

Miroslav Orel a kolektiv

PSYCHOPATOLOGIE

NAUKA O NEMOCECH DUŠE

**2., AKTUALIZOVANÉ
A DOPLNĚNÉ VYDÁNÍ**

- příčiny duševních nemocí a stavů
- vyšetření v psychiatrii
- formy, diagnostika a klasifikace psychických nemocí
- možnosti léčby a prevence

KATALOGIZACE V KNIZE - NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Orel, Miroslav

Psychopatologie : nauka o nemocech duše / Miroslav Orel a kolektiv.
-- 2., aktualizované a doplněné vydání. -- Praha : Grada, 2016

České a anglické resumé

ISBN 978-80-247-5516-8 (brožováno)

159.97 * 616.89 * 616.89-008

- psychopatologie
- psychiatrie
- duševní poruchy
- mezinárodní klasifikace nemocí
- učebnice vysokých škol
- kolektivní monografie

616.89 - Psychiatrie [14]

37.016 - Učební osnovy. Vyučovací předměty. Učebnice [22]

Miroslav Orel a kolektiv

PSYCHOPATOLOGIE

NAUKA O NEMOCÍCH DUŠE

2., AKTUALIZOVANÉ
A DOPLNĚNÉ VYDÁNÍ

- příčiny duševních nemocí a stavů
- vyšetření v psychiatrii
- formy, diagnostika a klasifikace psychických nemocí
- možnosti léčby a prevence

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

*Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována ani šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.*

MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D., a kolektiv

PSYCHOPATOLOGIE

Nauka o nemocech duše

2., aktualizované a doplněné vydání

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: +420 234 264 401, fax: +420 234 264 400
www.grada.cz
jako svou 6360. publikaci

Spoluautoři:

PaedDr. Mgr. Věra Facová
prof. MUDr. Miroslav Heřman, Ph.D.
doc. MUDr. Pavel Koranda, Ph.D.
Jiří Šimonek, prom. psych.
Mgr. Lenka Volková Palátová

Recenzent prvního vydání:

prof. MUDr. Ján Pavlov Praško, CSc.

Ilustrace Miroslav Orel, použita kresba Leonarda da Vinci

Odpovědný redaktor PhDr. Milan Pokorný
Sazba a zlom Milan Vokál
Návrh a zpracování obálky Antonín Plicka
Počet stran 344
Vydání 2., 2016

Vytiskla Tiskárna v Ráji, s.r.o., Pardubice

© Grada Publishing, a.s., 2016
Cover Photo © allphoto.cz

ISBN 978-80-271-9424-7 (ePub)
ISBN 978-80-271-9423-0 (pdf)
ISBN 978-80-247-5516-8 (print)

Obsah

Předmluva k druhému vydání	11
Krátké slovo na úvod	13
1. Úvod do psychopatologie	15
<i>Miroslav Orel, Věra Facová</i>	
1.1 Normy a duševní zdraví a duševní nemoc	15
<i>Miroslav Orel</i>	
1.2 Postavení psychiatrie a psychologie v péči o duševně nemocné	17
<i>Miroslav Orel, Věra Facová</i>	
1.3 Čtyři historické mezníky psychiatrie	20
<i>Miroslav Orel</i>	
1.4 Náplň obecné a speciální psychopatologie a psychiatrie	21
<i>Miroslav Orel</i>	
1.5 Organizace psychiatrické péče u nás	22
<i>Miroslav Orel</i>	
2. Příčiny vzniku duševních poruch	27
<i>Miroslav Orel, Věra Facová, Jiří Šimonek</i>	
2.1 Biologické aspekty vzniku duševních poruch	29
<i>Miroslav Orel</i>	
2.1.1 Mozek, mozkové procesy a psychopatologie	32
2.2 Psychosociální aspekty vzniku duševních poruch	49
<i>Miroslav Orel, Věra Facová</i>	
2.3 Celostní přístup v psychiatrii (a nejen tam)	52
<i>Miroslav Orel, Jiří Šimonek</i>	
3. Vyšetření v psychiatrii	60
<i>Miroslav Orel, Věra Facová, Miroslav Heřman, Pavel Koranda</i>	
3.1 Základní psychiatrické vyšetření	60
<i>Miroslav Orel</i>	
3.2 Psychologické vyšetření v psychiatrii	64
<i>Miroslav Orel, Věra Facová</i>	
3.3 Pomocné vyšetřovací metody v psychiatrii	65
<i>Miroslav Orel, Miroslav Heřman, Pavel Koranda</i>	

3.3.1	<i>Laboratorní vyšetření</i>	65
	<i>Miroslav Orel</i>	
3.3.2	<i>Vybrané zobrazovací a funkční vyšetřovací metody</i>	67
	<i>Miroslav Orel, Miroslav Heřman, Pavel Koranda</i>	
4.	Hraniční zóna psychiatrie	81
	<i>Miroslav Orel, Věra Facová</i>	
4.1	Krize	81
4.2	Truchlení jako přirozený proces	84
4.3	Agrese v nás a z nás	88
4.3.1	<i>Agrese biologická – společná lidem i zvířatům</i>	90
4.3.2	<i>Agrese výhradně lidská</i>	92
4.3.3	<i>Agrese zaměřená proti sobě</i>	93
4.3.4	<i>Nástin příčin a řešení agrese</i>	97
4.4	Stresory a stres	99
5.	Vybrané kapitoly obecné psychopatologie a psychiatrie	101
	<i>Miroslav Orel, Věra Facová</i>	
5.1	Vědomí, orientace a jejich poruchy	101
5.1.1	<i>Kvantitativní poruchy vědomí</i>	102
5.1.2	<i>Kvalitativní poruchy vědomí</i>	103
5.2	Orientace a její poruchy	104
5.3	Vnímání a jeho poruchy	105
5.3.1	<i>Iluze</i>	106
5.3.2	<i>Halucinace</i>	106
5.3.3	<i>Poruchy gnostické</i>	108
5.3.4	<i>Poruchy psychosenzorické</i>	109
5.4	Emoce a jejich poruchy	109
5.4.1	<i>Poruchy afektu</i>	111
5.4.2	<i>Poruchy nálady</i>	111
5.4.3	<i>Poruchy vyšších citů</i>	113
5.4.4	<i>Poruchy struktury emocí</i>	114
5.5	Pozornost a její poruchy	115
5.6	Paměť a její poruchy	116
5.6.1	<i>Kvantitativní poruchy paměti</i>	117
5.6.2	<i>Kvalitativní poruchy paměti</i>	118
5.7	Myšlení a jeho poruchy	119
5.7.1	<i>Poruchy formy myšlení</i>	119
5.7.2	<i>Poruchy obsahu myšlení</i>	120
5.8	Intelligence, intelekt a jeho poruchy	122

5.9	Pudy a jejich poruchy	124
5.10	Vůle, jednání a jejich poruchy	126
5.11	Osobnost a její poruchy	129
6.	Soudobé klasifikační systémy duševních poruch	131
	<i>Miroslav Orel</i>	
6.1	Přehled kategorií Mezinárodní klasifikace nemocí	132
6.2	Víceosý systém Mezinárodní klasifikace nemocí	137
7.	Vybrané kapitoly speciální psychiatrie	139
	<i>Miroslav Orel, Věra Facová, Jiří Šimonek</i>	
7.1	Organické a symptomatické duševní poruchy	139
	<i>Miroslav Orel</i>	
7.1.1	<i>Demence</i>	140
7.1.2	<i>Deliria</i>	148
7.1.3	<i>Další kategorie organických a symptomatických duševních poruch</i>	149
7.2	Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek	158
	<i>Miroslav Orel, Jiří Šimonek</i>	
7.2.1	<i>Psychoaktivní látky a mozkový systém odměny</i>	159
	<i>Miroslav Orel</i>	
7.2.2	<i>Akutní intoxikace</i>	162
	<i>Miroslav Orel</i>	
7.2.3	<i>Škodlivé užívání</i>	162
	<i>Miroslav Orel</i>	
7.2.4	<i>Syndrom závislosti</i>	163
	<i>Miroslav Orel</i>	
7.2.5	<i>Odvýkací stav</i>	168
	<i>Miroslav Orel</i>	
7.2.6	<i>Psychotické stavy ve spojitosti s psychoaktivními látkami</i>	169
	<i>Miroslav Orel</i>	
7.2.7	<i>Poruchy paměti a další duševní poruchy ve spojitosti s psychoaktivními látkami</i>	169
	<i>Miroslav Orel</i>	
7.3	Schizofrenie, schizoformní poruchy a poruchy s bludy	170
7.3.1	<i>Schizofrenie</i>	170
7.3.2	<i>Akutní a přechodné psychotické poruchy</i>	173
7.3.3	<i>Schizoafektivní porucha</i>	174
7.3.4	<i>Poruchy s bludy</i>	175
7.3.5	<i>Schizotypní porucha a jiné psychotické poruchy</i>	176

