

Karel Dušek, Alena Večeřová-Procházková

Diagnostika a terapie duševních poruch



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

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

Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umisťování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.



Copyright © Grada Publishing, a.s.

Poděkování

Děkujeme za podporu, inspiraci a v neposlední řadě za nezištné svolení k využití podkladů kolegům a spolupracovníkům z Katedry psychiatrie IPVZ prof. MUDr. Karlu Chromému, prof. MUDr. Evě Čేశkové, prof. MUDr. Jaroslavu Boučkovi, doc. MUDr. Jiřímu Beranovi, MUDr. Radkinu Honzákovi, MUDr. Jánoši Sikorovi a zvlášt' MUDr. Zdence Vyhnánkové a PhDr. Nadě Kubičkové.

Osobní poděkování Aleny Večeřové-Procházkové směřuje ke kolegům z Výboru Psychofarmakologické sekce Psychiatrické společnosti (prof. MUDr. Oldřich Vinař, prof. MUDr. Jaromír Švestka, MUDr. Martin Anders a další) za inspiraci a podněty při psaní psychofarmakologické části textu.

doc. MUDr. Karel Dušek, CSc.
MUDr. Alena Večeřová-Procházková

DIAGNOSTIKA A TERAPIE DUŠEVNÍCH PORUCH

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 4132. publikaci

Odpovědná redaktorka Bc. Maria Arnaudovová
Sazba a zlom Milan Vokál
Počet stran 632
Vydání 1., 2010

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.
Husova ulice 1881, Havlíčkův Brod

© Grada Publishing, a.s., 2010
Cover Photo © fotobanka Allphoto

Recenzoval:
prof. MUDr. Jaroslav Bouček, CSc.

ISBN 978-80-247-1620-6 (tištěná verze)
ISBN 978-80-247-7543-2 (elektronická verze ve formátu PDF)
© Grada Publishing, a.s. 2012

OBSAH

ÚVOD	13
Z HISTORIE ČESKÉ A SVĚTOVÉ PSYCHIATRIE	15
 ČÁST I DIAGNOSTIKA DUŠEVNÍCH PORUCH	
1. DIAGNOSTICKÝ PROCES	21
1.1 Obecné zásady diagnostiky v psychiatrii	21
1.2 Duševní zdraví a duševní porucha (nemoc)	22
1.3 Modely duševních (a behaviorálních) poruch	24
1.4 Rozpoznání duševně nemocného	26
1.5 Klasifikační soustavy a diagnostika	28
1.6 Diagnostika – dynamický proces	30
1.7 Subjektivní činitelé v diagnostice	31
1.8 Objektivní faktory v diagnostice	33
1.9 Získávání a zpracování informací	34
1.9.1 Rozmluva s nemocným a jeho pozorování	34
1.9.2 Anamnestické údaje	36
1.9.3 Nynější onemocnění	37
1.9.4 Zaměřené psychiatrické vyšetření	38
1.9.5 Tělesné vyšetření	39
1.9.6 Popis chování	39
1.9.7 Psychiatrické zhodnocení (psychopatologický rozbor)	40
1.9.8 Diagnostický závěr	40
2. SYMPTOMY DUŠEVNÍCH PORUCH	42
2.1 Symptom	42
2.2 Vnímání a jeho poruchy	42
2.2.1 Zvláštní projevy vnímání	43
2.2.2 Poruchy vnímání	44
2.3 Emotivita a její poruchy	52
2.3.1 Charakteristické rysy emocí	52
2.3.2 Rozdělení emocí	53
2.3.3 Somatické projevy emocí	54
2.3.4 Poruchy emotivity	54
2.3.5 Poruchy afektů	54
2.3.6 Poruchy nálad	56

