci stále přibývá nemocných a nemoc se objevuje ve stále víc a víc mladších věkových kategoriích. Nemoc může postihnout každého, bez ohledu na zaměstnání a vzdělání. Alzheimerova choroba trvá v průměru cca 9 let, není léčitelná, ale průběh onemocnění lze oddálit včasným nasazením léčby. Vzhledem k náročnosti léčby a péče o lidi s ADL se stává závažným sociálním a ekonomickým problémem.

Proto je důležitá včasná diagnostika onemocnění a nepodceňování příznaků, které se na první pohled mohou jevit jako banální. Podezření na Alzheimerovu chorobu vzniká vždy, když jsou přítomny příznaky demence.

Vaskulární demence

Vaskulární demence má podklad v cerebrovaskulárním onemocnění – náhlé mozkové příhody, hypertenze, abúzus alkoholu apod. Od ALD se liší nerovnoměrným postižením jednotlivých kognitivních funkcí. Onemocnění předchází tzv. pseudoneurastenický syndrom: bolesti hlavy, závratě poruchy spánku, emoční labilita aj.

PŘÍPADOVÁ STUDIE

Pro studenty oboru veřejná správa a sociální politika bude jistě zajímavá kazuistika, která ilustruje tragickou situaci člověka s vaskulární demencí na příkladu protektorátního prezidenta Emila Háchy – více in VÁGNEROVÁ, M., Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 1999, s. 144–145.

K ZAPAMATOVÁNÍ 3

Pacient s demencí

„Ztráta paměti vyvolává úzkost. Pacient se cítí neschopen plnit sociální a pracovní očekávání. Postupem poruchy se svět pro něj stává neznámým a děsivým – může pak reagovat agitací, paranoidní reakcí nebo agresí. Posuzování ztráty paměti není jednoduché, pacient si „pomáhá“ konfabulacemi nebo odbočováním od tématu. Při progresi demence dochází k bizarnímu, iracionálnímu jednání (např. hromadění nepotřebných, rozbitých věcí, otevírání a zavírání tašky, balení, rozbalování, cupování). Objevují se perseverace, přemísťování předmětů, bloudění. Nemocný stále něco vyžaduje, je podezřívavý. Dále dochází ke změnám denních rytmů, nočnímu buzení, dennímu podřimování, snížené sebeobsluze, špatné hygieně, celkovému zanedbávání. To vše vyvolává apatii, úzkost, stáhnutí se do sebe, zmatenost, někdy halucinace a bludy, hlavně paranoidní a perzekuční. Jejich „katastrofické“ jednání se projevuje blouděním, opouštěním místnosti, bytu, nemocnice, sebepoškozováním, zakládáním ohniček, pouštěním vody a vytápěním, pouštěním plynu atd.; ke konci neschopností sebeobsluhy s in-kontinencí.

Je nutná úprava prostředí, např. obrázek pacienta na jeho dveřích, kryty na hořácích, zásuvkách; nábytek rozmístěný tak, aby bylo možno bloudit dokola; kamuflované východové dveře a různobarevné čáry na zemi vedoucí k WC, k sestře atd. Protože je výrazně narušené vnímání reality, je nutné neustále opakovat pacientovo jméno, den, datum, hodiny, prostor a místo, kde se nachází; vyvolávat vzpomínky na minulost, ukazovat fotografie, což pomáhá pacientovi udržet si svůj pocit identity. Část pacientů se projevuje sociálně nepřijatelným chováním – sexuální, agresivním atd. Je nutno je konejšit, odvádět na izolovaná místa, vždy se k nim přibližovat pomalu a zbytečně se jich nedotýkat. Úlek může vyvolat agresivitu. S pacienty s Alzheimerovou demencí je třeba komunikovat, a to na primitivní úrovni. Pacienti jsou velmi citliví na neverbální signály. Je nevyhnutelné opakovat dotazy, dlouho čekat na odpovědi, vyhýbat se hádkám, oceňovat vyžadované, sociálně schvalované chování. Chápání kontextu situace pomáhá sestře interpretovat, co se děje. Pro ošetrovatelskou péči je toto vše nesmírně zatěžující, pacient přestává rozumět, verbálně komunikovat, lze velice těžko uhádnout, co si přeje. Je třeba zajistit jeho základní lidské potřeby (výživu – krmení,

vylučování, koupání, mobilitu a alespoň základní stimulaci). Doporučuje se zblízka dívat do obličeje. Mluvit v krátkých větách. Minimálně používat omezující prostředky. Je nutné, aby sestra komunikovala s rodinou, pomáhala jí vysvětlovat pacientovo chování, snižovala jejich pocity viny, ale přitom doporučovala časté krátké návštěvy.“ (MALÁ, PAVLOVSKÝ, 2002. s. 115–116).

7.3.6 Konkrétní rady při práci s pacientem trpícím demencí

- všechna důležitá tel. čísla (lékař, rodina, policie, hasiči) mít na viditelném a stabilním místě.
- hodiny a kalendář mít ve více místnostech
- nechávat důležité věci na stabilních místech
- nechat náhradní klíče mimo byt
- skladovat nebezpečné předměty, či vybavení domácnosti na zabezpečeném místě
- snažit se o bezbariérovost – zábrana úrazům, zabezpečit ostré rohy
- zajistit cenné předměty, finance
- snažit se jednotlivé úkoly dělat v čas, kdy se pacient cítí nejlépe
- vymezit si dostatek času, nevyvolávat pocit tlaku a spěchu
- při náročnějších úkonech dělat přestávky
- hovořit pomalu, ptát se, jestli všemu rozumí
- ponechat co největší samostatnost!!!
- mít pravidelný režim
- udržovat sociální kontakt
- hrát hry, číst, psát, počítat, luštit křížovky, kreslit.

Shrnutí základních pojmů

Cílem této kapitoly bylo přiblížit poruchy osobnosti, které jsou charakterizovány odchylkami v chování, prožívání a výraznými, často nepříjemnými, vlastnostmi osobnosti. Nápadnosti můžeme pozorovat jak ve vztahu k sobě, tak ve vztahu k druhým. Jedná se o trvalý stav, který se nedá zcela ovlivnit.

Výjimečnost těchto lidí se může projevit nepříznivými reakcemi okolí, bývají obtížně sociálně přizpůsobiví. Paradoxně však mohou tito jedinci dosáhnout výjimečných výkonů, jak nám potvrzuje historická zkušenost.

Kapitola přiblížila také poruchy, které se mohou vyskytovat během celé životní cesty jedince. Neurologická onemocnění souvisejí ve většině případů se sociálními důsledky pro jedince a jeho rodinu. Každé onemocnění se vyznačuje specifickými symptomy. Pro podrobnější popis onemocnění jsme vybrali dětskou mozkovou obrnu (DMO), syndrom ADHD a epilepsii.

Demence rovněž vzniká na základě organického poškození mozku, je však charakterizovaná úbytkem kognitivních schopností, které před nástupem nemoci byly funkční. Toto získané onemocnění poškozuje především inteligenci a paměť, postupně však i emotivitu

a celou osobnost. Nejčteněji jsou zastoupeny v populaci Alzheimerova choroba a vaskulární demence.

Péče o člověka s neurologickým onemocněním, především s těžší formou DMO a s demencí představuje výraznou zátěž pro osoby, které o jedince pečují. Hlavními problémy je nesoběstačnost jedinců s onemocněním, problémy v komunikaci a často nutnost pečovat o nemocného celých 24 hodin.

Samostudium / úkoly / kontrolní otázky pro studenty

Kontrolní otázky

Jak může člověk s poruchou osobnosti ovlivňovat svoje rodinné i pracovní vztahy?

Kdo z historických osobností vás napadl při čtení této kapitoly?

Pro kterou ze specifických poruch osobnosti je příznačný nedostatek sebekontroly?

Diskutujte o toleranci společnosti vůči jednotlivým poruchám osobnosti.

Jaký je rozdíl mezi hypotonickou a spastickou formou DMO?

Jaké jsou projevy syndromu ADHD?

Popište adekvátní možnosti pomoci pacientům s Alzheimerovou nemocí.

Vyhledejte na internetu, která onemocnění se aktuálně nejčastěji objevují?

Úkoly k zamyšlení

1. Dovedete uvést příklady známých osobností?

„V historii lidstva hráli takoví jedinci často významnou úlohu. Mnozí z nich získali velkou moc, vytvořili různá pozoruhodná díla, nová učení, nebo nějakou věc fanaticky hájili. Jsou mezi nimi podivíni, fanatici, reformátoři, vynálezci a géniové, ale i zločinci.“ Vondráček a Holub, in VÁGNEROVÁ, 1999, s. 254.

2. Jak vnímáte úvodní heslo centra pro pomoc lidem s Alzheimerovou nemocí?

„Demence není normální součást stárnutí! Demence je vždy důsledek chorobného procesu.“

Zdroj: <http://www.alzheimercentrum.cz/cz/alzheimerovo-onemocneni/> cit.dne 20. 5. 2015

Pro zájemce

HORNEY, K. Neurotická osobnost naší doby. Portál: Praha, 2007.

PRAŠKO, J. Úzkostné poruchy. Praha: Portál, 2005.

PRAŠKO, J., Poruchy osobnosti. Praha: Portál, 2003.

ROHR, H. P. Hraniční porucha osobnosti. Portál: Praha, 2003.

ROHR, H. P. Hysterie – strach z odmítnutí. Portál: Praha, 2010.

ROHR, H. P. Narcismus – vnitřní žalář. Praha: Portál, 2001.

UHLIGER, C., TSCHUI, M. Když někdo blízký pije. Praha: Portál, 2010.

WEISS, P. Sexuální deviace. Praha: Portál, 2004.

Seznam doporučené literatury

COHEN, R. M., Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi. Praha: Portál, 2002, s. 39–53, s. 140–151.

MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P., Psychiatrie. Praha: Portál, 2002, s.46-50; 80–84.

SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E. a kol., Psychopatologie a psychiatrie. Praha: Portál, 2006, s. 135–158, 255–267.

VÁGNEROVÁ, M., Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 1999, s. 78–97, s. 137–145, s. 254–265.

8 Vybrané duševní poruchy

Cíle kapitoly

V nabízeném rozsahu textu není možné podrobně popsat všechny projevy, etiopatogenezi onemocnění či možnosti léčby u tak pestrého spektra duševních poruch. Pro pracovníka v pomáhajících profesích je důležité mít alespoň základní orientaci o těchto onemocněních, aby lépe mohl pomáhat při začlenění jedinců do společnosti. Jejich diagnostikování a léčba náleží odborníkům – psychiatrům a psychologům.