7.4	Poruchy nálady (afektivní poruchy)	177
	<i>Miroslav Orel</i>	
7.4.1	<i>Mánie</i>	177
7.4.2	<i>Deprese</i>	180
7.4.3	<i>Mánie i deprese – bipolární průběh</i>	184
7.4.4	<i>Trvalé poruchy nálady</i>	185
7.4.5	<i>Jiné a neurčené poruchy nálad</i>	187
7.5	Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy	187
	<i>Miroslav Orel</i>	
7.5.1	<i>Úzkostné poruchy</i>	188
7.5.2	<i>Obsedantně-kompulzivní porucha</i>	192
7.5.3	<i>Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení</i>	193
7.5.4	<i>Disociativní poruchy</i>	196
7.5.5	<i>Somatoformní poruchy</i>	198
7.5.6	<i>Jiné neurotické poruchy</i>	201
7.6	Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory	202
	<i>Miroslav Orel</i>	
7.6.1	<i>Poruchy příjmu potravy</i>	202
7.6.2	<i>Neorganické poruchy spánku</i>	204
7.6.3	<i>Další kategorie behaviorálních syndromů spojených s fyziologickými poruchami a somatickými faktory</i>	208
7.7	Poruchy osobnosti a chování dospělých	209
	<i>Miroslav Orel</i>	
7.7.1	<i>Specifické a smíšené poruchy osobnosti</i>	210
7.7.2	<i>Ostatní poruchy a změny osobnosti</i>	215
7.7.3	<i>Nutkové a impulzivní poruchy</i>	216
7.8	Poruchy v oblasti sexuality	218
	<i>Miroslav Orel</i>	
7.8.1	<i>Sexuální dysfunkce</i>	222
7.8.2	<i>Poruchy pohlavní identity</i>	226
7.8.3	<i>Poruchy sexuální preference</i>	228
7.8.4	<i>Poruchy pohlavního vývoje a orientace</i>	231
7.9	Mentální retardace	232
	<i>Miroslav Orel, Věra Facová</i>	
7.10	Dětská a dorostová psychiatrie	234
	<i>Miroslav Orel, Věra Facová</i>	
7.10.1	<i>Poruchy psychického vývoje</i>	235
7.10.2	<i>Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci</i>	240

7.11 Simulace, disimulace a předstíraná porucha <i>Miroslav Orel</i>	246
8. Terapie v psychiatrii <i>Miroslav Orel, Věra Facová</i>	248
8.1 Biologicky zaměřená léčba v psychiatrii <i>Miroslav Orel</i>	249
8.1.1 Farmakologická léčba současnosti	250
8.1.2 Nefarmakologická biologická léčba	282
8.2 Psychologicky zaměřené působení v psychiatrii <i>Miroslav Orel, Věra Facová</i>	290
8.2.1 Psychoterapie	290
8.3 Celostní léčba v psychiatrii <i>Miroslav Orel</i>	298
8.4 Rehabilitace v psychiatrii <i>Miroslav Orel</i>	299
9. Další vybrané aspekty psychopatologie	300
9.1 Prevence v psychiatrii <i>Miroslav Orel, Věra Facová</i>	300
9.2 Vybrané právní aspekty psychiatrie <i>Miroslav Orel, Lenka Volková Palátová</i>	301
9.2.1 Fyzické omezení osobní svobody a volnosti pohybu v psychiatrii	305
9.2.2 Pracovní neschopnost a invalidita v psychiatrii	306
9.3 Psychiatrie a jiné obory medicíny <i>Miroslav Orel</i>	308
9.4 Vybrané urgentní stavy vyžadující okamžité řešení <i>Miroslav Orel</i>	309
Krátké slovo na závěr	311
Shrnutí	312
Summary	313
Seznam zkratek	314
Literatura	319
Rejstřík	329

*S vírou v hlubokou smyslnost a nezměrnou hodnotu života každého člověka
věnujeme tuto knihu všem,
kteří objevují, přijímají, naplňují a žijí
své vlastní poslání na této zemi.*

M. O.

Předmluva k druhému vydání

Od prvního vydání *Psychopatologie* v roce 2012 uplynulo několik let. Svět se nezastavil, vývoj vesmíru, poznání i společnosti pokračuje. I cesta lidského rodu běží dál – rodíme se, rosteme, měníme se, stárneme a umíráme...

Jelikož od doby prvního vydání se rozšířily naše poznatky a vědomosti, vyvstaly nové potřeby, došlo mimo jiné ke změnám občanského zákoníku (a tedy oblasti práva), byla vydána pátá verze Diagnostického a statistického manuálu (DSM-5) a v čase jsme se dostali k otázce dotisku naší publikace, rozhodli jsme se pro aktualizaci, úpravu a doplnění původního textu. Základní myšlenka a cíl – přinést **stručný a přehledný souhrn** poznatků rozsáhlého oboru – zůstává.

V novém vydání **najdete aktualizace a změny**: celý text byl revidován, místy doplněn a zpřesněn se snahou zkvalitnit nové vydání tak, aby obsahovalo adekvátní a relevantní údaje (vyplývající ze zmíněných změn legislativy, klasifikace duševních poruch apod.). Rozšířili jsme některé poznatky neurověd týkající se stavby a fungování mozku – hmotného nositele *psyche*. Byla doplněna kapitola Hraniční zóna psychiatrie, kde se stručně věnujeme stavům, které za určitých okolností mohou být zcela funkční a poruchovými se stávají jen někdy. Zařadili jsme sem téma krize, truchlení, agrese a stresové reakce, což jsou problémy, se kterými se v pomáhajících profesích setkáváme vcelku běžně. Přibylo rovněž rámcové seznámení s modelem genderu. Domníváme se, že zařazení nových částí je namístě a přispěje k rozšíření obzoru našich čtenářů nebo k zopakování již dříve známého. Upraveno bylo i základní členění a struktura knihy.

Jelikož nechceme příliš rozšiřovat celkový rozsah textu, abychom zůstali v mantinelech „přehledného kompendia oboru“, naopak jsme zredukovali pasáže věnované exkurzím do historie – nově uvádíme pouze stručný přehled čtyř významných mezníků, které si podle našeho názoru plně zaslouží alespoň krátkou zmínku.

Doufáme, že i druhé vydání přispěje k načerpání, zpřehlednění, usazení či osvěžení poznatků a znalostí o široké oblasti duševních poruch. Stejně jako v prvním vydání se i zde snažíme o přístupnou, přehlednou a čtivou formu, která respektuje poznatky současné vědy, ale nezahlučuje příliš detailními podrobnostmi. Kéž se naše snaha stane skutečností pro každého, kdo do knihy nahlédne – ať už z nutnosti splnění studijních povinností, potřeby profese nebo zájmu.

*Setrvačnost našich životů
(která nás nutí zůstat na naší pouti navzdory příležitostem, jenž nám vesmír dává),
ale také možnosti, které žijeme,
a ty, které nikdy neotevřeme,
jsou součástí naší smysluplné existence.
Existence, ve které každá lidská bytost je nekonečně hodnotná, nekonečně hluboká
a nekonečně velká.
V určitém okamžiku člověk narazí na hranice svého světa. A ve stejném okamžiku dostává
příležitost uvidět opravdovou velikost a velkolepost lidské duše a musí – může – má
se rozhodnout, zda zůstane, nebo půjde dál.
Obě cesty (v nekonečné podobě svých forem) jsou pouze na něm –
a v tom je možná ukryta svoboda volby a vůle člověka.
Enjoy that moment.*

Miroslav Orel
V Olomouci 5. září 2016

Krátké slovo na úvod

Na samém začátku si odpovíme na otázku: Proč vznikla právě tato kniha, co obsahuje a komu je určena?

Naším záměrem bylo vytvořit stručnou a přehlednou publikaci, která **přibližuje duševní poruchy** čtivou formou, aniž by opomíjela poznatky současné vědy. Chceme čtenáře seznámit s náplní obecné a speciální psychopatologie a s medicínským oborem psychiatrie, které se zabývají jak diagnostikou a klasifikací, tak terapií, prevencí a výzkumem psychických chorob, poruch a stavů. Snad tak rozptýlíme mnohdy přítomný magický, nejasný a tajemný háv, který v povědomí mnoha lidí obory zabývající se psychickými poruchami stále ještě mohou mít.

Kniha je určena především studentům psychologie, sociologie, pedagogiky, ošetrovatelství a dalších nemedicínských oborů apod. jako **přehledný zdroj základních poznatků o duševních chorobách a stavech**. Může posloužit také absolventům daných oborů nebo zájemcům z řad veřejnosti. I „nepsychiatri“ (zejména v roli pečujících o nemocné) by měli mít základní informace jak o psychopatologických stavech, tak o jejich diagnostice a možné léčbě.

Jsme si vědomi, že naše publikace je určena především pro „nelékaře“. Považujeme nicméně za vhodné uvést také lékařské **diagnostické a léčebné metody** (včetně zástupců konkrétních medikamentů). I psycholog, sociální pracovník, speciální pedagog, fyzioterapeut, ošetrovatel a kdokoli jiný, kdo se s duševními poruchami setkává, by o nich měl mít představu a měl by se orientovat v jejich základech (ačkoli nebude přímo diagnostikovat nebo předepisovat léky).