2.3.7	Poruchy vyšších citů	59
2.3.8	Fobie	59
2.4	Paměť a její poruchy	62
2.4.1	Vlastnosti paměti	63
2.4.2	Poruchy paměti	64
2.5	Intelekt a jeho poruchy	69
2.5.1	Strukturální elementy	69
2.5.2	Vyšetřování intelektu	70
2.5.3	Poruchy intelektu	71
2.6	Myšlení a jeho poruchy	72
2.6.1	Poruchy myšlení	74
2.7	Vědomí a jeho poruchy	85
2.7.1	Změny vědomí	86
2.7.2	Poruchy vědomí	90
2.8	Pozornost a její poruchy	96
2.8.1	Poruchy pozornosti	97
2.9	Orientace a její poruchy	99
2.9.1	Poruchy orientace	100
2.10	Pudy, instinkty a jejich poruchy	102
2.10.1	Poruchy instinktů	103
2.10.2	Poruchy pudů	104
2.11	Jednání, vůle a jejich poruchy	108
2.11.1	Poruchy volního jednání	109
2.11.2	Poruchy vůle	109
2.11.3	Poruchy jednání	110
2.12	Osobnost a její poruchy	115
2.12.1	Snahy po třídění osobnosti	117
2.12.2	Vyšetřování osobnosti	119
2.12.3	Poruchy osobnosti	121
2.13	Somatické projevy u duševních poruch	128
2.14	Neklid	131
2.15	Agrese	135
2.16	Autoagrese a sebevražedná aktivita	137
3.	SYNDROMY DUŠEVNÍCH PORUCH	144
3.1	Syndrom	144
3.2	Abstinenční syndrom	145
3.3	Akinetický syndrom	146
3.4	Amentní syndrom	147
3.5	Anxiózní syndrom	148
3.6	Apatický a apaticko-abulický syndrom	149
3.7	Autistický syndrom	150
3.8	Deliriózní (delirantní) syndrom	151
3.9	Depersonalizační syndrom	152
3.10	Depresivní syndrom	154
3.11	Fobický syndrom	156

3.12	Halucinatorní syndrom	157
3.13	Halucinatorně paranoidní syndrom	160
3.14	Hyperkinetický syndrom	161
3.15	Hypochondrický syndrom	162
3.16	Hysterický syndrom (konverzní, disociační)	163
3.17	Katatonní syndrom	165
3.18	Manický syndrom	167
3.19	Neurastenický syndrom	168
3.20	Obnubilatorní syndrom	170
3.21	Obsedantní syndrom	171
3.22	Oneiroidní syndrom	172
3.23	Organický psychosyndrom (dementní syndrom)	173
3.24	Paranoidní syndrom	175
3.25	Paranoidně halucinatorní syndrom	176
4.	DUŠEVNÍ PORUCHY	178
4.1	F 00–09 – Organické duševní poruchy včetně symptomatických	179
4.1.1	F 00 – Demence u Alzheimerovy choroby	180
4.1.2	Psychické poruchy při cévních onemocněních mozku	182
4.1.3	F 02 – Demence u chorob klasifikovaných jinde	186
4.1.4	Psychické poruchy při zánětlivých onemocněních mozku	190
4.1.5	Psychické poruchy při expanzivních procesech nitrolebních	191
4.1.6	Psychické projevy při epilepsii	193
4.1.7	Psychické poruchy při lues	195
4.1.8	F 04 – Organický amnestický syndrom jiný než vyvolaný alkoholem a jinými drogami	198
4.1.9	F 05 – Delirium jiné než vyvolané alkoholem a jinými drogami	198
4.1.10	F 06 – Jiné duševní poruchy vznikající následkem onemocnění, poškození nebo dysfunkce mozku nebo následkem somatického onemocnění	199
4.1.11	F 06.0 – Organická halucinóza	202
4.1.12	F 06.1 – Organická katatonní porucha	203
4.1.13	F 06.2 – Organický syndrom s bludy (schizoformní)	203
4.1.14	F 06.3 – Organické afektivní poruchy	204
4.1.15	F 06.4–06.6 – Organická úzkostná porucha, organická disociační porucha, organická emoční labilita – astenická porucha	204
4.1.16	F 06.7 – Mírná kognitivní porucha	204
4.1.17	F 07 – Poruchy osobnosti a poruchy chování vyvolané onemocněním, poškozením nebo dysfunkcí mozku	204
4.2	Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek	205
4.2.1	F 10 – Poruchy vyvolané požíváním alkoholu	206
4.2.2	Drogové závislosti jiné než na alkoholu	214
4.3	F 20–29 – Schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy	218
4.3.1	F 20 – Schizofrenie	218
4.3.2	F 21 – Schizotypní porucha	228