Popisujeme základní charakteristiky onemocnění tak, jak jsou řazena podle mezinárodní klasifikace. Organické duševní poruchy (F00–F09) byly popsány v kapitole 7.

Po prostudování této kapitoly budete umět:

- orientovat se v základním dělení duševních poruch,
- uvědomit si rozdíly v etiopatogenezi jednotlivých onemocnění,
- představit si potíže lidí s duševním onemocněním na základě případových studií,
- přemýšlet o závažnosti onemocnění,
- uvažovat o hledání způsobů, jak navýšit možnosti sociální inkluze lidí s duševním onemocněním.

Klíčová slova

Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek, schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy, poruchy nálady (afektivní poruchy), neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem, somatoformní poruchy, behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory, poruchy osobnosti a chování u dospělých lidí, mentální retardace (lehká středně těžká, těžká a hluboká); poruchy psychického vývoje, poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci, nespecifikovaná duševní porucha

Obsah kapitoly

- Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek
- Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy
- Poruchy nálady (afektivní poruchy)
- Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy
- Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
- Poruchy osobnosti a chování u dospělých lidí
- Mentální retardace
- Poruchy psychického vývoje
- Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci
- Nespecifikovaná duševní porucha

8.1 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek F10–19

8.1.1 Charakteristika

Tento typ duševních poruch vzniká užíváním psychoaktivních látek vyvolávajících závislost. Dochází k poruše chování vědomí i nálady. Důsledky jsou závažné pro jedince se závislostí, ale i pro celou společnost. Lidé se závislostí mají tendenci zlehčovat problémy, zapírají, manipulují, lžou sami sobě i okolí, uvádějí podstatně menší množství užívaných dávek.

Připomínáme důležité pojmy:

- stav akutní intoxikace – přechodná fáze
- tolerance – nucení zvyšovat dávku látky, aby došlo ke stejným účinkům
- škodlivé užívání – poškození zdraví – u alkoholu několik let, u heroinu po týdnech
- fyzická a psychická závislost
- craving – bažení, touha po droze
- odvykací stav spojen s abstinenčními příznaky

8.1.2 Etiopatogeneze

Uplatňuje se alespoň jeden z faktorů, obvykle kombinace:

1. osobnost
2. prostředí,
3. droga,
4. životní situace.

Za rizikové pro vznik závislosti je považováno období adolescence, muži bývají více ohroženi než ženy.

8.1.3 Další členění

poruchy vyvolané používáním alkoholu F10

poruchy vyvolané používáním opioidů (kodein, morfin, heroin) F11,

poruchy vyvolané používáním kanabinoidů (marihuana, hašiš) F12,

poruchy vyvolané používáním sedativ nebo hypnotik F13,

poruchy vyvolané používáním kokainu F14,

poruchy vyvolané používáním stimulantů (kofein, extáze, pervitin) F15,

poruchy vyvolané používáním halucinogenů (LSD) F16,

poruchy vyvolané používáním tabáku F17,

poruchy vyvolané používáním organických rozpouštědel a jiných psychoaktivních látek F19.

8.1.4 Léčba

Detoxikační pobyt – zajištění základních životních funkcí.

Farmakologická léčba – antabus (zhoršuje snášenlivost alkoholu), anticravingové léky.

Psychoterapeutická léčba – krátká intervence, dovednosti potřebné pro život, KBT, rodinná terapie, terapeutická komunita, svépomocné organizace – např. AAA.

8.1.5 Případová studie

Z výpovědí mladých mužů, aktuálně na léčení závislosti v psychiatrické léčbě v Opavě: „Drogy kolem mne vytvořili ulitu, která mě bránila od dalších problémů. Alespoň jsem si to myslel. Když jsem si drogy dal, problémy nepřestaly být, ale já jsem na ně přestal myslet a hlavně jsem nic neřešil – hádky s manželkou, problémy s penězi, problémy v práci. ... Kdyby nenastal den, kdy kvůli drogám utekla manželka s dcerou, nevykašlal bych se na práci a nevyhodili by mě za „áčka“, zkrátka kdybych nebral drogy, byl bych z nešťastnějších lidí na světě.... Teď mám jen dluhy a nic víc. A z té velké spokojené rodiny zbyla jen smutná mamka a ségra. Zbytek by byl radši, kdyby mě nikdy nepotkal. A já se jim nedivím.“ Pavel, 26 let

„Drogy mi vzaly dětství a dospívání; vzaly mi rodinu, její důvěru; jsem dvakrát trestaný; drogy mi vzaly zdraví – od 16 let jsem pozitivní na hepatitidu typu C.“ Lukáš, 24 let

„Pervitin užívám už 14 let. Hned v začátku jsem přicházel o věci, které jsem vlastnil, musel jsem ukončit podnikání. Když jsem přišel o veškerý přísun financí, začal jsem okrádat rodinu a tehdy drogy začaly ovlivňovat i je. Následně jsem začal páchat trestnou činnost, brzy jsem šel do výkonu trestu za krádeže. Po návratu jsem stále bral drogy, kradl, ke všemu jsem je ještě začal vyrábět, což nemohlo vést k ničemu jinému než opět k výkonu trestu. Při psaní této úvahy jsem ve své čtvrté léčbě, jsem v ní čtyři měsíce a budu pokračovat ještě minimálně osm měsíců...“ Milan, 37 let

K zamyšlení (a varování)

Uvádíme některé z varovných příznaků závislosti na alkoholu:

Okénka (výpadky paměti na dobu v opilosti) s postupnou narůstající frekvencí.

Tajné pití.

Trvalé myšlenky na alkohol.

Překotné pití (nekontrolované).
Pocity viny.
Vyhýbání se narážkám na alkohol.
Změněná kontrola pití (neschopnost přerušit nebo zdržet se pití).
Vysvětlování důvodů k pití (tzv. racionalizace).
Nárůst sociálních obtíží.
Velikášské chování jako kompenzace strany sebeúcty.
Nápadné agresivní chování.
Trvalý pocit zkroušenosti.
Období abstinence vynucené tlakem okolí.
Změny způsobu pití (např. předcházení nepříjemnostem).
Ztráta dosavadních přátel nebo rozchod s nimi.
Změny zaměstnání.
Konání se točí kolem alkoholu (podřizování zájmů).
Ztráta zájmu o vnější svět.
Nápadné sebelitování.
Úvahy nebo realizace úniku z dosavadního prostředí.

8.2 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy F20–29

8.2.1 Charakteristika

Schizofrenie patří k nejtěžším duševním onemocněním (výskyt v populaci se odhaduje na 1 %), poněvadž postihuje všechny psychické funkce. Je to psychotické onemocnění. Akutní schizofrenie je popsána základními příznaky: poruchou myšlení a vnímání, poruchou afektivity a nepřiměřenou sociální izolací (autismus). Jsou přítomny bludy, halucinace (hlasy), dezorganizovaný slovní projev (slovní salát, zárazy) a dezorganizované chování (tzv. pozitivní symptomy). K negativním symptomům patří oploštělá emotivita, úpadek vůle, iniciativy a spontánnosti, ztráta zájmů a aktivity a výrazná sociální izolace. Projevy, chování, nemocného jsou nápadné, bizarní, nezapadají do reálného kontextu, pacienti nejsou schopni se zapojit do běžného života – selhávají v práci, ve vztazích.

8.2.2 Průběh onemocnění

Prodromálně (před nemocí) je možné sledovat projevy charakterizované jako přecitlivělost, introverze, malá samostatnost, obtíže v mezilidských vztazích, závislost versus zvýšená kritičnost na blízkých, nižší výkonnost.

Z hlediska prvotních příznaků schizofrenie dochází ke vzniku choroby mezi 16. a 25. rokem života. Nemoc se však může projevit i později, do 45. roku života a pouze 5 % schizofrenií začíná před patnáctým rokem života. Varianta, která se projevuje do deseti let věku, je označena za schizofrenii dětskou. Z hlediska pohlaví je poměr vyrovnaný, u mužů je nástup choroby dříve, méně spolupracují na léčbě, obvykle s větším sociálním dopadem nemoci.

Nástup onemocnění může být buď náhlý s bouřlivou atakou, překvapivě s lepší prognózou. (u 20 % dochází jen k jedné epizodě) (PFEIFER, in VÁGNEROVÁ, s. 183); nebo

plíživý, s pomalým nástupem. Pacient je neklidný, nejistý, ničemu nerozumí, protože vše je jinak. S rozvojem choroby dochází k patologickému, vysvětlení, proč tomu tak je. Pacient najednou chápe, proč je vše jiné, subjektivně nalézá jasné skryté významy všeho, co se kolem děje. Přichází úleva, avšak o to víc ztrácí nadhled a kontakt s realitou. U 60 % se onemocnění vrací a dochází k tzv. syndromu zlomené pružiny – vždy následuje zhoršení adaptačních potíží. Hovoří se potom o chronické schizofrenii.

V akutní fázi je obvykle nutná hospitalizace. Úspěšnost léčby závisí také na ochotě spolupracovat s lékařem, akceptací léčby a užíváním léků.

8.2.3 Etiopatogeneze

Příčina vzniku schizofrenie není spolehlivě známa, předpokládá se spolupůsobení více dědičných dispozic a provokujících podnětů:

- Genetické dispozice – vrozená, zděděná vloha k nemoci, změna ve struktuře i funkci mozku, narušení neurotransmiterových systémů, dispozice k větší zranitelnosti vnějšími vlivy, nižší frustrační tolerance. Podle současných teorií jsou vlastní příznaky schizofrenie způsobeny narušením určitých chemických pochodů v některých částech mozku.
- Psychosociální vlivy a vlivy prostředí – těžký průběh porodu, těžké onemocnění v průběhu raného dětství, špatná výživa a neutěšené rodinné podmínky během dětství, narození v pozdních zimních a časných jarních měsících.
- Poškození CNS, zneužívání drog a alkoholu,
- Vysoká míra stresu (biologická i psychosociální):
 - jednotlivé události – náhlá změna stereotypu, např: úmrtí někoho blízkého, studijní zátěž, ztráta zaměstnání, odmítnutí partnerem, rozvod, u žen těhotenství a porod.
 - déletrvající životní situace – např: období dospívání se všemi změnami. Některé z nich jsou vrozené, jiné jsou způsobeny vlivy prostředí, v němž nemocný žije, a událostmi, které během života prožívá.