Vzhledem k neustálému přibývání nových poznatků ve všech vědních oborech (psychiatrii nevyjímaje) text zdaleka neobsahuje vše. Navíc je naším cílem přinést skutečně **přehledný základ**. Vycházíme přitom z platného soudobého klasifikačního systému MKN-10 (10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí).

Naším cílem je poskytnout **stručný rámcový materiál** o oboru, který prodělal a stále prodělává velké změny, a oslovit cílovou skupinu, pro kterou jsou informace o psychopatologii a psychiatrii potřebné, ale dostupné publikace jsou možná až příliš podrobné a obsáhlé.

Přejeme všem čtenářům, aby je studium duševních poruch zaujalo a poskytlo jim rámec poznatků, který někteří získat chtějí a někteří přímo musí (např. v rámci svého studia nebo profese).

A přejeme vám také, abyste se na člověka a jeho duši naučili dívat způsobem, který vás obohatí.

*Neboť lidská duše sama o sobě je vesmírem.
Stejně – jako vesmír – i ona skrývá nejedno tajemství,
a leckdy se zdráhá je odkrýt...
I ona obsahuje život i smrt,
žhnoucí slunce i ledové končiny,
barvy, světla i temnotu,
plnost i nicotu,
chaos i systém a řád...
A možná – stejně jako vesmír –
je pro nás lidská duše nekonečná...*

M. O.

1. Úvod do psychopatologie

Miroslav Orel, Věra Facová

V úvodní části naší knihy se stručně podíváme na otázku norem a normality v oblasti duševního zdraví a nemoci. Abychom mohli říci, co je „poruchové“, musíme si totiž nejprve uvědomit, co je „normální“. Dále vymezíme roli, náplň a organizaci psychiatrické péče současnosti. Krátká exkurze do minulosti nám bez zabíhání do podrobností přiblíží nejvýznamnější mezníky psychiatrie.

1.1 Normy a duševní zdraví a duševní nemoc

Miroslav Orel

Definovat zdraví a nemoc není zcela snadný úkol. Podle jedné ze starších definic Světové zdravotnické organizace (World Health Organisation – WHO) je zdraví stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli jen prostá nepřítomnost nemoci nebo vady.

Pozornému čtenáři neujde určitá „přísnost“ uvedené definice WHO – podíváme-li se na lidi kolem nás pohledem definice WHO, kolik skutečně zdravých lidí najdeme?

Pokud hovoříme o psychice, může být snaha o vymezení duševního zdraví ještě obtížnější. **Hranice** mezi zdravím a patologií je v případě duševních poruch na některých místech zcela **jednoznačná**, ale na jiných je naopak velmi **neostrá**. Vznikají tak poměrně rozsáhlé „hraniční oblasti“.

Prožívá-li člověk smutek, kde přesně určíme hranici mezi přirozenou reakcí psychiky na ztrátu a kde se již jedná o projev poruchy? Bude v počtu proplakaných dní, v intenzitě pláče nebo v míře omezení běžného fungování?

Z tohoto důvodu se v medicíně jako takové (včetně psychiatrie) nikdy nevyhneme diagnostickým systémům a klasifikacím, které vymezují a do určité míry tak usnadňují rozlišení „zdravého“ a „nemocného“. Zdravé pak můžeme sledovat, podporovat a posilovat, ale není třeba zahájit léčbu. Pokud se dostaneme do oblasti „nemocných“, je nejen nutné sledovat vývoj stavu, ale především je třeba zjistit, oč jde (diagnostikovat), a poté zahájit léčbu. Cíl je jasný: především pomoci potřebnému a zlepšit jeho stav.

Nauka o psychických nemocech, chorobných a hraničních duševních jevech se nazývá **psychopatologie**.

Pojem psychopatologie (*psychopathologia*) je odvozen z řeckých slov *psýchē* – duše a *pathologia* – nauka o chorobách.

Psychopatologie se zabývá **diagnostikou, klasifikací i výzkumem** jak duševních poruch a chorob, tak hraničních stavů. Psychopatologie tudíž proniká řadou teoretických i praktických oborů: medicíny (zde např. do psychiatrie, neurologie), psychologie, sociologie, speciální pedagogiky apod.

Podobně znějící pojem **patopsychologie** (*pathopsychologia*, z řeckých slov *pathos* – choroba, *psýchē* – duše a *logos* – nauka) je podle *Psychologického slovníku* (Hartl, Hartlová, 2000) obor, který je zaměřen na psychologii nemocných – zabývá se psychickým životem tělesně nemocného člověka a dále psychologickými činiteli, které ovlivňují průběh a léčbu choroby.

Jedním z úkolů psychopatologie je v psychické oblasti definovat patologické (tedy chorobné a nezdravé) z pohledu vědecké odbornosti. Vymezuje tak „nenormální“ – ve smyslu chorobné, patologické oproti „normálnímu“ – tedy zdravému, fyziologickému.

Nezapomínejme ale, že obecný pojem **NORMA** (pravidlo, předpis, kritérium, standard) je třeba vnímat v celé šíři, zdaleka totiž není jedna jediná norma:

- **Norma statistická** je definována „většinou“ populace. Vychází tedy z toho, „jak to má většina“.
- **Norma skupinová** je užší, vymezená pojetím určité skupiny (kterou může být rodina, společenství lidí, pracovní kolektiv, školní třída, obyvatelé domu, části města či vesnice, ale i sekta, gang apod.).
- **Norma sociokulturní** a také **norma etická** a **morální** podléhají vlivu doby, kultury a společnosti a poměrně výrazně se mění v jednotlivých epochách, místech a časech. (Pro příklad v tomto kontextu zvažte například pohled na „normalitu“ homosexuálních vztahů a svazků na různých místech naší planety a v různých epochách.)
- **Norma věková** odpovídá průměru v určité věkové kategorii. Vycházíme přitom z poznatků vývojové psychologie – co je „normální“ v určitém věku se stává poruchovým ve věku jiném (např. užívat jednoduchá slova „mama“, „tata“, „papa“ bude v určitém věku přirozené, „normální“ a možná i roztomilé, v jiném věku však nepřirozené, „nenormální“ a nápadné).
- **Norma mediální** je vymezována v médiích (v tisku, televizi, internetu apod.). Její vliv je nesmírně silný.
- **Norma právní** je ustanovena v zákonech a legislativně daných pravidlech. V jednotlivých zemích se pochopitelně může lišit.

- **Norma odborníků** – vědců (např. v podobě psychopatologie) je vytyčena soudobými poznatky vědy (např. v podobě Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10, DSM-5). Vychází z aktuálně platného souboru poznání (který je neustále zpřesňován, upravován a doplňován).
- **Norma individuální** (osobní, kazuistická) je určována postoji a názory konkrétního jedince. V práci s konkrétním člověkem má tato norma význam zásadní – odpovídá individualitě a ukazuje vlastní postoje, názory, nazírání, hodnocení apod. Samozřejmě se může překrývat s některou z výše uvedených norem.

Pokud se na jakýkoli stav nebo jev podíváme „měřítkem normy“, musíme uvést, o jakou normu se jedná.

Konstatujeme, že **hranice mezi normou a abnormitou** zdaleka nemusí být ostrá – mnohdy je spíše plynulá, kontinuální a ne vždy zcela jasná. Vyvíjí se a mění společně s vývojem a se změnami společnosti. V některých případech je „hranice normy“ uměle definována (například vymezením a posouzením určitých kritérií).

Normy berme jako důležitá, ale pomocná měřítka – pojetí normy a abnormity by nikdy nemělo setřít individualitu jednotlivého člověka (jedinec v některých aspektech abnormální může být v jiných aspektech zcela v normě a naopak).

1.2 Postavení psychiatrie a psychologie v péči o duševně nemocné

Miroslav Orel, Věra Facová

PSYCHIATRIE je specializovaným **lékařským oborem**, který je zaměřen na teoretické i praktické aspekty diagnostiky, klasifikace, léčby, prevence, rehabilitace a výzkumu psychických (duševních) onemocnění a stavů. Psychiatrie je tedy součástí medicíny.

Psychiatr je lékař – absolvent lékařské fakulty (u nás s titulem MUDr. před jménem, v zahraničí s titulem M.D. za jménem), který se psychiatrií profesně zabývá. Atestaci (specializaci) v oboru psychiatrie získává po absolvování povinné praxe (nyní v rozsahu nejméně pěti let) a složení atestačních zkoušek. Profesně se pak může dále specializovat na jednotlivé dílčí oblasti a obory psychiatrie (např. dětskou a dorostovou psychiatrii, léčbu závislostí atd.).

Pojem psychiatrie (*psýchiatria*) je odvozen z řeckých slov *psýchē* – duše, psychika a *iātreiā* – lékařství.

PSYCHOLOGIE je věda zabývající se psychologickými aspekty lidského bytí – chováním, myšlením, prožíváním, city atd. Je opět oborem s teoretickým i praktickým zázemím. V podobě klinické psychologie je přímo spojena se zdravotnictvím a je rovněž součástí zdravotnické péče.

Pojem psychologie (*psychologia*) vznikl z řeckých slov *psýchē* – duše a *logos* – nauka.