4.3.3	F 22 Trvalé duševní poruchy s bludy	229
4.3.4	F 23 – Akutní a přechodné psychotické poruchy	230
4.3.5	F 24 – Indukovaná porucha s bludy	231
4.3.6	F 25 – Schizoafektivní poruchy	231
4.4	F 30–39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)	232
4.4.1	F 30 – Manická epizoda	232
4.4.2	F 31 – Bipolární afektivní porucha	236
4.4.3	F 33 – Rekurentní depresivní porucha	237
4.4.4	F 34 – Trvalé poruchy nálady	238
4.4.5	Výpovědi nemocných o depresi	239
4.5	F 40–49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy	242
4.5.1	F 40 – Fobické úzkostné poruchy	242
4.5.2	F 43 – Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení	247
4.5.3	F 44 – Disociační (konverzní) poruchy	250
4.5.4	F 45 – Somatoformní poruchy	254
4.5.5	F 48 – Jiné neurotické poruchy	258
4.6	F 50 – Poruchy příjmu potravy	259
4.6.1	F 50.0 – Mentální anorexie	259
4.6.2	F 50.2 – Mentální bulimie	261
4.7	F 51 Neorganické poruchy spánku	261
4.7.1	F 51.0 – Neorganická nespavost	262
4.7.2	F 51.1 – Neorganická hypersomnie	262
4.7.3	F 51.2 – Neorganické poruchy rytmu spánků-bdění	263
4.7.4	F 51.3 – Somnambulismus (náměsíčnost)	263
4.7.5	F 51.4 – Noční děsy (pavor nocturnus)	264
4.7.6	F 51.5 – Noční můry (úzkostné sny)	265
4.8	F 52 – Sexuální dysfunkce nevyvolaná organickou poruchou nebo nemocí	265
4.9	F 53 – Duševní poruchy a poruchy chování spojené s šestinedělním (neklasifikované jinde)	269
4.9.1	Psychické poruchy v období puberty a při menses	269
4.10	F 55 – Abúzus látek nevyvolávajících závislost	270
4.11	F 60–69 – Poruchy osobnosti a chování u dospělých	271
4.11.1	Definice, terminologie	272
4.11.2	Klasifikace	272
4.11.3	Epidemiologie	274
4.11.4	Etiologie a patogeneze	275
4.11.5	Rizikové faktory a prevence	276
4.11.6	Klinický obraz	277
4.11.7	Diagnostická kritéria a klinický obraz jednotlivých poruch osobnosti	279
4.11.8	Terapie poruch osobnosti	294
4.12	F 63 – Návykové a impulzivní poruchy	306
4.12.1	F 63.0 – Patologické hráčství (gambling)	306
4.12.2	F 63.1 – Patologické zakládání požárů (pyromanie)	307

4.12.3	F 63.2 – Patologické kradení (kleptomanie)	307
4.12.4	F 63.3 – Trichotillomanie	307
4.13	F 64 – Poruchy pohlavní identity	308
4.13.1	F 64.0 – Transsexualismus	309
4.13.2	F 64.1 – Transvestitismus	309
4.13.3	F 64.2 – Porucha pohlavní identity v dětství	309
4.14	F 65 – Poruchy sexuální preference	310
4.14.1	F 65.0 – Fetišismus	310
4.14.2	F 65.2 – Exhibicionismus	311
4.14.3	F 65.4 – Pedofilie	311
4.14.4	F 65.5 – Sadomasochismus	312
4.15	F 70–79 – Mentální retardace	313
4.15.1	Mentální retardace na podkladě chromozomálních odchylek	315
4.15.2	Mentální retardace na podkladě metabolických poruch	316
4.15.3	Mentální retardace na bázi heredodegenerativních poruch	317
4.15.4	Sociální faktory v etiologii mentální retardace	317
4.15.5	Diagnostika mentální retardace (podle SZO)	317