8.2.4 Další dělení

- schizofrenie F20 – formy:
 - paranoidní (nejčastěji se vyskytující typ, paranoidní bludy s hlasy, jedinec se může cítit ohrožen jinými lidmi, silně žárlí nebo se cítí pronásledován atp.
 - hebefrenní (typická pro adolescenci, vzniká obvykle ve věku 15–25 let. Mezi její projevy patří zanedbávání povinností, časté používání vulgarismů, plané filozofování, hloupé vtipkování, suverenita a necitlivost ke korektivním reakcím, zvláštní myšlení a celkové podivínství, reakce nepřiměřené situaci)
 - katatonní (bizarní projevy především v motorice, buď produktivní forma nebo stuporózní s útlumem pohybů)

- simplexní (pasivita, apatie, sociální izolace, ztráta výkonnosti, nerespektování sociálních norem, demence)
- nediferencovaná
- schizotypní porucha F21 (na rozhraní mezi schizofrenií a specifickou poruchou osobnosti)
- schizoafektivní poruchy F25 (na rozhraní mezi schizofrenií a afektivní poruchou)

8.2.5 Případová studie

„23letý muž s diagnózou schizofrenie, který ubil z psychotické motivace svoji matku kladivem.

Nedokončil střední vzdělání – mechanik kolejových vozidel, nikdy vážněji tělesně nestonal, v rodinné anamnéze bez psychiatrické zátěže. Před hospitalizací kuřák, v 17 letech experimentoval s marihuanou, hašišem, před deliktem heroin, nyní bez závislosti. Alkohol minimálně. Ojedinelá sexuální zkušenost. Svobodný, bezdětný. Nyní nekouří.

Bizarnosti v chování lze vystopovat cca 3 roky zpět před deliktem – uzavíral se do sebe, opustil kamarády, přestal se mýt, holit, bizarně se oblékal, hlásil návrat k přírodě. Dle pacienta v té době též požíval návykové látky. Zpětně jsou vystopovány i pozitivní příznaky schizofrenie a to bludné přesvědčení o tom, že žije v keltské době, matka je jeho manželkou z té doby, pravděpodobně i sluchové halucinace – rozmlouval sám s někým v pokoji, z kterého vyházel nábytek a podlahu pokryl listím, zaznamenaná byla i verbální a brachiální agrese vůči rodičům.

Bezradnost rodičů vyústila v odvoz do PL, za pomoci obvodní lékařky, za účelem očkování proti tyfu. Dle pacienta byl v PL omezován, dostával léky, po kterých mu bylo špatně, kroutily se mu ruce, měl ozvěny, podařilo se mu utéct, doma na to nic neřekli, akorát chtěli, aby chodil k psychiatrovi. Tam byl jen párkrát, odstěhoval se od rodičů, platil si z úspor pokoj v hotelu, jen občas zašel domů a „zpovzdálí to sledoval“. Když si pak jednou přišel domů, pro nějaké oblečení, matka mu vyhrožovala, že když nebude chodit k lékaři, tak ho dá zavřít na psychiatrii. Říkal si, že než by se od nich zase nechal zavřít na psychiatrii, radši se nechá chytit policií. Zabití matky bylo jediné řešení, které ho napadlo, jako legální způsob obrany své osoby. Počítal s tím, že bude zavřený ve vězení, tak na 8 až 10 let, “tolik se dává za vraždu“, nebo že mu to uznají jako sebeobranu a pustí ho rovnou.

Cítil a cítí se naprosto v pořádku po psychické stránce, žádné nepříjemné pocity nemá ani nikdy neměl. Jeho paranoidita se zesystemizovala do bludu, zaměřeného vůči zdravotníkům a rodičům. V PL je pátým rokem.“

http://www.psychirickasekcecas.estranky.cz/clanky/odborne-texty_-schizofrenni-poruchy/pacienti-se-schizofrenii-v-ustavnim-ochrannem-leceni-narizenem-soudem, cit. 11.1.2010

K zapamatování:

„Dojde-li při vyšetřování deliktu k podezření, že u pachatele může jít o duševní poruchu, přizvou si kriminalisté znalce z oboru psychiatrie. Závěry znalců, v případě zjištění závažné duševní poruchy schizofrenního okruhu, bývají jednoznačné. V oblasti trestní jsou rozpoznávací i ovládací schopnosti zcela vymizelé a znalci doporučují psychiatrické léčení, převážně ústavní. V oblasti občanskoprávní jde o posuzování způsobilosti k právním úkonům. Znalec např. neváhá s návrhem na úplné zbavení způsobilosti k právním úkonům, a to v případě jasného rozpadu osobnosti, při zřejmém chronickém průběhu onemocnění, s bohatou psychotickou symptomatikou, kdy je jasné, že o majetkové i ostatní záležitosti pacienta se musí postarat opatrovník.“

http://www.psychirickasekcecas.estranky.cz/clanky/odborne-texty_-schizofrenni-poruchy/pacienti-se-schizofrenii-v-ustavnim-ochrannem-leceni-narizenem-soudem, cit.dne 11.1.2010

8.3 Poruchy nálady (afektivní poruchy) F30-39

8.3.1 Charakteristika

Základním příznakem již podle názvu jsou poruchy nálady, které nemají souvislost s reálnou životní situací jedince. Jsou to závažná psychická onemocnění, od běžně prožívaných změn nálad se liší svým trváním, příčinou a intenzitou. Ovlivňují život postiženého ve fyzické i psychické oblasti. Základní rozlišení patické nálady je na manickou a depresivní.

„Mánie je pestrý cirkusový stan postavený nad jámou deprese.“ (KALINA, 1987, in VÁGNEROVÁ, 1999, s. 196)

8.3.2 Etiopatogeneze

Přesná příčina vzniku deprese zatím není stále známá, předpokládá se, že vzniká kombinací působení různých biologických (biochemické procesy v mozku) a sociálních vlivů (ztráta některého z rodičů v dětství, stres, somatické onemocnění nebo závislosti).

Průměrný věk nemocných je 40 let (HÖSCHL, 1996). Bývají dědičně podmíněny. V případě maniodepresivního onemocnění se často objevuje nezvládnutí role dospělého, neúspěchy v profesní a partnerské rovině. Mezi další faktory patří změny v endokrinním systému, např. při klimakteriu, fyzickém onemocnění, vyčerpanosti, ale i ročním období (popisuje se vyšší riziko onemocnění na jaře a na podzim).

8.3.3 Další dělení

- manická fáze F30
- depresivní fáze F32
- bipolární afektivní porucha F31
- afektivní poruchy F34

- **manická fáze F30**

Manický syndrom je spojen s patologicky povznesenou náladou, přehnaným optimismem neadekvátně situaci, v kontrastu s napětím působí dobrá nálada křečovitě, provázeno hyperaktivitou. Nerealistické hodnocení aktuální situace se navyšuje s nepřiměřeně zvýšeným sebehodnocením. Zájem o ostatní lidi může působit až familiárně. Mohou se objevit i bludy, obvykle megalomanické.

- **depresivní fáze F32**

U deprese jedinec pociťuje často úzkost a osamocenosť, pocity bezcennosti nebo viny, má malou sebedůvěru, trpí únavou, má zhoršené soustředění, problémy s pamětí a pozorností. Je téměř neschopen smysluplné činnosti a okolí se jeví jako neschopný. Myšlení se zpomaluje, je apatický, působí chladně, je neschopen prožívat radost. Pocity nedostatečnosti a méněcennosti vedou k vyhybání se lidem. Při depresi je vysoké riziko sebevražedného jednání.

Depresi trpělo mnoho slavných lidí – např. Goethe, Andersen, Tolstoj, Churchill, Darwin, Hemingway, Warhol, Miloš Kopecký, Ota Pavel a mnoho dalších i současných známých osobností.

K zamyšlení

Jak častá je deprese? (článek MUDr. Tomáše Nováka z Psychiatrického centra v Praze):

Deprese je pravděpodobně nejčastější psychiatrická porucha. Ačkoli se v odborné literatuře udává různý výskyt, pravděpodobně nejspolehlivější představu o rozsahu problému lze získat z velikých epidemiologických studií. Z nich víme, že nejde v žádném případě o vzácnou poruchu. Riziko vzniku onemocnění, tedy celoživotní prevalence, je v Evropě 8,5 % z celkové populace. Nápadné jsou rozdíly ve výskytu mezi muži a ženami – u žen je to 10 %, u mužů okolo 6,5 %, obvykle se udává poměr ve výskytu 2:1 v neprospěch žen.

Poprvé se deprese nejčastěji vyskytuje ve zralé dospělosti – mezi 25.–35. rokem.

Určitá část pacientů může však prožít svoji depresivní epizodu již v dětství. V dětství má tento syndrom poněkud jiný obraz: může být spjat s poruchami chování, agresivitou a se somatickými stesky. Depresivní děti a adolescenti se nedokáží radovat, mají snížené sebevědomí, trpí pocity viny, osamocení a mají zoufalou náladu s myšlenkami na smrt. Jindy naopak mohou být agresivní, tiší, pomalí, unavení s řadou somatických stesků.

Epizody deprese trvají 3–12 měsíců (průměrně okolo 6 měsíců). U většiny lidí jde o onemocnění dlouhodobé, s frekvencí epizod přibližně jednou za 5 let, přičemž asi 20–25 % pacientů trpí chroničtějšími variantami.