Obecně lze psychologické disciplíny dělit na **teoretické** (akademické), které vytvářejí základní znalostní bázi, a disciplíny **aplikované** (praktické), které jsou aplikací do praktických oblastí života (zdravotnictví, práce, rodiny, sportu, školství a jinde).

Psycholog je absolventem jednooborového magisterského studia psychologie na filozofické fakultě (u nás s titulem Mgr. nebo následně PhDr. před jménem), který se profesně zabývá psychologií. Rovněž psycholog se může specializovat v jednotlivých psychologických oborech a pokračovat v dalším vzdělávání a kariérním růstu (formou atestace z klinické psychologie, doktorandského studia apod.)

Je zřejmé, že náplň psychologie, psychopatologie a psychiatrie se prolíná a překrývá v mnoha aspektech. Z profesního hlediska psychiatrii studuje a zabývá se jí lékař (psychiatr). Psychopatologii studují a zabývají se jí nejen lékaři, ale také „nelékaři“ – psychologové, sociální pracovníci, pedagogové apod.

V péči o duševně nemocné považujeme profese psychologů a psychiatrů nikoli za „nadřazené a podřazené“ (ačkoli může psychiatr například požadovat psychologické vyšetření v rámci diferenciální diagnostiky), ale za **doplňkové**. Každý obor má své specifické pole působení a kompetencí, přičemž v některých oblastech se překrývají a jinde na sebe navazují.

Psychiatr může (a je-li to vhodné, má, a dokonce musí) používat také metody medicínské diagnostiky (např. RTG, CT, laboratorní vyšetření) a biologické léčby (např. předpis léků, aplikace elektrokonvulzí). Psycholog používá naproti tomu pouze psychologické metody a prostředky diagnostiky a terapie (např. ve formě psychodiagnostiky, psychoterapie).

Psychiatr tedy například nemusí umět administrovat a vyhodnocovat psychologické testy (ale měl by se orientovat v jejich závěrech). Psycholog zase nemusí znát dávkování léků (ale měl by se rámcově orientovat v lécích a lékových skupinách).

PSYCHOTERAPIE (které se stručně věnujeme na jiném místě) je oborem, který může praktikovat jak psycholog, tak psychiatr, zdravotní sestra, sociální pracovník apod., ovšem za předpokladu splnění psychoterapeutického vzdělávání (výcviku), vlastní psychoterapie v rámci některého z psychoterapeutických směrů a následné supervize.

V důsledku obrovského rozvoje medicíny ve 20. a 21. století je nemožné, aby jeden odborník obsáhl všechny obory. A tak například o zrak pečuje oftalmolog, o srdce internista, o kůži dermatolog, o klouby revmatolog, o nervy neurolog a o psychiku psychiatr a psycholog.

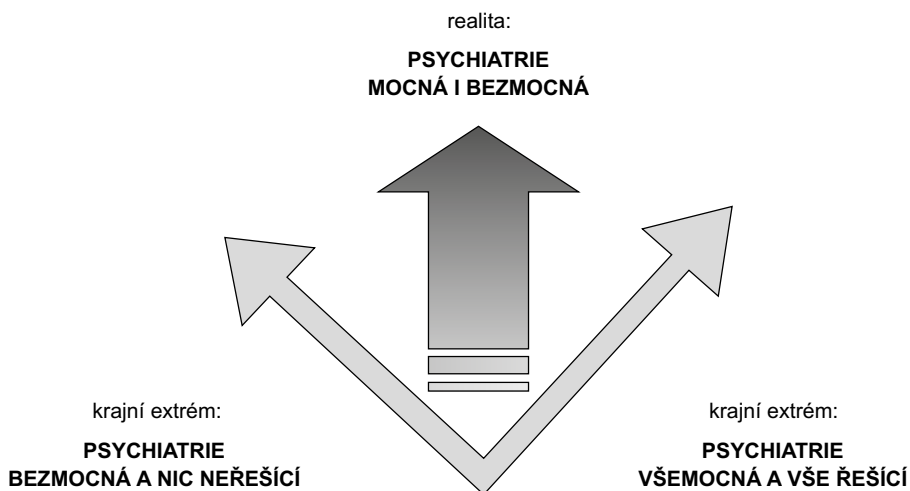
Zmíněné specializaci se nevyhneme, nicméně nezapomínejme, že v centru naší pozornosti by měl vždy stát celý člověk a že **pečujeme především o člověka** (až pak o jeho srdce, klouby, svaly, mozek nebo psychiku).

MOC A BEZMOC PSYCHIATRIE

Současná psychiatrie je moderním lékařským oborem s řadou možností diagnostiky, léčby a prevence. Moderní léčebné postupy umějí zdolávat řadu závažných stavů. Díky soustavné vědecké práci mají dnes používané léky mnohem méně nežádoucích a negativních účinků, než tomu bylo v minulosti. Psychiatrie tak nese **moc zvládat a řešit** dříve obtížně zvládnutelné a řešitelné. Umožňuje často znovuzařazení do života, které dříve nebylo možné.

Přes nesporné pokroky moderní medicíny se však nežádoucím účinkům terapie nemůžeme vyhnout. Některé choroby a stavy nedokáže ani moderní léčba dostatečně efektivně léčit (ani vyléčit). A tváří v tvář některým stavům zůstává i moderní psychiatrie 21. století zcela **bezmocná**.

Budme si tedy vědomi **možností i limitů**, které současná psychiatrie má. Vyhňme se nezdravým názorovým extrémům přeceňujícím moc psychiatrie na jedné straně a podceňujícím její potenciál na straně druhé. Za vhodné považujeme využít toho, co psychiatrie umí a může nabídnout, ale nechtít od ní vše.



Obr. 1.1 Možnosti a limity současné psychiatrie

1.3 Čtyři historické mezníky psychiatrie

Miroslav Orel

Duševní nemoci provázejí lidstvo od nepaměti a můžeme říci, že jsou součástí historie lidského rodu. Nevyhýbaly (a nevyhýbají) se inteligentním, bohatým, mocným a vládnoucím ani prostým, nemajetným, slabým a podřízeným.

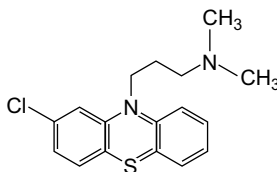
Vysvětlení jejich původu a příčin, přístup k jejich nositelům či jejich léčbě však v historii mnohdy stály na zcela nepatřičných a tristně mylných základech. Duševně nemocní byli v minulosti nezřídka bití a týráni, vyobcováváni a izolováni, mučeni, věznění, či dokonce velmi krutě zabíjeni. Mnoho „léčebných metod“ nepřinášelo úlevu, ale nevýslovná muka a utrpení – vzpomeňme například „očištění“ upalováním na hranici, novodobé vyvolávání kómat pomocí aplikace inzulínu či „ozdravné“ dlouhodobé koupele v ledové vodě (respektive topení).

Není bez zajímavosti, že oproti evropskému přístupu k duševně nemocným v minulosti jednoznačně vynikaly přístupy arabského světa – první útulek pro duševně choré zde byl postaven již v 7. století. A sám slavný arabský lékař Ibn Sina (známý jako Avicenna) se mimo jiné věnoval také léčbě duševně nemocných.

Celé téma historie (zahrnující odhalení a objevy i omyly a přehmaty našich předků) je nesmírně široké a nepochybně také poutavé. Vzhledem k omezenému rozsahu a snaze přinést pouze přehled stručných informací se omezíme na čtyři významné mezníky, které jsou mnohými pokládány za revoluce v psychiatrii:

- **První mezník psychiatrie** (první psychiatrická revoluce) je spojen s myšlenkou, že duševní nemoci mají medicínské příčiny. Hlavním nositelem této myšlenky byl profesor lékařské fakulty v Kolíně nad Rýnem Johannes Weyer (1515–1588). Jak tomu bylo v minulosti také v případech jiných idejí či objevů, i tyto převratné myšlenky byly na dlouhou dobu zatlačeny do pozadí.
- **Druhý mezník psychiatrie** (druhá psychiatrická revoluce) je zasazen do období francouzské revoluce, konkrétně do roku 1792, kdy Philippe Pinnel (1755–1826) snímá řetězy padesáti duševně nemocným, kteří byli věznění společně se zločinci a trestanci.
- **Třetí mezník psychiatrie** přinesly myšlenky a práce Sigmunda Freuda (1856–1939). Pozornost zaměřil na nevědomé procesy, psychické obranné mechanismy a možné příčiny duševních nemocí skryté v hloubi lidské psychiky. Vliv Sigmunda Freuda na pochopení, diagnostiku, klasifikaci i léčbu duševních nemocí je nesporný – řada přístupů i psychotherapeutických směrů v dalším období se objevila právě v návaznosti na Freudovy názory jako jejich rozšíření a obohacení nebo naopak popírání a odmítání. Freudův přínos je tak mnohými (podle mého názoru zcela právem) pokládán za třetí psychiatrickou revoluci.