ČÁST II

TERAPIE DUŠEVNÍCH PORUCH

5.	PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP	323
5.1	Úvod a definice	323
5.2	Rozhovor	326
5.2.1	Rozhovor, jeho struktura a funkce	326
5.2.2	Některé specifické problémy	329
5.2.3	Sdělování diagnózy duševního onemocnění	330
5.2.4	Vedení rozhovoru s pozůstalými	331
5.3	Psychologický přístup k sobě jako zdravotníkovi	333
5.3.1	Burn-out syndrom	333
5.3.2	Prevence burn-out syndromu	335
6.	PSYCHOTERAPIE	337
6.1	Výzkum účinnosti psychoterapie	338
6.2	Psychoterapie v zobrazovacích metodách CNS	339
6.3	Kvalita života a duševní porucha	341
6.4	Hlavní směry a metody psychoterapie	342
6.4.1	Hlubinná a psychoanalytická psychoterapie	342
6.4.2	Dynamická a interpersonální psychoterapie	345
6.4.3	Rogersovská psychoterapie	347
6.4.4	Behaviorální psychoterapie	347
6.4.5	Kognitivní psychoterapie	348
6.4.6	Kognitivně behaviorální psychoterapie	349
6.4.7	Racionální psychoterapie	350
6.4.8	Sugestivní a hypnotická psychoterapie	350
6.4.9	Nácviková psychoterapie	351

6.4.10	Logoterapie a existenciální analýza	352
6.4.11	Gestalt psychoterapie (GPT)	354
6.4.12	Psychoterapeutické přístupy zaměřené na práci s tělem	355
6.4.13	Rodinná psychoterapie (RT)	358
6.4.14	Integrativní psychoterapie	360
6.4.15	Terapeutická komunita (TK) (léčebné společenství)	362
6.4.16	Některé další psychoterapeutické metody	363
6.5	Krizová intervence	366
6.5.1	Definice, spouštěče, průběh	366
6.5.2	Suicidální krize	371
6.5.3	Organizace a limity krizové intervence	374
6.5.4	Zásady psychoterapie a farmakoterapie	376
7.	PSYCHOFARMAKOTERAPIE	385
7.1	Úvod	385
7.2	Psychostimulancia	388
7.3	Hypnotika	390
7.3.1	Klasická hypnosedativa	392
7.3.2	Benzodiazepiny	394
7.3.3	Z-hypnotika, pyrazinové deriváty	396
7.3.4	Terapie poruch spánku úpravou cirkadiálního rytmu – melatonin	398
7.3.5	Agonisté melatoninových receptorů	400
7.3.6	Další léčiva využívaná v léčbě poruch spánku	400
7.4	Antidepresiva	401
7.4.1	Antidepresiva I. generace	407
7.4.2	Antidepresiva II. generace	409
7.4.3	Antidepresiva III. generace – SSRI, ASRI, SARI, NARI, DARI	410
7.4.4	Antidepresiva IV. generace: SNRI, NaSSA, DNRI	415
7.4.5	Inhibitory zpětného vychytávání – RUI, Hypericum perforatum	421
7.4.6	SRE – stimulanty zpětného vychytávání serotoninu	421
7.4.7	MASSA – agonisté melatoninových receptorů a antagonisté serotoninových receptorů	421
7.4.8	Inhibitory monoaminoxidázy (IMAO)	422
7.4.9	Závěr	423
7.5	Anxiolytika	423
7.5.1	Propandiolová anxiolytika	425
7.5.2	Benzodiazepinová anxiolytika	425
7.5.3	Nebenzodiazepinová anxiolytika	430
7.6	Thymoprotektiva	433
7.6.1	Lithium	434
7.6.2	Antiepileptika II. generace – valproáty a karbamazepin	436
7.6.3	Novější thymoprotektiva – antiepileptika III. generace, lamotigin, gabapentin, pregabalin, topiramát	437
7.7	Antipsychotika	440
7.7.1	Kontraindikace podání antipsychotik	442
7.7.2	Akutní podání	442