Trend je jasný: v současné době je deprese podle Světové zdravotnické organizace na čtvrtém místě v žebříčku nejčastějších příčin nemoci, do roku 2020 se podle odhadů posune na místo první. Příčinou snad není vyšší míra výskytu deprese, jde spíše o důsledek faktu, že v potírání somatických onemocnění, které drží primát v nemoci nyní (například kardiovaskulárních onemocnění), jsme o dosti úspěšnější, než je tomu u deprese. Ostatně, ukazuje se, že deprese ve svém důsledku zneschopňuje postižené – sociálně i tělesně – mnohem více než řada jiných, běžně obávanějších onemocnění, jako je např. hypertenze, diabetes, kardiovaskulární onemocnění, revmatoidní artritida či chronická obstrukční choroba bronchopulmonální.“

NOVÁK, T. Jak častá je deprese? dostupné z <http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/deprese/jak-casto.html>, cit. dne 10.10.2010

Příznaky deprese:

- přetrvávající smutná, úzkostná nebo prázdňová nálada,
- pocity beznaděje, pesimismu nebo bezmoci,
- pocity viny, ztráty smyslu života,
- ztráta zájmu nebo radosti z koníčků a činností, které člověka těšily
- ztráta zájmu o sexuální život,
- nespavost, předčasné probouzení nebo naopak nadměrná ospalost a spavost během dne,
- ztráta chuti k jídlu, výrazné snížení váhy nebo naopak přibývání na váze,
- pokles energie – jednoduché činnosti vyžadují nadměrnou námahu,
- nemožnost přinutit se k činnosti,
- myšlenky na smrt nebo sebevraždu, pokusy o sebevraždu,
- neklid, nervozita, nadměrná podrážděnost, výbušnost,

- přechodné problémy s pamětí,
- těžké rozhodování,
- bolest hlavy, poruchy trávení, zácpa, další dlouhodobé bolesti,
- tíha na hrudi, ztuhlost tělesného svalstva,
- nadměrná ustaranost, časté pocity napětí.

- **bipolární afektivní porucha F31**

dříve nazývána maniodepresivní psychóza, střídají se depresivní a manické epizody, v depresi riziko sebevraždy

- **afektivní poruchy F34**

cyklotymie (trvalá náladová nestálost bez výrazných vnějších podnětů); dystymie (chronická subdeprese, s vážnými sociálními následky)

8.3.4 Případová studie

„Tereza, 42 letá žena, vychovala sama dvě děti, Davida, kterému je nyní 15 let a Lídu, které je 19 let. Otec opustil rodinu, když byly děti malé a Tereza se o ně musela starat sama. Přesto, že v době rozvodu byla v domácnosti, začala ihned pracovat jako sekretářka, aby zabezpečila chod domácnosti. Celých 12 let dokázala pracovat a být alespoň částečně spokojená. Poslední rok se však objevila smutná nálada a záchvaty pláče. Tereza sice dokáže chodit do práci i postarat se o domácnost a děti, nicméně se cítí nadměrně unavená. Podle Terezy se její aktivita doma a v práci v posledních dvou letech nezměnila. Dcera ukončila střední školu před rokem, našla si přítele a téměř vůbec není doma. Tereza začala stále častěji uvažovat nad tím, že její život už pomalu končí. Opakovaně si říkala, že je dobrá jenom na to, aby uklízela, vařila a starala se o svoje dorůstající děti. Jednou odejdou a ona ukončí svojí práci a může zemřít. Nikomu už nebude potřebná. Často se zamýšlí nad tím, jak zvládá svoji mateřskou roli. Obviňuje se ze svého manželského neúspěchu. Dříve uvažovala, zda by se neměla znovu vdát, aby dětem našla otce. Nyní přemýšlí nad tím, zda to přece jen neměla udělat. Teď už je na všechno pozdě. Také si v posledním roce dělá starosti o dceru. Lída uvažuje o tom, že se vdá. Tereze se její přítel nelíbí. Je nezralý. Tereza má obavy, že spolu nebudou šťastní. Také David se stal uzavřenějším. Tereze se zdá, že ji už nepotřebuje. Sama si k němu nedokáže najít cestu. Stále se zabývá myšlenkou, že i když Davidovi bude pomáhat na studiích, až dostuduje, stejně ji opustí. Tereza má neustále strach z tragedie. Uvažuje nad tím, co všechno udělala špatně v minulosti a nad tím, že v budoucnosti ji nic dobrého nečeká. Neustále se zabývá negativními myšlenkami, kritizuje sebe i své děti, že nemají dostatečný zájem o ní. Tento druh myšlenek je zvláště destruktivní. Spotřebuje hodně energie a je zdrojem mnohého

utrpení. Tereza však nepovažuje svoje myšlenky za zdroj deprese a úzkosti. Tyto myšlenky jsou podle ní jenom přirozeným odrazem její těžké životní situace.“

<http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/neuroza/pribeh-tereza.html>, cit. dne 20. 5.2015

8.4 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy F40–49

8.4.1 Charakteristika

„Neurózy jsou funkční psychické poruchy, které jsou ve významné míře psychosociálně podmíněné a projevují se specifickými, psychickými i somatickými příznaky. Nejsou spojeny s nálezem v oblasti nervového či jiného orgánového systému. Typickým znakem neuróz je narušení subjektivního prožívání, tj. změna emocí.“ VÁGNEROVÁ, 1999, s. 201

Chování lidí s neurotickou poruchou je neobvyklé, nedochází ale k narušení hodnocení reality a porušování základních sociálních norem. Jde vlastně o poruchu adaptace. Člověk si svoje chování uvědomuje, výrazně nepříjemně to prožívá, spojeno s úzkostí, strachem, dysforií a pocitem ohrožení.

Neurotické příznaky:

- psychické (především emoce – strach, úzkost, fobie, obsedantní myšlenky, poruchy sebe-hodnocení a hodnocení, porucha koncentrace, snadná unavitelnost, poruchy spánku aj.)
- somatické (třes, bolesti, poruchy zažívání a vyměšování aj.)

„Neurotické potíže signalizují fixaci a kumulaci nevyřešených zátěží.“(VÁGNEROVÁ, 1999, s. 204)

8.4.2 Etiopatogeneze

Vznik onemocnění je podobně jaké u jiných onemocnění provázán působením vrozených dispozic a psychosociálních vlivů. Dochází k chorobným reakcím na životní situace, jejichž intenzita nemusí být nutně vysoká, ale jedinec ji aktuálně hodnotí a prožívá jako nezvladatelnou (záleží to na aktuálním psychickém a somatickém stavu, včetně minulého a současného sociálního prostředí) a následně reaguje nepřiměřeným způsobem.

8.4.3 Další dělení

- fobické úzkostné poruchy F40

Je to iracionální, neadekvátní strach neodpovídající skutečnému podnětu nebo jen jeho představě, jedinec se mu snaží vyhýbat, strach se nedaří překonat (např. sociální fobie, agorafobie, specifické fobie)

- obsedantně kompulzivní porucha F42

Obsese jsou nutkavé myšlenky, které jedince obtěžují a kterým se jedinec často marně pokouší čelit. Jsou to nápady, představy nebo impulzy k nesmyslnému jednání (kompulze), které se opakovaně vtírají do mysli ve stereotypní podobě. Jsou vnímány jako vlastní, i když jsou mimovolní a často nepříjemné. Provází je nutkání stereotypně jednat podle pravidel, stávají se rituály (kontrola uzamčení domu, zhasnutí, vypnutí plynu, strach z nákazy řeší opakovaným umýváním apod.).

- reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení F43

akutní reakce na stres (traumatický zážitek nebo dlouhodobá zátěž), může být nepřiměřená nebo

posttraumatická stresová porucha (PTSD) představuje zpožděnou reakci na trauma (až do 4 týdnů po povodni, přepadení, dopravní nehodě apod.) s přetrvávající úzkostí a přecitlivělostí, opakovaným znovuprožíváním traumatu ve snech, depresi, emoční otupělostí, neschopnost k aktivitě, ztráta zájmu o budoucnost v rodině i v zaměstnání

- disociační (konverzní) poruchy F44

Tyto poruchy – dříve označované jako hysterické neurózy – jsou spojeny s disociačními projevy, kdy je narušena integrující forma vědomí, paměti nebo vlastní identity. Obranným mechanismem je v zátěži potlačený obsah vědomí (disociace), který ale následně vyúsťuje obvykle v somatickou poruchu (konverze) – (ztráta paměti, disociativní křeče, porucha citlivosti a další) Podle Vacka (1996, s. 320) nyní psychosomatické potíže vystřídaly dříve nazývané hysterie.

- somatoformní poruchy F45

Potíže odpovídají somatickému onemocnění (potíže zažívací, kožní, kardiovaskulární...) ovšem nemají organický podklad. Vyžadovaná opakovaná a všestranná lékařská vyšetření vykazující negativní nález přijímají s nedůvěrou. Koncentrují se na své potíže, vyjadřují tak potřebu pomoci a pozornosti s přáním být opečovávan. Hovoříme o somatizační poruše.

Pokud se objevuje nepřiměřená starost o naše zdraví, často spojeným se strachem ze smrti, mluvíme o hypochondrické poruše. Odhaduje se, že až 10 % pacientů v ambulancích lékařů jsou lidé s hypochondrickými obtížemi.

Pro zájemce

Doporučuji prostudovat text Osobnost neurotika v sociálním kontextu v knize VÁGNE-ROVÁ, M., 1999, s. 221–225.

Za velmi dobrou pro přiblížení této problematiky považuji knihu:

HORNEYOVÁ, K. Neurotická osobnost naší doby. Praha: Portál, 2007.

8.5 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory F50–59

8.5.1 Charakteristika

Jedná se již podle názvu o poruchy, které narušují běžné fyziologické funkce člověka. Moderní způsob života přináší nebývalý nárůst klientů s těmito obtížemi. V první řadě jsou to poruchy příjmu potravy, u žen převažující mentální anorexie a mentální bulimie, u mužů snaha zvětšit svalovou hmotu. Patří sem i poruchy spánku a sexuální dysfunkce. Poruchám se v tomto textu nevěnujeme podrobněji, je zde jen přehledný výčet.

8.5.2 Etiopatogeneze

Opět se objevuje kombinace biologických a psychosociálních faktorů, specificky pro jednotlivé poruchy.

8.5.3 Další dělení

- PPP (poruchy příjmu potravy) – mentální anorexie, mentální bulimie F50
- Poruchy spánku (dyssomie, parasomie) F51
- Sexuální dysfunkce (nedostatek nebo ztráta sexuální touhy) F52
- Duševní poruchy spojené s šestineděním F53
- Užívání látek nevyvolávajících závislost (analgetika, projímadla, antidepresiva) F55

Pro zájemce

1. Koho zajímá problematika poruch příjmu potravy, může nastudovat poměrně velkou řadu monografií. Např. lékař MUDr. Chvála a psychologka PhDr. Trapková spojili odborná a genderová hlediska a ukazují na propojenost psychosomatických obtíží, jejichž zmírnění nastiňují pomocí rodinné terapie. Vývojový systém rodiny vnímají jako sociální dělohu.

TRAPKOVÁ, L., CHVÁLA, V. Rodinná terapie psychosomatických poruch. Praha: Portál, 2005.