- **Čtvrtý mezník psychiatrie** (čtvrtá psychiatrická revoluce) souvisí se zavedením psychofarmak do léčby duševně nemocných. Zapadá do poválečného rozvoje v padesátých letech 20. století. Prvním psychofarmakem, které bylo užito v léčbě psychiatrických pacientů (konkrétně při léčbě bludů a halucinací u schizofrenie) byl chlorpromazin. Poprvé byl syntetizován v roce 1952 a od jeho zavedení do praxe v roce 1956 začíná **éra psychofarmakoterapie** – tedy použití farmak jako prostředku léčby psychiatrických nemocí a stavů.



Obr. 1.2 Chemická struktura chlorpromazinu – prvního syntetizovaného a užívaného antipsychotika

1.4 Náplň obecné a speciální psychopatologie a psychiatrie

Miroslav Orel

Psychopatologie a psychiatrie jako obory čerpají z řady disciplín teoretických i praktických. I když je z didaktických a praktických důvodů dělíme na obecnou a speciální část, ve svých náplních se doplňují, prolínají a navazují na sebe.

Mohli bychom říci, že obecná část psychopatologie vytváří určitý bazální základ, ze kterého pak vychází speciální část oboru.

OBECNÁ PSYCHOPATOLOGIE A PSYCHIATRIE se věnují základním **oblastem lidské psychiky a jejich poruchám**. Zabývají se otázkami vědomí, vnímání, emocí, myšlení, pozornosti, paměti, inteligence, pudů a instinktů, vůle a jednání i osobností jako takovou.

V centru pozornosti obecné psychiatrie jsou rovněž otázky **etiopatogeneze** (tedy příčin a vzniku poruch a nemocí), **biologie** (tělesných podmínek včetně genetiky), způsobů **vyšetření**, možností **terapie**, **rehabilitace** a **prevence** duševních onemocnění a stavů. Nejsou pomíjeny ani **oblasti právní, forenzní** a další.

Nejjednodušší známky onemocnění se nazývají **symptomy**. Objektivně pozorovatelné symptomy můžeme přímo sledovat (např. zrychlené tempo řeči), subjektivně prožívané symptomy jsou niterné (např. obavy). Skupiny symptomů, které se vyskytují současně a seskupují se, nazýváme **syndromy**.

SPECIÁLNÍ PSYCHOPATOLOGIE A PSYCHIATRIE jsou zaměřeny na konkrétní diagnostické jednotky. Ze širokých poznatků obecné psychopatologie a psychiatrie tedy vybírá, shrnuje, zužuje, konkretizuje a klasifikuje.

Jednotlivé nozologické jednotky – **psychiatrické diagnózy** (např. diagnóza demence Alzheimerova typu) – jsou určité konstrukty, které vycházejí z vědeckých poznatků, pozorování, výsledků vyšetření, rozboru konkrétních případů a výzkumu. Vymezují určité kategorie psychiatrických nemocí a stavů, které jsou seskupeny do určitých **diagnostických skupin a kategorií** (např. zmíněná demence je součástí atroficko-degenerativních demencí, které patří mezi organicky podmíněné duševní poruchy).

Diagnostické klasifikační systémy umožňují komunikaci mezi odborníky, jsou určující pro způsob terapie, pomáhají odhadnout průběh a prognózu. V současnosti u nás (a v evropských zemích) platí klasifikační systém 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). V zemích amerického kontinentu je nyní platná 5. revize Diagnostického a statistického manuálu duševních nemocí (DSM-5) – viz jinde.

Přestože se dnes v psychiatrii můžeme setkat s řadou názorů (od odmítání, kritiky až po obhajobu a přeceňování jednotlivých diagnostických jednotek), je **stanovení diagnózy** nedílnou součástí moderní psychiatrické péče. Je navíc podmínkou toho, aby se odborníci mezi sebou dorozuměli a mohli o jednotlivých případech komunikovat. Pozor jen na zaslepené „škatulkování“ jednotlivých pacientů do „diagnostických přihrádek“ – nikdy bychom neměli pominout **neopakovatelnou jedinečnost a individualitu** každého člověka a diagnózy bychom měli brát jako pomocné kategorie, nikoli „razítko“ či „nálepku“ označující osud dotyčného.

1.5 Organizace psychiatrické péče u nás

Miroslav Orel

Psychiatrická péče je v naší republice realizována prostřednictvím sítě psychiatrických zařízení lůžkových, ambulantních a komplementárních. Pro zajištění efektivity v péči o potřebné je neodmyslitelná nejen spolupráce mezi jednotlivými složkami, ale také propojenost a návázanost na síť služeb psychologických, psychoterapeutických a sociálních.

Pro řadu psychiatrických nemocí a stavů je naprosto nepostradatelná **PSYCHIATRICKÁ HOSPITALIZACE**. Lze ji uskutečnit v rámci psychiatrických oddělení nemocnic, psychiatrických klinik ve fakultních nemocnicích (při lékařských fakultách) nebo v psychiatrických nemocnicích (léčebnách).

Psychiatrické nemocnice jsou vesměs spádové (jsou tedy určeny pro určitou oblast). Člení se na specializovaná oddělení (např. příjmové, gerontopsychiatrické, psychotické, neurotické). Zajišťují dobrovolnou i nedobrovolnou léčbu. Existují také zdravotnická zařízení specializovaná na léčení závislostí.

Uzavřená psychiatrická oddělení mají možnost omezení volného odchodu pacientů, což je naprosto nezbytné například v případě, že dotyčný pacient je dezorientovaný a zmatený, není v kontaktu s realitou, je nebezpečný sobě nebo okolí. Důvod omezení volnosti pohybu je zde zřejmý – je jím ochrana dotyčného i jeho okolí.

Pokud to stav dovolí, mohou pochopitelně i pacienti na uzavřených odděleních přijímat návštěvy či absolvovat vycházky nebo dovolenky s doprovodem či samostatně.

Na **otevřených psychiatrických odděleních** jsou hospitalizováni pacienti, jejichž stav nevyžaduje tak bedlivou kontrolu. Při respektování pravidel, řádu a programu oddělení se mohou pohybovat bez omezení.

Některá psychiatrická oddělení jsou **specializovaná** na určitý typ potíží u pacientů (např. závislosti, neurózy, psychózy, poruchy příjmu potravy), jiná jsou spíše **všeobecná** a pojmají pacienty s různými problémy. Zvláště jsou umístěna oddělení pro **dětskou psychiatrii**.

Existují psychiatrická oddělení čistě **mužská**, čistě **ženská** nebo **smíšená**. Každé z nich má své výhody a nevýhody. Obě formy musí samozřejmě mimo jiné splňovat také hygienické požadavky.

Rozdíly mezi psychiatrickým oddělením, psychiatrickou klinikou a psychiatrickou nemocnicí (léčebnou) jsou nejen ve **spektu a množství pacientů**, které pojmají, ale také v **délce možného pobytu**. Na psychiatrických odděleních a psychiatrických klinikách trvá hospitalizace dle stavu řádově dny až týdny, v psychiatrických léčebnách to mohou být i měsíce až roky.

Již jsme zmínili nezbytnost **propojení, návaznosti a spolupráce** mezi jednotlivými zařízeními. Například při akutním příjmu na psychiatrickou kliniku je pacient diagnostikován a zaléčen. Pokud stav vyžaduje delší dobu hospitalizace, je následně předán do psychiatrické nemocnice k doléčení. Při propuštění zpravidla navazuje ambulantní psychiatrická péče nebo dotyčný navštěvuje některé ze zařízení komplementární péče (viz dále).

Protialkoholní (záchytné) stanice jsou určeny pro akutní ošetření osob, které pod vlivem alkoholu ohrožují sebe, své okolí, majetek nebo budí pohoršení.

PSYCHIATRICKÉ AMBULANCE poskytují služby ambulantní psychiatrické péče, umožňují pravidelné kontroly stavu, sledování případných komplikací, úpravu medikace apod. Řada psychických poruch a stavů nevyžaduje hospitalizaci, ale vystačí s diagnostikou a léčbou v ambulanci. Ambulantní psychiatrická péče také navazuje na hospitalizaci nebo ji může předcházet.

Síť psychiatrických ambulancí dovoluje pacientům navštěvovat psychiatra blízko místa bydliště. To je výhodné z řady hledisek – kromě jiného to umožňuje častější kontroly v případě potřeby (např. při zhoršení stavu), což v některých případech vede k úpravě medikace, aniž by byla nezbytně nutná hospitalizace. Psychiatrické ambulance existují nejen samostatně, ale vždy jsou také součástí psychiatrických klinik, psychiatrických nemocnic (léčeben) nebo psychiatrických oddělení nemocnic.

Platí, že jeden pacient by měl navštěvovat jednoho ambulantního psychiatra.

KOMPLEMENTÁRNÍ – INTERMEDIÁRNÍ PÉČE navazuje na hospitalizaci nebo ambulantní péči a někdy je brána jako „mezičlánek“ mezi hospitalizací a ambulancí. Umožňuje zachování větší soběstačnosti, navazování sociálních kontaktů, poskytuje zaměstnání a program ve volném čase s podílem vlastní iniciativy a aktivní činnosti klientů.