7.7.3	Antipsychotika první generace (AP I. generace)	443
7.7.4	Antipsychotika II. generace	449
7.7.5	Depotní antipsychotika – prevence relapsu	462
7.7.6	Interakce antipsychotik	463
7.8	Neuroprotektiva a kognitiva	464
7.8.1	Kognitiva	466
7.8.2	Další látky využívané k léčbě demence.	474
7.9	Léčiva používaná v léčbě závislosti na opioidech, alkoholu a tabáku	479
7.9.1	Detoxikace a detoxifikace	480
7.9.2	Substituční terapie	484
7.9.3	„Anti-cravingová léčba“	487
7.9.4	Senzibilizační léčba	488
7.9.5	Terapie závislosti na tabáku	490
7.10	Léčba erektilní dysfunkce	493
7.10.1	Stanovení diagnózy	494
7.10.2	Perorální léčba s centrálním účinkem, tzv. sexuální tonika, centrální alfa-2 adrenergní antagonisté	495
7.10.3	Perorální léčba s periferním účinkem	496
7.10.4	Další možnosti léčby	499
7.11	Fytoterapie v psychiatrii	502
7.11.1	Hypnotika a sedativa	502
7.11.2	Antidepresiva	506
7.11.3	Nootropika a prokognitiva	507
7.11.4	Ženšen	507
7.11.5	Bachovy květy nejsou byliny, ale homeopatika	507
7.12	Interakce psychofarmak, výhodné a nevýhodné kombinace psychofarmak	508
7.12.1	Farmaceutické interakce	511
7.12.2	Farmakokinetické interakce	511
7.12.3	Interakce na úrovni farmakodynamické	518
7.12.4	Některé vhodné a nevhodné kombinace antidepresiv a antipsychotik	521
7.12.5	Závěr	523
7.13	Intoxikace psychofarmaky	523
7.14	Psychofarmaka v nepsychiatrických indikacích	526
7.15	Volba psychofarmaka u definovaných skupin pacientů	529
7.15.1	Volba psychofarmaka v dětském věku	529
7.15.2	Volba psychofarmaka ve stáří	532
7.15.3	Volba psychofarmaka v graviditě a laktaci	534
7.15.4	Volba psychofarmaka při současné hyperplazii prostaty	542
7.15.5	Volba psychofarmaka při současné kardiopatii	543
7.15.6	Volba psychofarmaka při současné nefro- a hepatopatii	545
7.15.7	Volba psychofarmaka při současné nadváze	546
7.15.8	Volba psychofarmaka při současné sexuální dysfunkci	548
7.15.9	Volba psychofarmaka při současné Parkinsonově nemoci	551
7.15.10	Volba psychofarmaka při současné zvýšené záchvatové pohotovosti	555

8. FYZICKÉ OMEZENÍ A OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY	559
8.1 Omezovací prostředky v psychiatrii	559
8.2 Přijetí do lůžkového psychiatrického zařízení bez souhlasu nemocného	562
8.3 Aplikace psychofarmak bez souhlasu pacienta a umělá výživa sondou	564
9. BIOLOGICKÉ TERAPIE	566
9.1 Elektrokonvulzivní terapie (EKT)	567
9.1.1 Metodika postupu při EKT	568
9.1.2 Frekvence EKT	572
9.1.3 Nežádoucí účinky po EKT	572
9.1.4 EKT u speciálních populací	573
9.1.5 Souběžná farmakoterapie	573
9.1.6 EEG	574
9.1.7 Mechanismus účinku	574
9.1.8 Závěr	575
9.2 Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS)	575
9.2.1 Mechanismus stimulace	576
9.2.2 Mechanismus účinku	576
9.3 Vagová stimulace (VNS)	577
9.4 Fototerapie	578
9.5 Experimentální metody	580
9.5.1 Magnetická konvulzivní terapie (magnetic seizure therapy, MST)	580
9.5.2 Hluboká mozková stimulace (DBS)	580
10. PSYCHIATRICKÁ REHABILITACE A SOCIOTERAPIE	582
10.1 Cíle	582
10.2 Historie	583
10.3 Rehabilitace pracovní	584
10.4 Rehabilitace léčebná	585
10.5 Rehabilitace sociálně-psychologická a pedagogická	586
10.6 Rehabilitace sociálně-psychologická	587
10.7 Lázeňská léčba v psychiatrii	589
11. TERAPEUTICKÉ POSTUPY V LÉČBĚ DUŠEVNÍCH PORUCH	591
LITERATURA	592
REJSTŘÍK	613