2. Exponenciální nárůst případů příjmu potravy v současnosti potvrzuje hypotézu o provázanosti nemocí s kulturně-spoločenským vývojem. Důraz na individualitu, výkon, po-vrchní komunikaci, nerealistická očekávání, image nebo kult mládí, krásy a štíhlosti vede k označení těchto poruch jako civilizační nemoci 21. stol.

NOVÁK, M. Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy. Praha: CERM, 2010.

8.6 Poruchy osobnosti a chování u dospělých lidí F60–69

8.6.1 Další dělení

- specifické poruchy osobnosti F60 – paranoidní, schizoidní, disociální, emočně nestabilní, histrionská, ankastická, anxiózní;
- návykové a impulzivní poruchy F63 – hráčství, pyrománie, kleptománie...;
- poruchy pohlavní identity F64 – transsexualismus, transvestitismus;
- poruchy pohlavní preference F65 – fetišismus, exhibicionismus, pedofilie, voyerství, sadomasochismus.

Podrobněji jsme se jim věnovali v tomto textu v samostatné kapitole Poruchy osobnosti.

8.7 Mentální retardace F70–79

8.7.1 Charakteristika

„Mentální retardace představuje globální poškození intelektových funkcí s narušeným vývojem celé osobnosti a společenskou nedostačivostí od počátku duševního vývoje jedince.“

ČEŠKOVÁ, in Svoboda a kol. Praha, 2006, s. 268.

Mentální retardace bývá spojena také s poruchami řeči. Obtíže v komunikaci prohlubují obraz potíží, mnohdy se také objevuje agrese vůči okolí nebo sobě – sebepoškozování.

8.7.2 Etiopatogeneze

Vzhledem k tomu, že o mentální retardaci hovoříme tehdy, jestliže se intelekt ještě nevyvinul, jsou příčiny mentální retardace buď prenatální (vrozené vady nebo chromozomové aberace, např. Downův syndrom) nebo perinatální (těžký porod, DMO), případně postnatální v raném věku (onemocnění nebo deprivace).

8.7.3 Další dělení

Rozlišujeme čtyři formy mentální retardace podle orientačního mentálního věku.

- **lehká F70** – mentální věk odpovídá 9–12 rokům, zvládají základní školu praktickou, emočně a sociálně nezralí, obvykle však sociálně soběstační;
- **středně těžká F71**, mentální věk odpovídá 6–9 rokům, absolvují základní školu speciální, schopni se o sebe postarat pouze s dohledem;
- **těžká F72**, mentální věk odpovídá 3–6 rokům, obvykle také s poruchou motoriky, nedostatečná verbální komunikace, nutný dohled a pomoc v péči;

- **hluboká F73**; mentální věk méně jak 3 roky, často imobilita, inkontinence, potřeba stálé péče.

Dítě s mentální retardací je obvykle velmi obtížně akceptovatelná skutečnost pro rodiče. Je potřeba, aby kromě speciálně pedagogické péče pro dítě, byla věnována péče i rodičům a sourozencům, včetně pomoci v zajišťování sociálních výhod a zapojení do sociálních sítí tak, aby jejich rodiny nezůstaly izolovány.

8.8 Poruchy psychického vývoje F80–89

8.8.1 Charakteristika

Poruchy psychického vývoje začínají vždy v kojeneckém věku nebo v dětství. Dochází k postižení nebo opoždění ve vývoji funkcí, které mají silný vztah k biologickému zrání centrální nervové soustavy. Ve většině případů je postižena řeč, prostorová orientace a motorická koordinace. Postupně se projevy především vývojových poruch řeči a učení většinou mírní s přibývajícím věkem dítěte. U autismu však obvykle dochází k opoždění vývoje jedince.

8.8.2 Etiopatogeneze

I zde platí to, co pro etiopatogenezi duševních onemocnění obecně – multifaktoriální podmíněnost. U některých poruch se zdůrazňuje podíl genetických faktorů. V této skupině poruch jsou však stále velké rezervy v odhalování příčin – u mnohých zůstává nadále popis: etiologie nejasná...

8.8.3 Další dělení

- vývojové poruchy řeči a jazyky F80 – např. porucha artikulace, porucha expresivní, nebo receptivní, afázie
- specifické vývojové poruchy učení F81 – dyslexie, dysortografie, dysgrafie, dyskalkulie...
- pervazivní („všeprolínající“) vývojové poruchy F84 – autismus (popisována triáda obtíží: narušena sociální interakce, komunikace a opakují se stereotypní chování), bývá změněna kognitivní, emoční, motorická, řečová i sociální úroveň dítěte, Rettův syndrom, Aspergerův syndrom

PRO ZÁJEMCE 12

V současnosti existuje bohatá nabídka knih o autismu, jeho projevech a možnostech pomoci. Doporučujeme:

THOROVÁ, K. Poruchy autistického spektra – dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha. Praha: Portál, 2006.

CLERQ, H. Mami, je to člověk nebo zvíře? Praha: Portál, 2007.

8.9 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci F90–98

8.9.1 Charakteristika

Této skupině jsou společné potíže, které se objevují v chování dětí nebo adolescentů. Poruchy chování spočívají především v neschopnosti dodržovat běžné sociální normy, které adekvátně k věku je jedinec schopen pochopit, ale není schopen je respektovat a nepocituje při jejich porušení vinu.

8.9.2 Etiopatogeneze

Především u skupiny poruch chování se kumulují rizikové faktory. V rovině osobnosti to mohou být genetické dispozice pro disharmonický vývoj a agresivní způsob reagování, případně porucha CNS. Pokud se navíc přidají negativní sociální vlivy (nefunkční rodina, anomální osobnost rodiče, rodiče delikventi, nevhodný životní styl a životní prostředí – sídliště, tolerující prostředí k poruchám...), je rozvoj poruchy pravděpodobný.

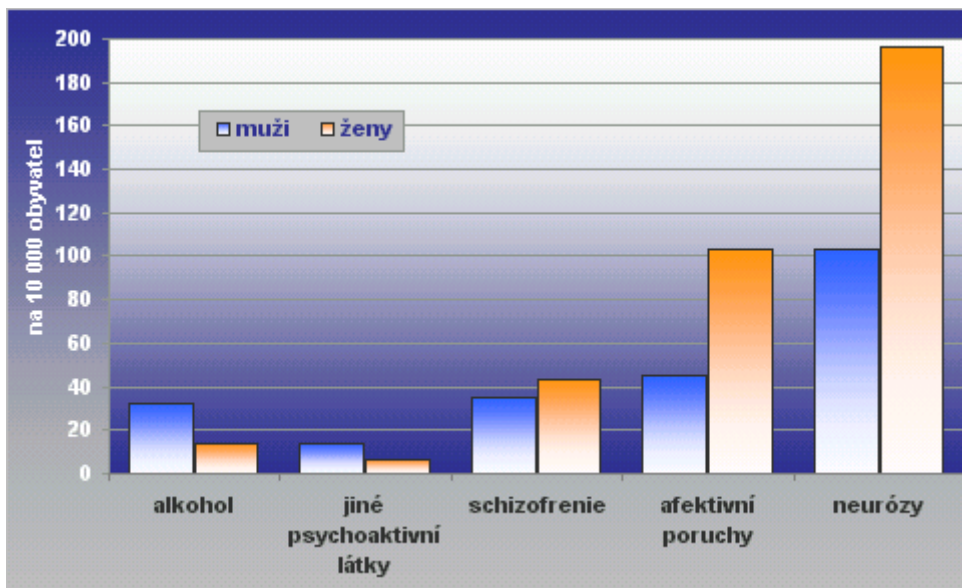
8.9.3 Další dělení:

- hyperkinetické poruchy F90 – nadměrná pohybová aktivita, neschopnost se soustředit a vydržet u jedné činnosti, impulzivní jednání, neschopnost posoudit důsledky svého jednání, emoční labilita, snížená frustrační tolerance
- poruchy chování F91 – nadměrné praní se nebo týrání, krutost k lidem nebo ke zvířatům, závažné destrukce majetku, zakládání požárů, krádeže, opakované lži, záškoláctví a útěky z domova, neobvykle časté a silné výbuchy vzteku a nekázeň, vše trvalejšího rázu alespoň 6 měsíců, může být ve vztahu k rodině nebo vrstevníkům nebo společně s vrstevníky vůči společnosti.

Vágnerová je rozlišuje na neagresivní (lži, útěky a toulání, krádeže) a agresivní (šikana, vandalismus a přepadávání.)

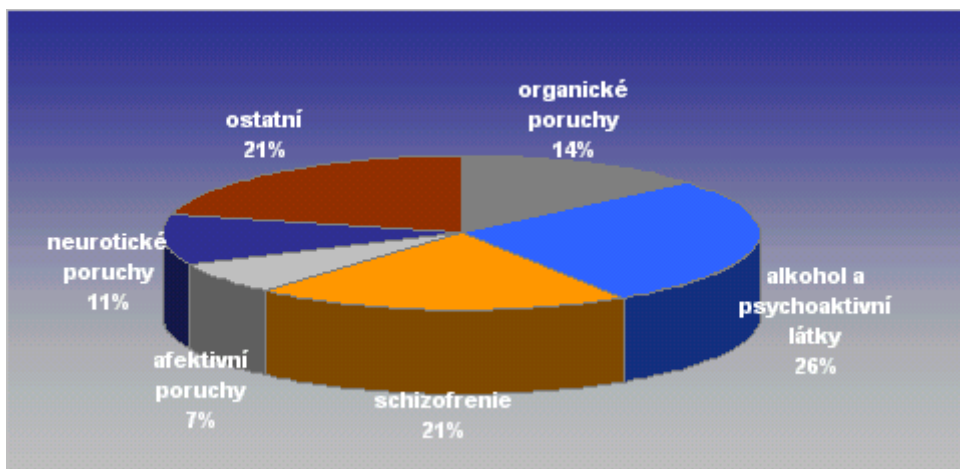
- emoční poruchy F93 – separační úzkost, sociální úzkostná porucha, porucha sourozenecké rivality – strach z odloučení, nezvládnutí nových sociálních situací, školní fobie, vše v abnormálním trvání nebo intenzitě
- porucha sociálních vztahů F94 – elektivní mutismus
- tikové poruchy F95

Počet pacientů léčených v psychiatrických ambulancích podle pohlaví, 2002, ÚZIS ČR