Je realizována v podobě několika variant:

- **Denní stacionáře** (denní sanatoria) zajišťují program pro klienty s odborně školeným personálem přes den. Jsou vesměs úžeji zaměřeny (pro pacienty se schizofrenií, mentální retardací apod.).
- **Chráněné dílny, chráněná pracoviště a pracovní-tréninková centra** umožňují zapojení klientů do pracovní činnosti, přinášejí smysluplnou pracovní činnost, pravidelnost v denním režimu, sociální kontakty a vazby i rozvoj specifických pracovních dovedností. Zapojení do pracovní činnosti vesměs zvyšuje pocit sebedůvěry a sebeúcty. Zařízení tohoto typu totiž umožňují získat práci lidem, kteří by v běžné tržní společnosti měli jen minimální nebo žádné šance pracovní pozici získat.

Smysluplnou a prospěšnou činnost těchto zařízení můžete podporovat třeba zakoupením výrobku chráněné dílny, návštěvou těchto zařízení (např. chráněné restaurace), finančním darem apod.

- **Chráněné bydlení** je pobytová služba určená lidem, kteří mají sníženou soběstačnost, vyžadují určitou dopomoc, a tak nejsou zcela schopni zvládnout úplně samostatné bydlení, nemají podporu rodiny, ale není třeba, aby byli dlouhodobě hospitalizováni. Péče sociálních, popř. zdravotnických pracovníků se omezuje na nezbytnou pomoc

s cílem posilovat kompetence a soběstačnost klientů. Chráněné bydlení může mít **formu individuální** (v bytě bydlí jeden člověk) nebo **skupinovou** (v bytě bydlí více lidí).

- **Dům na půl cesty** poskytuje pobytové služby těm, kteří po dosažení plnoletosti opouštějí zařízení pro ústavní nebo ochrannou výchovu, osobám, které byly propuštěny z výkonu trestu nebo ukončily ochrannou léčbu. Kromě ubytování je zajištěno také zprostředkování kontaktu se společností, pomoc v uplatňování práv a obstarávání osobních zájmů či sociálně-terapeutická činnost. Domy na půl cesty tak mají usnadnit přechod či návrat do běžného života a společnosti.
- **Domov se zvláštním režimem** poskytuje ubytování, stravu, dopomoc při péči o sebe sama (včetně pomoci při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu), aktivizační a sociálně-terapeutické činnosti a podobně jako domy na půl cesty také zprostředkování kontaktu se společností, pomoc v uplatňování práv a obstarávání osobních zájmů pro potřebné.
- **Terapeutické kluby** přinášejí možnost neformálního setkávání s podobnými lidmi se společnými akcemi, výlety apod. Snižují tak sociální izolaci a osamělost řady klientů nebo psychiatrických pacientů.
- **Svépomocné skupiny nemocných a/nebo jejich rodinných příslušníků** poskytují nejen oporu a podporu, ale pomáhají při řešení konkrétních (společných) problémů. Mohou se týkat například závislosti na alkoholu, demence aj.

Z Listiny základních práv a svobod vyplývá mimo jiné také právo zdravotně postižených osob na zvýšenou ochranu zdraví při práci a na zvláštní pracovní podmínky. V praxi je to realizováno zejména vytvářením **chráněných pracovních míst** a povinnostmi zaměstnavatelů při zaměstnávání osob se zdravotním postižením.

Chráněné pracovní místo je vytvářeno pro podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením, které je dáno například chronickým duševním onemocněním. Zaměstnavatelé mohou získat **finanční příspěvek** na zřízení chráněného pracovního místa od státu (prostřednictvím Úřadu práce ČR). Při splnění podmínek je poskytován příspěvek na pořízení vybavení nutného pro vznik nového pracovního místa pro osobu zdravotně postiženou (posuzuje se podnikatelský záměr, efektivnost vynakládání prostředků ze státního rozpočtu), dále příspěvek na částečnou úhradu provozních nákladů chráněného pracovního místa a příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením na chráněném pracovním místě. Zřízené chráněné pracovní místo se musí minimálně tři roky obsazovat osobou zdravotně postiženou a lze ho vymezit na tři roky.

Celosvětovým trendem je posilování ambulantní a komplementární péče s omezováním počtu psychiatrických lůžek a vytváření **podpůrné funkční sítě psychiatricko-psychologicko-sociální péče**.

V našich zemích existuje například vcelku ucelený **system péče pro uživatele návykových látek**. Zahrnuje jak nízkoprahové a terénní programy, kontaktní centra (K-centra, KC), ambulance, centra pro substituční léčbu, denní stacionáře, detoxikační jednotky, ústavní zařízení, terapeutické komunity i doléčovací programy a zařízení pro následnou léčbu. Cílem je nejen návrat do běžného života, ale zejména podpora trvalé abstinence.

2. Příčiny vzniku duševních poruch

Miroslav Orel, Věra Facová, Jiří Šimonek

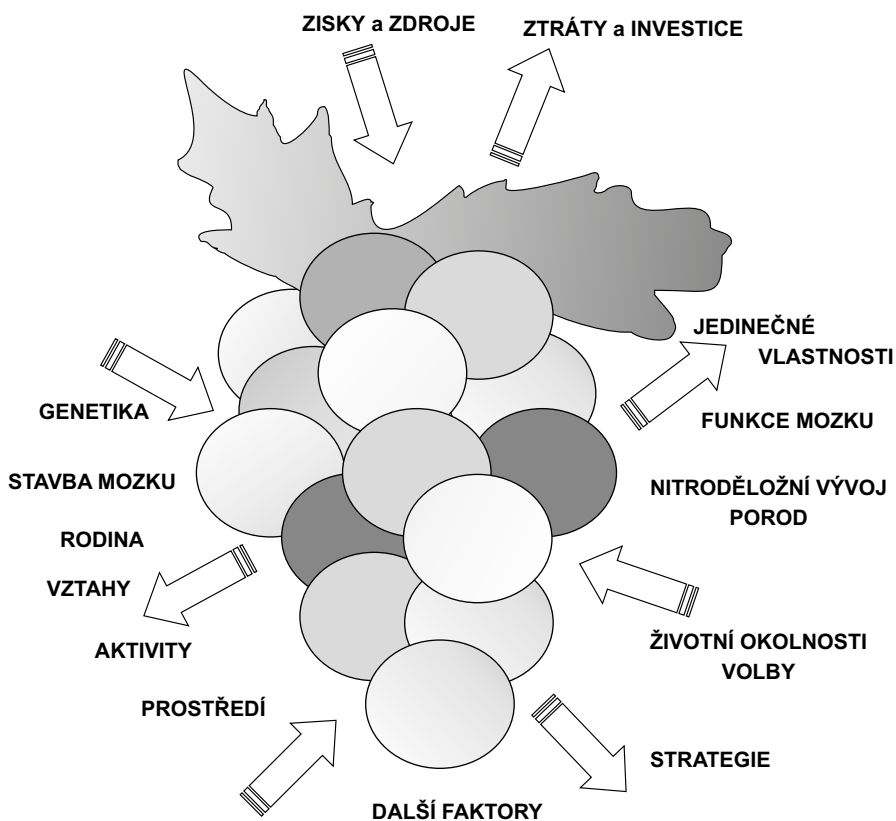
Pokud bychom chtěli krátce charakterizovat, jaké jsou příčiny duševních poruch, hodilo by se nejspíš označení komplikované, přepestré, mnohé, různorodé nebo také komplexní. U mnoha psychických poruch navíc z větší části stále neznámé.

Jevy spojené s lidským bytím (tedy i se zdravím, nemocí a jejich příčinami) je vhodné pojímat, sledovat a popisovat z několika „zorných úhlů“. Zohledňujeme stránku jak **biologickou** (tělesnou), tak **psychickou** (duševní), **sociální** (interpersonální – vztahovou) i **přesahovou** (transcendentální – duchovní – spirituální), tak **individuální čas a prostor** dotyčného i širší okolnosti kultury, společnosti a doby. Všechny zmíněné roviny jsou neoddtělitelně **interakčně propojené** a svázané spolu navzájem. Změna v jedné oblasti tak vždy vyvolá odezvu v celém systému a ovlivní všechny ostatní roviny.

Komplexní (nebo také celostní) přístup, ze kterého vycházíme, je staronově objevován. S jeho prvky se setkáme jako se součástí dávné moudrosti i moderních výzkumů. Věnujeme se mu stručně v samostatné podkapitole.

Lidská psychika a celý lidský život a bytí se vyvíjí a formuje jako **interakční model dispozic vrozených** – tedy těch, se kterými doslova přicházíme na svět (ať už geneticky daných, nebo vznikajících v průběhu nitroděložního života) a **faktorů působících po narození** – kam patří působení a vliv prostředí, jiných lidí (zejména z primární rodiny, ale nejen z ní), okolností a událostí (např. včetně úrazů, prožitých traumat) i vlastních aktivit (jako může být konzumace návykových látek apod.).

Ilustrativně si můžeme uvedené vlivy na formování našeho psychického života představit jako hrozen faktorů **působících společně, vzájemně a interakčně**. Některé „bobule“ jsou zdravé a pro systém podpůrné, jiné mohou být „poškozené“ nebo „nemocné“ a mohou mít tendenci „nakazit“ ostatní nebo celý systém. Konečný obraz a výsledek pak závisí vždy na celé řadě okolností a zpravidla jej nelze přesně odhadnout – někdy může „drobný kaz“ jediné bobule postupně zachvátit a poškodit celý hrozen a jindy může „zcela zdemolovaná či narušená bobule nebo skupina bobulí“ zůstat izolovaná a nezpůsobí újmu celému systému (hrozu).