ÚVOD

Když se setkáme s člověkem, který přijde do psychiatrické ordinace, je naší snahou rozpoznat, zda a jakou psychickou poruchou trpí. Hledání a rozpoznání dávno nebo nedávno objevených, zjištěných a pojmenovaných psychických poruch je vrcholem psychiatrovny činnosti. Prokazuje tím jak své odborné znalosti, tak i osobní inteligenci. V každém medicínském oboru v současné době existuje řada knih a příruček, které napomáhají nejen ke správné diagnostice, ale i co nejvhodnějšímu způsobu léčby. V současnosti je vývoj ve všech medicínských oborech, proto i v psychiatrii, velmi rychlý. Zvláště v terapii jsou změny tak rychlé, že při vydávání odborné literatury většího rozsahu dojde někdy již v průběhu jejího vydání k zastarání. Proto stručnější příručky mohou rychleji zachytit tyto změny.

S první snahou sepsat pomůcku pro správnou diagnostiku v psychiatrii přišel na počátku 20. století Antonín Heveroch, přestože v té době vyšla již učebnice psychiatrie Karla Kuffnera. Heveroch na podrobných a „klasických“ kazuistikách ukazuje, jak postupovat při hledání správného diagnostického závěru. Naučil tehdejší generaci psychiatrů, jak získat od pacienta informace, jak tvořit diagnostické závěry, jak diferenciatně diagnosticky uvažovat. I v současné době jsou jeho postupy příkladem. V průběhu let se ukázalo, jak psychiatr, stejně jako lékař jiného oboru, potřebuje své znalosti a vědomosti neustále doplňovat a aktualizovat. Od dob Heverochových byla několikrát změněna psychiatrická terminologie i nosologická koncepce. Již Heveroch na základě srovnání tehdejších různých klasifikačních systémů, které ve své knize v přehledu uvádí, tušil, že další vývoj stávající názory překoná.

Mnozí psychiatři upozorňovali, že mezi dobou vzniku nosologické koncepce a současností uplynula značná doba, psychiatrie se vyvíjela, a proto se klasická nosologie stává brzdou její další diferenciaci. Nosologická schémata byla odvozena z obrazů typických pro období azylové psychiatrie a nevyhovují proto současné psychiatrii především v její ambulantní a extramurální péči. Namítá se, že nosologická koncepce při neznalosti etiologie a patogeneze duševních poruch je konvence a měla by se měnit a vyvíjet současně s tím, jak se vyvíjí a mění psychiatrie.

Psychiatrie má v teorii medicíny významné místo na pomezí věd biologických a společenských. Ve vztahu k filozofii je ve svých abstrakcích ještě příliš konkrétní a bylo by nesprávné se domnívat, že znalost teorii psychiatrie znamená být filozoficky erudován. Někteří ambiciózní psychiatři a filozofové se snaží stavět psychiatrii do blízkosti filozofie. Jde o nepochopení místa a úlohy psychiatrie a její diskreditaci mezi ostatními medicínskými obory. Psychiatrii se tak přisuzují nesplnitelné úkoly, pro které není teoreticky připravena a metodicky vybavena.