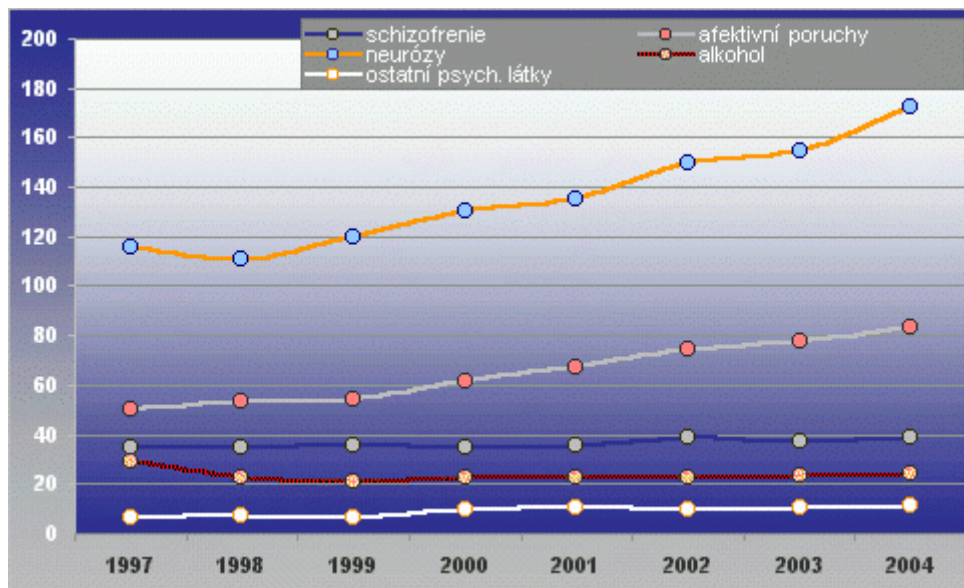
Zdroj: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=164

Struktura hospitalizovaných v psychiatrických léčebnách podle skupin diagnóz, 2003



Zdroj: : http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=164

Vývoj počtu pacientů léčených v psychiatrických ambulancích (na 10 000 osob)



Zdroj: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=164

Shrnutí základních pojmů

Tato rozsáhlá kapitola přiblížila jednotlivé skupiny duševních onemocnění podle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Kromě obecné charakteristiky jsme se věnovali i etiopatogenezi nemocí. Zároveň jsme vybrali dílčí subkategorie, aby student získal základní orientaci ve spleti duševních onemocnění a především přemýšlel o tom, jak z pozice sociálního pracovníka může lidem s duševním onemocněním pomoci. K tomu mohou pomoci i vybrané kazuistiky.

Pochopení dané problematiky je možné pouze s porozuměním mnoha cizím slovům (kterým nerozumíte, najděte je ve slovníku), ale i s pochopením širších souvislostí získaných další četbou odborných textů, beletrie i diskusí.

Samostudium / úkoly / kontrolní otázky pro studenty

Kontrolní otázky

Vypište si neznámé pojmy a vytvořte si jednoduchý slovníček.

2. Srovnajte schizofrenii s neurotickou poruchou.
3. Najděte na internetových stránkách kazuistiky k jednotlivým onemocněním.
4. Která onemocnění jsou typická pro dětství a adolescenci?

Úkoly k zamyšlení

- 1) Lidé mají tendenci přisuzovat největší podíl nárůstu depresivního onemocnění většímu vystavení stresových faktorů a hektickému životnímu tempu, ekonomické krizi, menším sociál-ním jistotám, nárokům na samostatnost, existenčním potížím. Na celkovém nárůstu depresivní problematiky se podílí prodloužení střední délky života a častá incidence depresivního onemocnění právě ve vyšších věkových skupinách. Zároveň podle některých odborníků není vzestup depresí dán tím, že by se zhoršovaly životní podmínky, respektive zvyšovala míra stresu, ale jen se nám ji nedaří tak dobře léčit. Nárůst v počtu lidí léčených na depresi dále svědčí o posunu v postoji k této nejčastější duševní poruše. Změna trendu pravděpodobně nepramení z nárůstu depresí, spíše souvisí s destigmatizací duševních poruch obecně a nemocní nemají strach začít se na depresi léčit.

Hledejte rozdílné názory, diskutujte o tom, jak to vnímáte vy, sdělte si vlastní zkušenosti, jak depresi předcházet.

- 2) Na základě průzkumu mezi 15–30letými mladými lidmi – návštěvníky tanečních akcí, kteří nenaplnují znaky problémového uživatele drog – užilo kanabis alespoň jednou v životě 92 % respondentů, extázi 67 % respondentů, LSD 45 %, pervitin 41 % a kokain 20 % respondentů (SVOBODA a kol., 2006, s. 170).

Jak tuto informaci hodnotíte vy? Jaká je vaše zkušenost? Najděte nejnovější data z průzkumů a diskutujte o vývoji v této oblasti.

Pro zájemce

V současné době je možné najít mnoho podkladů k hlubšímu pochopení různých duševních onemocnění, jak při studiu odborných monografií, tak v beletristickém zpracování nebo i na základě výpovědí lidí s onemocněním.

Např. na této adrese <http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/> můžete najít mnoho podnětů, názory odborníků i příběhy lidí s duševním onemocněním.

Seznam doporučené literatury

COHEN, R.M., Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi. Praha: Portál, 2002, s. 39–188.

MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P., Psychiatrie. Praha: Portál, 2002, s. 51–96.

SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E. a kol., Psychopatologie a psychiatrie. Praha: Portál, 2006, s. 159–272.

VÁGNEROVÁ, M., Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 1999, s. 146–237.

9 Péče o osoby s duševním onemocněním

Cíle kapitoly

Závěrečná kapitola tohoto učebního textu se vrací k obecným informacím, zaměřuje se na průběh onemocnění. Zároveň přibližujeme vybrané možnosti péče o člověka s duševním onemocněním. Tato témata tvoří obsáhlý komplex informací, proto jsou fakta o péči biologickou, psychologickou a sociální uváděna v základním přehledu.

Na závěr připomínáme dopady, které vyplývají z duševních onemocnění pro všechny zúčastněné – jedince, rodinu, i celou společnost.

Po prostudování této kapitoly budete umět:

- porozumět průběhu onemocnění,
- vědět, jak se chovat při setkání s člověkem s duševním onemocněním,
- rozlišit možnosti léčeného postupu v psychiatrii,

uvědomit si všestranné dopady duševních onemocnění

Klíčová slova

Průběh onemocnění, relaps, remise, recidiva, prognóza, první pomoc v psychiatrii, psychiatrická terapie, dopady duševních onemocnění – zdravotní, sociální a ekonomické, nácvik sociálních dovedností

Obsah kapitoly

- Průběh onemocnění (relaps, remise, recidiva) a prognóza
- První pomoc v psychiatrii
- Psychiatrická terapie
- Dopady
- Nácvik sociálních dovedností

9.1 Průběh onemocnění

Člověk s duševním onemocněním vykazuje určité způsoby myšlení, prožívání a chování, které se výrazně odlišují od zvyků a způsobů společnosti, ve které žije. Často jeho projevy nekorespondují s realitou, jsou výrazně subjektivní, nepřiléhavé. I vzhledem k tomu bývá závažně narušen jeho kontakt s vnějším světem a jeho obnova může být obtížná. Je ohrožena dosavadní kvalita jeho života a obvykle významně narušeny i mezilidské vztahy v nejbližším okolí.

Průběh duševního onemocnění včetně prognózy je nemožné jednotně popsat. Dochází k výraznému odlišení podle konkrétního onemocnění u konkrétního jedince od akutní formy potíží k trvalejším až chronickým.

V případě schizofrenie se často hovoří o celoživotním onemocnění. V úvodu onemocnění se hovoří o prodromální fázi, kdy se objevují nespecifické symptomy (podrážděnost, nespavost, úzkost). Při rozvinutí nemoci dochází k relapsům, což jsou opakované psychotické epizody s psychotickými příznaky. Asi třetina nemocných se po několika atakách dokáže vrátit k běžnému životu. U další třetiny se střídají epizody schizofrenie s neúplnými remisemi (zmírnění pozitivních příznaků, trvají negativní příznaky a kognitivní deficit), kdy jen v omezené míře jsou schopni se zapojit do běžného života. Poslední třetina je vůči léčbě rezistentní, od-kázaná na pomoc (SVOBODA a kol, 2006).

9.2 První pomoc

Představa o projevech člověka s duševním onemocněním je mnohdy zkreslená a nevíme, jak k němu přistupovat a jak s ním komunikovat. Samozřejmě záleží na konkrétní situaci (poruše vědomí, záchvatu, agresi, neklidu).

Obvykle však duševní poruchy nevedou k narušení rozumových schopností. Neměli bychom s nemocným zacházet jako s dítětem nebo nesvéprávným jedincem. Pamatujeme, že většinou je přechod mezi duševním zdravím a nemocí plynulý.

Laická první pomoc

„Již staří psychiatři vycházeli ze skutečnosti, že v každém člověku je určitý terapeutický potenciál, který se může uplatnit právě v první pomoci postiženému. Často postačí rozhovor, vyslechnutí stížností, útrap a strastí. Lidé z nejbližšího okolí jsou obvykle obeznámeni s problémy postiženého a jejich pomoc při řešení při řešení životní krize může zabránit jejímu dalšímu rozvoji.

Význam laické pomoci je i v dalším sledování postiženého zvláště tehdy, když nedošlo k psychiatrické hospitalizaci a ustanovení dalšího dohledu nad postiženým. ... Postižený se uklidní a další terapie probíhá bez větších problémů. O každém takovém zásahu by měl však laik informovat ošetřujícího lékaře.“ (DUŠEK, K, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. 2005, s. 124–125)

Pro každé duševní onemocnění je možné popsat konkrétní pokyny, které najdete v odborných publikacích.

Obecně můžeme kombinovat doporučení, jak se chovat:

- Být klidný, nedělat náhlé pohyby.
- Být čitelný a důvěryhodný, nedělat si písemné poznámky, pozorovat klienta.
- Respektovat potřeby člověka, nezahlcovat vlastními popudy, pozornost věnovat problémům klienta, nezacházet s ním jako s dítětem.