Obr. 2.1 Příčiny vzniku duševních poruch

V této kapitole se podíváme na biologické i psychosociální příčiny vzniku duševních poruch. Osvětlíme ještě tři důležité pojmy, které s daným tématem bezprostředně souvisí:

- **Etiologie** je nauka o příčinách nemocí.
- **Patogeneze** je souhrnem všech procesů, kterými organismus reaguje na poškození nebo etiologické činitele (a které vedou ke vzniku projevů nemoci a nemoci jako takové).
- **Etiopatogeneze** popisuje vznik nemocí zahrnující jak příčiny (tedy etiologii), tak další procesy, které vznik a rozvoj daného onemocnění provázejí.

2.1 Biologické aspekty vzniku duševních poruch

Miroslav Orel

Základem stavby a funkce všech částí našeho těla (od nejmenší buňky přes jednotlivé tkáně a orgány až po celý organismus) je **genetická informace** uložená v molekule DNA.

DNA – deoxyribonukleová kyselina je dvouvláknová šroubovice, v jejíž struktuře je zapsána genetická informace kódující vznik strukturálních (tedy na stavbě se podílejících), funkčních i informačních molekul – tj. RNA neboli ribonukleových kyselin – a následně bílkovin neboli proteinů.

Část DNA, která kóduje jednu molekulu RNA, se nazývá **gen**. Soubor všech struktur nesoucích genetickou informaci je **genom**. Souhrn všech dědičných vloh uložený v genech se nazývá **genotyp**. To, co se nakonec „promítne“ do stavby, funkce a vlastností (tedy **fenotyp**), je podmíněno nejen genotypem, ale také působením řady faktorů prostředí.

Dnes je již znám kompletní genom člověka a pokroky v genetice jsou obrovské. **GENETICKÁ PŘÍČINA** je prokázána například u mentálních retardací a geneticky podmíněné dispozice jsou sledovány u řady jiných psychických chorob.

Poznatky moderních neurověd, genetiky i molekulární biologie přinášejí důkazy, že mnoho odlišností mezi jedinci vychází právě z **odlišností jejich genů**, které získali jedinečnou kombinací od svých rodičů. S tím pravděpodobně souvisí také velká část základních charakteristik osobnosti, které jsou tak přítomny již při narození. Mnoho individuálních rozdílů na úrovni psychiky (u těla je to více než zřejmé) je skutečně do určité míry dáno geneticky. To ale rozhodně neznamená, že osobnost člověka je okamžiku narození „hotová“. Naopak, mění se a plasticity utváří během života jako odezva na působící faktory. Genetické informace tedy spíše „předurčují“ směr toho, jací můžeme být (a jací nikoli). Na druhé straně mohou mít vliv i na to, jaké zážitky budeme vyhledávat, čímž nás do určité míry „manipulují“ do určitých prostředí a zkušeností, které nás pak spoluutvářejí.

Opakovaně řešený spor, zda je podstatnější biologický základ, či výchova a vlivy prostředí, je dobré považovat za vcelku zbytečný: vliv mají nepochybně obě strany zároveň, i když jejich síla se může v konkrétních důsledcích měnit.

Je však nezpochybnitelné, že biologický základ podstatnou roli hraje: díky odlišným genům máme odlišné mozky. Odlišné mozky obsahují individuálně jedinečná neuronální propojení, což mimo jiné obnáší také jedinečné struktury limbického systému a prefrontální kůry. To je podstatou odlišné reaktivity, neopakovatelného vnímání, citového prožívání, hodnocení, myšlenkových pochodů i reagování, jež naše osobnosti spoluutvářejí.

V současnosti se předpokládá, že spolupůsobením většího počtu genů, tedy **polygenně**, je vytvářena **dispozice – předpoklad** k rozvoji určitých fyziologických i patologických vlastností (mimo jiné tedy i dispozice ke vzniku duševních poruch). Podíl genů na různých typech duševních onemocnění je přitom různý. Mějme stále na paměti, že výsledek je vždy dán **spolupůsobením genetického základu a prostředí** (se všemi podněty, situacemi a událostmi, které konkrétní životní příběh přináší).

Stále se pátrá po specifických genetických změnách způsobujících například schizofrenii, depresi a jiné diagnostické jednotky. Genetické poruchy, které se mohou promítnout do dispozic ke vzniku psychických poruch, se mohou týkat počtu nebo struktury chromozomů, poruchy a mutace většího počtu genů (polygenně), ale i jednoho jediného genu (monogenně).

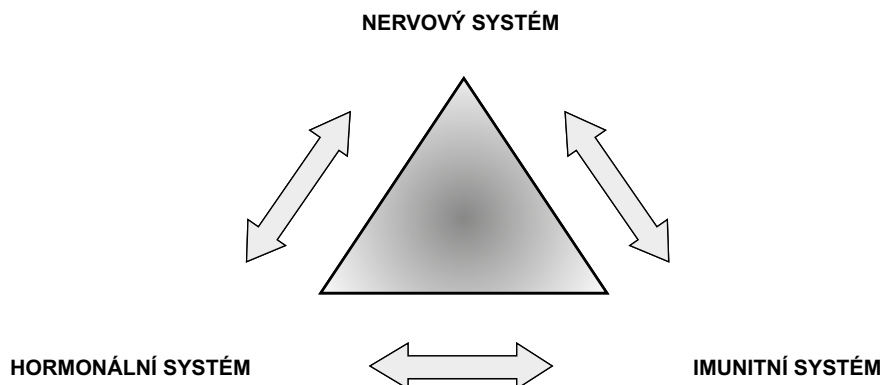
Genetická informace stojí mj. v pozadí struktury a fungování našeho mozku. I zde je vliv prostředí a genů interakční a vzájemný – vnější vlivy působí na genovou expresi a genová exprese umožňuje reagovat na vnější vlivy. Učení je podmíněno genetickými dispozicemi a zároveň vyjádření genetických dispozic může být učením modifikováno.

***Poznámka:** Úsek DNA, který nese informaci o stavbě RNA (gen), podmiňuje vznik určitého proteinu s konkrétní sekvencí řetězce aminokyselin. V některých případech se může zcela nepatrná změna struktury DNA promítnout do změny ve struktuře proteinu. Změna stavby bílkoviny může významně ovlivnit jeho funkci. Pokud si představíme, že daný protein je například mediátor s významnou regulační a informační funkcí, je jasné, že i malá změna v jeho struktuře může mít dalekosáhlé důsledky pro buňku i organismus.*

Příčiny duševních poruch na úrovni těla jsou hledány v rámci **tří regulačních, informačních, koordinačních a integrujících soustav** (nervové, hormonální a imunitní), které spolu fungují v neoddělitelných obousměrných vazbách a vztazích.

Proto změny v kterémkoli z uvedených systémů ovlivní také systémy další – například změny v aktivitě či regulaci **HORMONÁLNÍ PRODUKCE** mají vliv na nervový i imunitní systém a mohou spolupodmiňovat vznik a rozvoj duševních onemocnění a stavů.

Klíčové místo a rozhodující pozici ve zmíněné triádě zaujímá nepochybně **mozek** – nejsofistikovanější objekt v nám známé části vesmíru. A právě na procesy uvnitř mozku je zacílena maximální pozornost neurověd (tedy vědních disciplín zabývajících se stavbou a funkcí nervové soustavy ve zdraví i nemoci). Proto se tématu stavby a funkce mozku alespoň stručně věnujeme v samostatné podkapitole.



Obr. 2.2 Interakce nervového, hormonálního a imunitního systému

Automaticky se rozvíjející, přirozenou a do jisté míry zcela funkční reakcí organismu na změnu, ohrožení či konflikty je **STRES**. Přestože **stresová reakce** je primárně zakotvena v těle, je reakcí **komplexní** – má různě závažný, ale nepochybný vliv jak na oblast tělesnou, tak také psychickou i vztahovou. V kontextu tématu naší knihy tak může stát za vznikem či rozvojem řady psychických stavů, o čemž se dále zmiňujeme v kapitole věnované hraničním stavům.

***Poznámka:** Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 dokonce počítá se stresem a jeho působením v samostatné diagnostické kategorii – Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení F43 (viz dále).*

Mezi příčiny psychických poruch může patřit řada **EXOGENNÍCH FAKTORŮ** charakteru **chemického** (jedy, toxiny, léky, alkohol a jiné návykové látky apod.), **fyzikálního** (úraz hlavy s poraněním mozku, některé typy záření apod.) či **biologického** (infekce, paraziti).