V posledních letech se stále více pozoruje útěk od teorie oboru dovedené na příliš obecnou úroveň a návrat k psychiatrické praxi, k pacientovi jako zdroji poznání jak v psychoterapii, tak v psychiatrické praxi vůbec. Nově se má řešit vztah mezi vývojem

osobnosti a rozvojem duševní poruchy. Zjistit, jak je chorobný proces od svého vzniku včleněn do dynamiky osobnosti, jaký je vztah mezi premorbidní osobností a duševní poruchou, jak jsou tyto vztahy a jejich vývoj ovlivňovány terapeutickými zásahy. K řešení takových otázek napomáhá správná diagnostika a terapie, jak se je snažíme v této příručce ukázat.

Z HISTORIE ČESKÉ A SVĚTOVÉ PSYCHIATRIE

O psychických poruchách jsou zmínky jak ve starém Egyptě, tak Mezopotámii a později v Řecku. Za nejvýznamnějšího lékaře antické kultury je považován Hippokrates (460–377 př. Kr.), který se ve svých teoretických i praktických názorech na duševní poruchy odpoutal od dosavadního mystického pojetí. Jako první zastával názor, že duševní poruchy jsou chorobami mozku, ale byl zastáncem jen somatické terapie. Jeho hlavním léčebným postupem bylo vymýtít z těla nahromaděné tělesné šťávy.

Platon (427–347 př. Kr.) stejně jako jeho pokračovatel Aristoteles (384–322 př. Kr.) vycházeli z předpokladu, že člověk jako „tvor společenský“ (zoon politicon) se při poruše vztahu člověk a společnost dostává do krizových situací, které mohou vést k narušení jeho duševního stavu. Erasistratos (320–250 př. Kr.) zavedl uklidňující léčbu opiem. Asclepiades (124–56 př. Kr.) obohatil psychiatrickou léčbu muzikoterapií, rehabilitačním cvičením, vodoléčbou a pracovní terapií. Celsus (30 př. Kr. až 30 po Kr.) spojil Hippokratovo somatické léčení s terapeutickými snahami Asclepiovy a doporučoval u melancholiků hudbu, rozhovor, předčítání a naopak u „vzrušených“ cvičení do únavy.

Slavný Galenus (130–200) se o terapii duševně nemocných příliš nezajímal, byl spíše založen somaticky a nebyl ani pro psychologický přístup. Tato jeho zásada spolu s Hippokratovými „somatickými postupy“ se stala zákonem pro příštích čtrnáct století. Teprve od 16. století se postupně začínají v léčbě duševně nemocných uplatňovat i snahy psychologické a rehabilitační.

Když se ve 4. století rozpadla římská říše, v byzantské části se i nadále udržovaly postupy klasické starořecké terapie u duševně nemocných. Významným představitelem lékařské vědy se stal Avicena (Abu Ali ibn Sina 980–1037), který mimo jiné zjistil, že malarickou horečkou lze vyléčit epilepsii.

Johanneus Wierus (1515–1588) spolu s dalšími spolupracovníky odmítal náboženský exorcismus a zaváděl farmakologickou léčbu opiem, některými rostlinami (blín, kozlík aj.). Felix Plater (1536–1614), který popsal *flexibilitas cerea*, používal v léčbě duševně nemocných uspávací, vodoléčbu, masáže a tělesná cvičení. Antonio Valsalva (1666–1725) v Itálii zdůrazňoval vlídné zacházení s duševně nemocnými a pravidelný pracovní režim.

K výrazným změnám v péči o duševně nemocné dochází v druhé polovině 18. století. Začínají se ve větší míře uplatňovat psychologické a rehabilitační snahy. Ve Francii je to Filip Pinel (1745–1826), který v pařížském Bicetre prosazuje nové léčebné postupy, má humanitní přístup (zbavuje pacienty pout), zavádí terapii zaměstnáním a řadu dalších opatření. V jeho šlépějích pokračuje jeho žák J. E. D. Esquirol. V Itálii má podobné snahy Vincenzo Chiarugi (1759–1820), v Anglii John Conolly (1794–1886), v Rusku V. F. Sabler (1790–1870), v Německu Johann Langermann

(1768–1832), v Americe Benjamin Rush (1745–1813) a v Čechách Jan Theobald Held (1770–1851).