- Vyjadřovat se pomalu a srozumitelně, vystupovat s autoritou, ale také s empatií a respektem vůči klientovi.
- Vytvořit bezpečnou atmosféru (pro sebe i klienta – vyloučit věci použitelné jako zbraň, zavřít okna, nenechat klíč v zámku, obracet se k němu čelem, zároveň však mimo jeho dosah, optimálně nezůstávat s ním sám).
- V žádném případě nežertovat.
- Nezpochybnovat to, co nevím nebo nemůžu vědět („nevím, zda máte čip v hlavě“).
- Slovně zrcadlit jeho stav („vidím, že jste rozčilený/á“).
- Být empatický („musí to pro vás být obtížné“).
- Nevyvracet ani nepotvrzovat bludy („věřím vám, že to tak cítíte, že si to myslíte“).
- V případě známek ohrožování sebe nebo okolí na zdraví či na životě zavolat policii nebo RZP.

Většina agresivity pacienta pramení z jeho úzkosti, kdy se cítí ohrožen. (DUŠEK, K, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. 2005)

9.3 Psychiatrická terapie

Psychiatrickou terapií se rozumí léčba lidí s duševním onemocněním. Potíže této skupiny nestačí řešit pouze na úrovni péče zdravotnické, ale je třeba je kombinovat a zajistit pro ně další komplementární sociální služby. Pro kvalitní péči je nutné tyto systémy zkoordinovat.

Problémy osob s duševním onemocněním jsou heterogenní a každá diagnóza si vyžaduje specifický přístup, navíc mnohdy se objevují dvě diagnózy současně. Potíže spojuje většinou potřeba dlouhodobé péče a podpory v začlenění do společnosti a zmírnění stigmatizace – obavy z ní často brání vyhledání psychiatrické péče, zejména v lehčích formách onemocnění. Neléčené potíže ovšem vedou ke zvyšování dopadů na jedince i společnost.

Léčba se obvykle dělí na:

- biologickou (psychofarmakoterapie, elektrokonvulzivní léčbu, transkraniální magnetickou stimulaci, léčbu světlem a spánkovou deprivaci)
- psychoterapeutickou – individuální nebo skupinová (samotná nestačí)
- sociální

Vzhledem k obsáhlosti tématu uvádíme pouze některé způsoby léčby.

9.3.1 Psychofarmakoterapie

Psychofarmaka působí na tlumení symptomů především ovlivněním neurotransmiterů. Je-jich rozvoj (jeden z bodů obratu v péči) probíhá od 50. let minulého století a umožnily výrazný posun v léčbě duševních onemocnění. Uvádíme pouze nejdůležitější skupiny z rozsáhlé nabídky neustále se vyvíjejících psychofarmak:

Antipsychotika (dříve neuroleptika) – snižují nadbytek dopaminu, použití především u schizofrenie. Klasická antipsychotika s vedlejšími účinky (svalový neklid, kolísání tlaku apod.), fungují především proti pozitivním psychotickým příznakům (halucinacím, bludům). Koncem 80. let vyvinuta první antipsychotika 2. generace, která mají podstatně méně vedlejších účinků, kromě dopaminu ovlivňují i serotonin a působí i na negativní psychotické příznaky (apatie, poruchy vůle apod.).

Antidepressiva – ovlivnění patické nálady a tenze.

Anxiolytika – proti stresu, fobiím, agresivitě, umožňují uvolnění a relaxaci, spánek.

Psychostimulancia – aktivující účinky, nebezpečí návyku.

Často je nutná kombinace léků. Negativním průvodcem užívání bývají psychické i somatické nežádoucí účinky psychofarmak.

9.3.2 Elektrokonvulzivní terapie (ECT)

V případě neúčinnosti léků nebo nutnosti podávání příliš vysokých dávek se přistupuje k ECT, tato terapie je považována i dnes za velmi účinnou metodu. Shrneme základní principy.

Léčba „elektrošoky“, tj. vyvolání umělého epileptického záchvatu (bez vzniku epilepsie)

Probíhá v totální narkóze, je přítomen anesteziolog

Nejčastěji série 8–12 šoků s několikadenním odstupem, obvykle 2–3krát týdně.

Důsledky: jen krátkodobé vedlejší účinky (dočasná dezorientace, bolesti hlavy), dlouhodobě paměť a intelekt nejsou narušeny. V těhotenství je jako vhodná alternativa k lékům, které mohou poškodit plod.

9.3.3 Psychoterapie

je léčba pomocí psychologických prostředků, verbálních i neverbálních ve formě individuální, rodinné nebo skupinové. Klient je veden ke korektivní emoční zkušenosti, dochází ke změnám v prožívání, postoji k sobě, ostatním okolí a ke změnám v chování. U duševních nemocí sama o sobě nestačí, kombinuje se s farmakoterapií a socioterapií. Provádí ji odborník, který má speciální vzdělání, obvykle dlouhodobý terapeutický výcvik. Je spojena s vysokou potřebou bezpečí a trpělivosti ze strany terapeutů a snahou o návrat do reality, sdílení pocitů, důraz na mezilidský kontakt s nemocným. Může být spojena s edukací, řešením sociálních problémů, nácvikem myšlení a paměti.

Stručný přehled vybraných směrů podle Svobody a kol. (2006):

- behaviorální terapie – vytváření sociálních kompetencí, u závislostí, u fobií
- kognitivní terapie – spojena s behaviorální nese název KBT, u depresí
- interpersonální terapie – zaměřeny na změny v mezilidských vztazích
- psychoanalytické metody – u neuróz, využití přenosu

- hlubinněpsychologicky orientovaná psychoterapie (psychodrama, katatymně imaginativní adlerovská, jungovská)
- humanistická terapie (rogersovská, gestaltterapie, logoterapie)
- relaxační metody – autogenní trénink, hypnoterapie

Rozdíly jednotlivých psychoterapeutických směrů podle Kratochvíla (1997):

- míra direktivnosti
- zaměření symptomatické nebo kauzální
- míra změny osobnosti (podpůrná nebo rekonstrukční)míra náhledu (náhledová nebo akční)
- kvalita interpersonální dynamiky (individuální, párová, rodinná, skupinová terapie)

Psychoterapie je rozsáhlý obor, který je zde zastoupen pouze základními informacemi pro základní přehled.

PRO ZÁJEMCE 14

Pro podrobné prozkoumání psychoterapeutických směrů a metod se nabízí bohatá literatura, např.:

CASEMORE, R. Na osobu zaměřená psychoterapie. Praha: Portál, 2008.

DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ–PROCHÁZKOVÁ, A. Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada, 2010.

FREEDMAN, J; COMBS, G. Narativní psychoterapie. Praha: Portál, 2009.

GELDARD, K.; GELDARD, D. Dětská psychoterapie a poradenství. Praha: Portál, 2008.

KRATOCHVÍL, S. Základy psychoterapie. Praha: Portál, 2006.

LANGMEIER, J.; BALCAR, K.; ŠPITZ, J. Dětská psychoterapie. Praha: Portál, 2000.

LEUNER, H. Katatymně imaginativní psychoterapie. Praha: Portál, 2007.

MACKEWN, J. Gestalt psychoterapie. Praha: Portál, 2004.

VYBÍRAL, Z.; ROUBAL, J (eds.) Současná psychoterapie. Praha: Portál, 2010.

YALOM, I. Existenciální psychoterapie. Praha: Portál, 2006.

YALOM, I. Chvála psychoterapie. Praha: Portál, 2003.

YALOM, I. Teorie a praxe skupinové psychoterapie. Praha: Portál, 2005.

ZEIG, J. K.Umění psychoterapie. Praha: Portál, 2005

9.3.4 Sociální terapie a rehabilitace

Tato terapie si stanoví za cíl zmírnit dopad jednak negativních sociálních faktorů na klienta a zároveň přispět k co nejmenšímu dopadu projevů duševního onemocnění na jeho sociální začlenění a zamezit sociální izolaci. Rehabilitace se zaměřuje na obnovení jeho pracovní výkonnosti a rovněž na schopnost zvládat nároky v běžném životě ve všech jeho sociálních ro-lích.

Možnost ponechat klienty v jejich původním prostředí je základním požadavkem. Je potřeba, aby jim byla umožněna samostatnost, vlastní iniciativa, vlastní strukturování náplně dne a hospodaření s časem. Posilují se sociální kontakty, hledají se způsoby, jak zvyšovat sebedůvěru klientů ve své schopnosti a sebeúctu. Je nacvičováno řešení konkrétních problémových situací a sebeprosazování přiměřeným způsobem. Snahou je zachovat kvalitu života – samozřejmě rozsah určuje duševní onemocnění a jeho vývoj.

Nabízené možnosti začínají již v rámci hospitalizace a pokračují po propuštění, např.:

Edukace – vzdělávání v oblasti své nemoci jako prevence návratu (relapsu) onemocnění

Sociální rehabilitace – návrat do společenského života, pracovní terapie, volnočasové aktivity, hipoterapie, canisterapie, arteterapie muzikoterapie, biblioterapie, sport

Nácvik narušených intelektových a paměťových funkcí (kognitivní trénink)

Vždy je dobré zapojit i ostatní členy rodiny (rodinná podpůrná terapie) a rozvíjet podpůrné sociální sítě.

Sociální terapii a rehabilitaci poskytují:

- denní docházková sanatoria, denní stacionáře
- socioterapeutické kluby
- svépomocné skupiny nemocných a jejich příbuzných
- chráněné dílny
- arteterapeutické ateliéry
- pracovní tréninková centra
- chráněná místa
- chráněné bydlení

Zmírnit stigma také pomáhá udržování důstojnosti klienta. Již při hospitalizaci pečovat o zevnějšek, hygienu, vhodný oděv, vhodné oslovování.

9.3.5 Nácvik sociálních dovedností

Uvádíme příklad pomoci, aby byli klienti schopni se začlenit do sociálního života:

- „zlepšení dovedností správného vnímání a porozumění,
- zlepšení vyjadřování pozitivních emocí,
- zlepšení dovedností získat pozitivní posílení a vést pozitivní výměnu,
- zahájení, udržování a ukončení krátkého rozhovoru,
- snížení vyjadřování negativních emocí,
- komunikace s rodinou, při nákupu, na úřadech, se sousedy,
- sebeprosazení se přiměřeným způsobem,
- osvojení dovedností najít kompromisy,
- nácvik řešení konkrétních problémů,
- vytvoření podpůrné sociální sítě.“ (SVOBODA, 2006, s. 200)

9.4 Dopady duševních nemocí

Vzhledem k širokému spektru dopadů, které se kombinují, a zároveň narůstajícímu počtu lidí s duševním onemocněním nabývá úkol zlepšit duševní zdraví lidí na celém světě na významu. Uvádíme informace ze Zelené knihy, vydané v Bruselu dne 14. 10. 2005, kde právě bylo hlavním tématem hledání strategií, jak zlepšit duševní zdraví obyvatel v Evropské unii.