Z hlediska **VLIVU PROSTŘEDÍ** jsou podstatné nejen kvalita a kvantita daného působícího faktoru, ale také čas a doba, kdy působí. Není jedno, zda daný faktor, například chemická látka, působí na plod, dítě či dospělého. Vlivy prostředí působí na mozek a psychické funkce **prenatálně** (před narozením) i **postnatálně** (po narození). Ve vývoji obecně existují určitá **kritická období**, kdy mohou negativní faktory výrazněji ovlivnit vývoj určité struktury a/nebo funkce. Vytvářející se organismus (zejména mozek) je v těchto obdobích citlivější k negativním vlivům a poškození. Obvykle platí, že čím dříve negativní poškození vzniká, tím bývá závažnější.

Některé faktory působící na vývoj embrya a plodu nitroděložně mají **teratogenní vliv** – působí významná poškození tělesné stavby. Vnímavost konkrétního zárodku je sice individuální,

některá poškození však nejsou slučitelná se životem a embryo či plod umírá, jiná způsobují dlouhodobá až trvalá poškození různého typu.

Mezi **ENDOGENNÍ FAKTORY** bychom mohli řadit mnohá onemocnění, postihující mozek **primárně** (např. mozkové nádory, degenerace a atrofie mozkové tkáně) nebo také **sekundárně** (působením onemocnění metabolických, endokrinních, kardiovaskulárních, systémových, vlivem celkové dehydratace, hypoxie – poklesu hladiny kyslíku, ischemie – nedokrevnosti mozkové tkáně apod.).

Slovo **exogenní** značí zevní původ. Je počestěnou složeninou slova *exōgenes*, které tvoří řecká slova *exō* – ven, venku, zevně, vně a *gennān/gignesthai* – plodit, vznikat, dát vzniknout.

Pojem **endogenní** znamená „vnitřního původu“. Pochází z latinského *endogenēs*, ve kterém zaznívá řecké slovo *endon* – v, uvnitř, vevnitř a již uvedené *gennān/gignesthai* – plodit, vznikat, dát vzniknout.

Proti nepříznivým a negativním faktorům stojí **komplex ochranných (protektivních) faktorů**, bez kterých by nepřežil ani jedinec, ani lidský druh. Mohli bychom sem zařadit například obecnou schopnost vnímat, reagovat a přizpůsobit se podnětům a situacím, kterou bychom mohli volně nazvat „životní princip přežití“ (umožňuje přežít navzdory negativním podmínkám a můžeme ho pozorovat u všech tvorů naší planety). Dále by sem patřila tělesná imunita, schopnost vytvářet a mobilizovat energetické rezervy apod.

2.1.1 Mozek, mozkové procesy a psychopatologie

Komplikovanost a komplexnost stavby a funkce lidského mozku nepřestává udivovat. Přes ohromné množství nových poznatků o tomto „králi mezi orgány“ stále mnoho nevíme. Ačkoli v dobách Aristotela byl mozku přikládán pramalý význam, dnes je rozhodující podíl na řízení organismu, realizaci duševních pochodů a psychických funkcí nezpochybnitelný (a fakt, že „myslíme hlavou, tedy mozkiem“, je dnes znám již nejmladším žákům základní školy).

V této podkapitole se dotkneme opravdu jen velmi spoře některých základních pojmů a souvislostí.

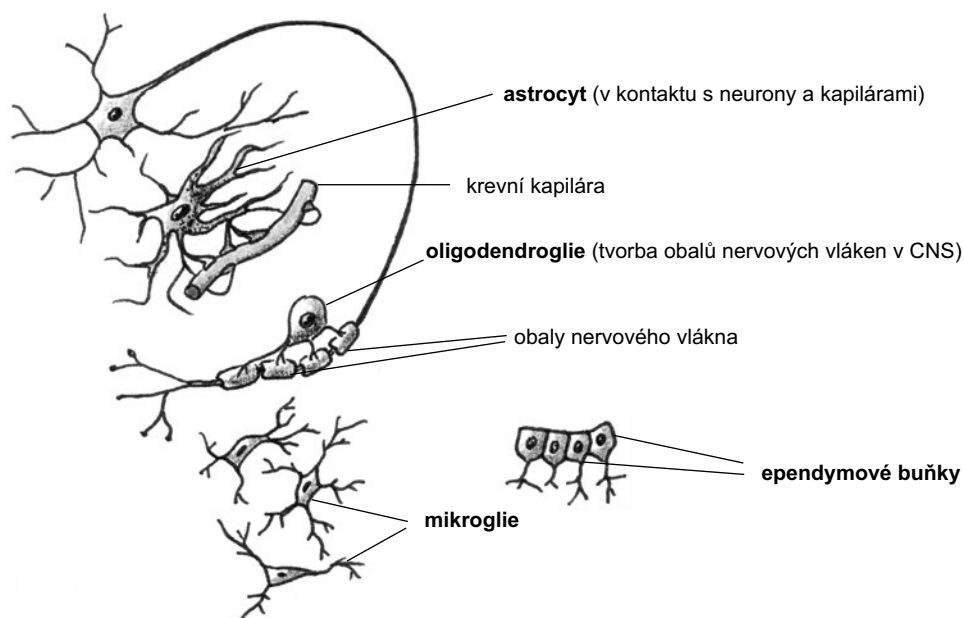
Mozkové buňky

Základní stavební jednotkou mozkové tkáně jsou dva typy buněk – **nervové buňky** (neurony) a **podpůrné buňky** (glie).

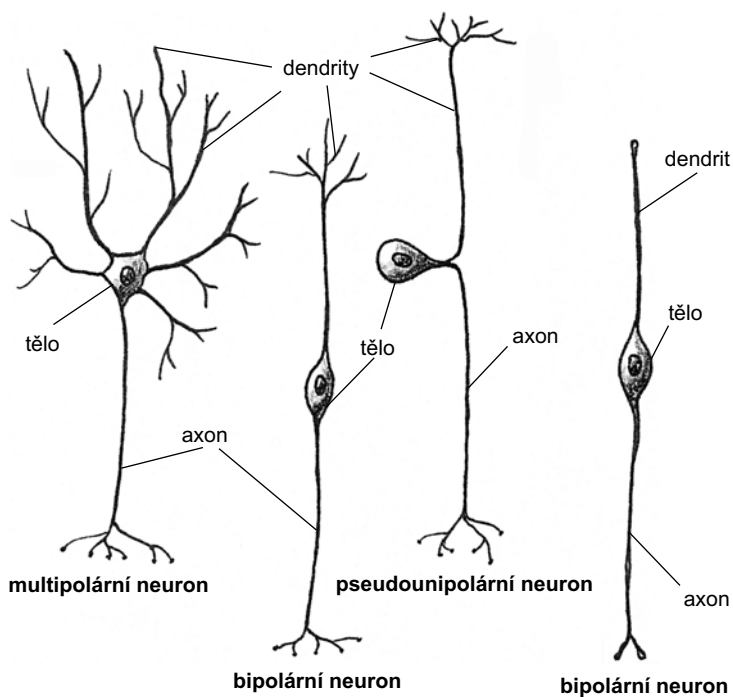
Oba typy buněk jsou pro stavbu a funkci mozku nezbytné. Na přenosu a zpracování informací se účastní neurony, nicméně bez výživné, metabolické, ochranné a stavební funkce glií by to možné nebylo.

Neurony mohou mít rozmanitý tvar, ale všechny mají **centrální část** (tělo neuronu) a **výběžky** – dostředivé (dendrity) a jeden odstředivý, na konci se větvící výběžek (axon/neurit) – viz obrázky 2.3–2.5.

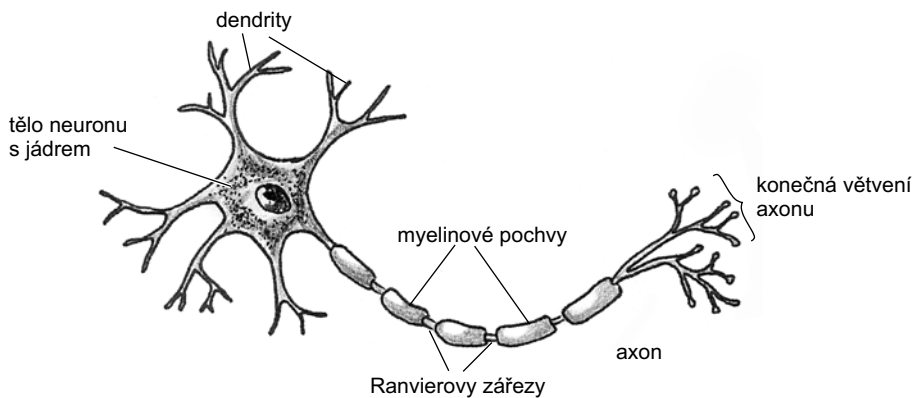
Během vývoje nové **neurony vznikají** ze svých prekurzorů (neuroblastů) a **rostou** jim **neuronální výběžky** (dendrity a axony). Dochází k vzájemnému **propojování** nervových buněk a ke **vzniku synapsí**. Neurony dozrávají a funkčně se **diferencují**. Některé nervové buňky **migrují** (mění svoji pozici) a jiné mohou cíleně a programově **zanikat**.



Obr. 2.3 Neuron a glie (astrocyt, oligodendroglie, mikroglie a ependymové buňky)



Obr. 2.4 Typy neuronů



Obr. 2.5 Multipolární neuron