9.4.1 Zdravotní dopady

- Odhaduje se, že v časovém rozmezí jednoho roku trpí alespoň jednou z duševních poruch 27 % dospělých Evropanů. Nejrozšířenějšími duševními poruchami jsou v EU úzkostné stavy a deprese. Očekává se, že do roku 2020 se deprese stane nejvýznamnější příčinou ne-mocí v rozvinutém světě. Duševní nemoci ovlivňují jednoho ze 4 občanů a při nedostatečně kvalitním systému péče mohou vést k sebevraždám. V EU v současnosti každoročně umírá v důsledku sebevražd zhruba 58 000 občanů, což je vyšší počet než v případě úmrtí v důsledku dopravních nehod, vražd nebo HIV/AIDS.

9.4.2 Sociální dopady

- Duševní nemoci způsobují značné ztráty hospodářskému, sociálnímu, vzdělávacímu jakož i trestnímu a soudnímu systému a jsou pro tyto systémy zátěž (nezaměstnanost, bezdomovectví, sebevražednost, stigmatizace, společenská izolace, marginalizace)
- Stále existuje stigmatizace, diskriminace, nedodržování lid. práv a nerespektování důstojnosti duševně nemocných a osob s duševním onemocněním

9.4.3 Ekonomické dopady

- Náklady související s duševními nemocemi činí zhruba 3–4 % HDP, a to především v důsledku ztráty produktivity. Duševní onemocnění jsou nejčastější příčinou odchodu do předčasného a invalidního důchodu
- Kvalitní služby a péče může snížit dobu hospitalizace a uvolnit hospodářské zdroje na jiné účely.

(Zelená kniha, Komise evropských společenství, Brusel 14. 10. 2005)

Všechny dopady se kombinují a mají vliv na jedince a jeho nejbližší okolí, ale i celkově na prosperitu, solidaritu a sociální spravedlnost.

Další pracovní zařazení

V souvislosti s duševním onemocněním je často potřeba řešit právní problémy a důležité jsou pro klienta možnosti dalšího pracovního zařazení. Lékař posuzuje délku pracovní neschopnosti, případně invaliditu a způsobilost k výkonu zaměstnání.

Shrnutí základních pojmů

Poslední kapitola je zaměřena na přiblížení možností péče o klienta s duševním onemocněním. Ukazujeme, jak můžeme pomoci těmto lidem již v prvních náznacích potíží. Stejně tak popisujeme možnosti léčby v rovině psychofarmak, psychoterapie a sociální terapie.

Upozorňujeme na široké dopady, které nejsou omezeny pouze na jedince a jeho nejbližší okolí, ale i na celou společnost. V souvislosti s nárůstem počtu lidí s duševním onemocněním v kombinaci s ekonomickými problémy ve zdravotnictví jsou tato zjištění alarmující.

Samostudium / úkoly / kontrolní otázky pro studenty

Kontrolní otázky

1. Zkontrolujte si, zda rozumíte všem pojmům – relaps, remise, recidiva, progredující, chronický.
2. Diskutujte o možnostech terapie u jednotlivých poruch a chorob.
3. Jaké se vedou diskuse ohledně použití omezovacích prostředků?
4. Najděte na internetu nabídku některé z možností sociální terapie ve vašem okolí.

Korespondenční úkol 2

Najděte ve svém okolí zařízení, které pomáhá lidem s duševním onemocněním a popište jeho nabídku. Pokuste se vyjádřit svůj názor na různé aspekty, např.

- aktuálnost a přehlednost webových stránek;
- jak snadné bylo vyhledání daného zařízení vhodnost umístění a dosažitelnost pro klienty;
- nabídka služeb a cokoliv, co považujete za důležité pro člověka s duševním onemocněním.
-

Korespondenční úkol 3

Napište esej v rozsahu 4-5 stran, ve kterém se odrazí jednak vaše znalosti načerpané během studia, budou se kombinovat s vašimi zkušenostmi a prokážete sledování této tematiky v aktuálních diskusích zaměřených na péči o lidi s duševním onemocněním.

Úkoly k zamyšlení

1. Prostudujte, jaké jsou aktuální podmínky a aktuálně platné zákony v této oblasti:

Zák. č. 2/1993 Sb. – Listina základních práv a svobod

Zák. č. 372/2011 Sb. – o zdravotních službách

Zák. č. 89/2012 Sb. – Občanský zákoník

Zák. č. 292/2013 Sb. - o zvláštních řízeních soudních

2. Jaké vidíte možnosti zlepšení současného stavu péče o lidi s duševním onemocněním?

„Ze zdravotnických statistik vyplývá, že lidí s psychickými poruchami přibývá a za posledních deset let se jejich počet zvýšil o 30 %. Nejhůře je na tom Moravskoslezský kraj, a pokud jde o schizofreniky, v roce 2012 se jich na severu země léčily tisíce. Jen na ambulantní léčbu docházelo 6158 nemocných, v některém z lůžkových zařízení kraje se léčilo 2685 osob. „Psychiatrická péče je u nás na okraji zájmu nejen Ministerstva zdravotnictví, ale také zdravotnických pojišťoven a dalších odpovědných orgánů. V rámci hodnocení Evropské unie jsme pak na samém chvostu za Bulharskem a Albánií. Situace je o to horší, že zatímco psychicky nemocných lidí přibývá, v zařízeních pro duševně nemocné se radikálně snižovaly počty lůžek. Z původních 1015 lůžek nám jich zůstalo jen 846. Ta jsou permanentně obsazená. Redukce lůžek se samozřejmě odrazila na omezení počtu personálu. V současnosti máme minimální povolené počty lékařů i zdravotních sester.“ (primář Drábek Psychiatrické nemocnice v Opavě).

Novou psychiatrickou koncepci péče o duševní zdraví vypracovala Česká psychiatrická společnost. Do praxe by měla být zavedena během příštích šesti let a počítá nejen s modernizací léčby, ale také s posílením komunikačních služeb pro pacienty žijící v domácím

prostředí. V návrhu jsou rovněž firmy, které by jezdily za pacienty. V tuto chvíli prochází oponentním řízením tzv. *akreditační standard center duševního zdraví*.“

Článek *Psychiatrická péče je na okraji zájmu. Ministerstvo chce změny*. Mladá Fronta DNES z 20. 10. 2014, s. B1-B2.

Pro zájemce

Hospitalizace bez souhlasu:

Převzít člověka do PL bez jeho souhlasu (hospitalizovaná osoba není schopna informovaný souhlas vyjádřit nebo jej odmítne) lze jen ze zákonem stanoveného důvodu a za podmínky, že nezbytnou péči o jeho osobu nelze zajistit mírnějším a méně omezujícím opatřením.

Možné důvody hospitalizace bez souhlasu:

- pacientovi bylo pravomocným rozhodnutím soudu uloženo ochranné léčení formou lůžkové péče;
- je nařízena izolace, karanténa nebo léčení podle zákona o ochraně veřejného zdraví;
- je podle trestního řádu nebo zákona o zvláštních řízeních soudních nařízeno vyšetření zdravotního stavu (žádné další soudní řízení o přípustnosti držení se již nevede)
- ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy nebo touto poruchou trpí nebo je pod vlivem návykové látky, pokud hrozbu pro pacienta nebo jeho okolí nelze odvrátit jinak;
- jeho zdravotní stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče a zároveň neumožňuje, aby vyslovil souhlas (je vedeno ZŘS – detenční řízení)

Seznam doporučené literatury

DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., *První pomoc v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 10–22, 51–55, 124–127, 152–160.

MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P., *Psychiatrie*. Praha: Portál, 2002, s. 100–111.

SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E. a kol., *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, 2006, s. 57–79.

VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999, s. 47–56.

Závěr

Prošli jsme společně několik témat, která jsme shrnuli pod název Psychopatologie. Tato opora si klade za cíl přiblížit studentům oboru veřejná správa a sociální politika problematiku, která je velmi široká a pro studenty náročná. Mnohý text se může zdát značně podrobným. Vycházím však ze zkušenosti, že témata jsou studentům blízká, mají o ně zájem a velmi snaživě vypracovávají témata pro cvičení. Tato opora shrnuje poznatky ze základní literatury. Sama o sobě se může zdát být zároveň neúplná. Jak bylo v textu opakovaně zdůrazněno, bez dalšího studia, bez propojení se zážitky z uměleckého zpracování osudů lidí s duševním onemocněním a bez empatie s nemocnými se nemůže vytvořit plastický obraz psychopatologické problematiky.

Cílem sociální pracovníků je pomoci lidem s duševním onemocněním v co největší míře se integrovat do společnosti a prožívat život v co možná nejvyšší kvalitě. Věřím, že studiem získají studenti nejenom znalosti, ale i soucítění s lidmi s duševním onemocněním a budou motivováni k pomoci klientům při respektování etických principů.

Seznam literatury

- [1] COHEN, R.M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál, 2002.
- [2] DANZER, G. *Psychosomatika*. Praha: Portál, 2001.
- [3] DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada 2010.
- [4] DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *První pomoc v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, 2005.
- [5] HORT, V. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2000.
- [6] JUŘÍČKOVÁ, V. *Psychopatologie*. El. opora. Opava: Slezská univerzita, 2011.
- [7] KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. Praha: Portál, 2003.
- [8] KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2006.
- [9] LANGMEIER, J. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2000.
- [10] MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008.
- [11] MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. Praha: Portál, 2002.

- [12] Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. Praha: 1993. Dostupné na <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
- [13] PRAŠKO, J. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2003.
- [14] RABOCH, V., ZVOLSKÝ, P. a kol. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001.
- [15] SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E. a kol. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, 2006.
- [16] VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999.
- [17] VYBÍRAL, Z., ROUBAL, J. (eds.) *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, 2010.
- [18] YALOM, I. *Chvála psychoterapie: otevřený dopis nové generaci psychoterapeutů a jejich pacientů*. Praha: Portál, 2003.
- [19] YALOM, Irvin D. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Praha: Portál, 2007.
- [20] ZEIG, J. K. *Umění psychoterapie*. Praha: Portál, 2005.
- [21] *Zelená kniha, Komise evropských společenství, Brusel 14.10.2005)*