V českých zemích se o péči o duševně nemocné nejvíce zasloužil řád Milosrdných bratří, který od druhé poloviny 18. století budoval v řadě měst své nemocnice. Pro duševně nemocné ženy bylo v roce 1784 zřízeno samostatné oddělení v nemocnici u sv. Alžběty (dnes Na slupi 448/6, Praha 2). V roce 1790 byl v rámci Všeobecné nemocnice v Praze otevřen samostatný „ústav“ pro duševně nemocné (Tollhaus), který měl 60 lůžek. V roce 1822 byl otevřen další ústav pro duševně nemocné v bývalém klášteře sv. Kateřiny (dnes budova neurologické kliniky v Praze 2). V roce 1821 bylo zavedeno na pražské lékařské fakultě vyučování „choromyslnictví“. Vyučoval Held, který se stal zároveň přednostou nově zřízeného kateřinského ústavu.

Významným představitel reformních snah v péči o duševně nemocné se stal Heldův žák Josef Riedl (1803–1870), který byl od roku 1836 ředitelem ústavu u sv. Kateřiny. Uplatňoval nový přístup k nemocným, zavedl léčbu prací a řadu dalších rehabilitačních i lázeňských metod. Jeho léčebné snahy byly v té době známy v celé Evropě a řada psychiatrů se k němu jezdila učit. V roce 1840 se stal prvním docentem psychiatrie v Čechách. Zasloužil se o vybudování „Nového domu“, nynější psychiatrické kliniky v Praze 2. V roce 1851 odešel do Vídně. Po něm se stal ředitelem František Köstel (1812–1883), který ústav vedl do roku 1869. Uplatňoval názor, že duševní choroba je ve většině případů patologickým procesem mozku, je proto nutný tělesný klid na lůžku, protože tak se mozek lépe prokrvuje. Toto období bylo poplatné rozvoji patologické anatomie představované hlavně Rudolfem Virchowem (1821–1902, od roku 1856 přednosta patologicko-anatomického ústavu v Berlíně). Tomuto období je poplatná i Kraepelinova klasifikace, ve které splývá psychiatrie s ostatní medicínou.

Emil Kraepelin (1856–1926) zdůrazňoval pozorovací techniku, hledá korelaci základních příznaků s průběhem onemocnění, vyčleňuje určité jednotky onemocnění, zdůrazňuje význam prognózy. Položil základy psychiatrické nosologie a systematiky, v léčebných postupech byl „somatickem“. Česká psychiatrie byla úzce spjata s psychiatrií německou a švýcarskou, a proto i její názory se o tyto oblasti opírají. Zcela jiným postupům odpovídá Freudova psychoanalýza (Sigmund Freud 1856–1939).

Koncem 19. století dochází k budování psychiatrických ústavů v českých zemích (Brno–Černovice 1863, léčebna v Dobřanech 1881). V roce 1886 je zřízena česká lékařská fakulta v Praze. V té době došlo i k rozdělení psychiatrické kliniky v Praze na část českou a část německou (na té pracoval mimo jiné Arnold Pick, dřívější ředitel léčebny v Dobřanech, kde popsal po něm nazvanou formu demence). Po Köstelovi je přednostou pražského ústavu Jakub Fischel (od r. 1869 do r. 1885). Prvním přednostou české psychiatrické kliniky v Praze se stává profesor Benjamin Čumpelík v letech 1886–1891, který mimo jiné zřídil i chemickou a histologickou laboratoř. Tím se prohlubuje somatické pojetí duševních chorob na tomto pracovišti. Pokračuje v tom i jeho nástupce Bohuslav Hellich v letech 1891–1895, jehož speciálním oborem byla histopatologie. Dalším pokračovatelem „somatických“ tradic se stává profesor Karel Kuffner (1858–1940). Byl stoupencem psychiatrické koncepce Meynertovy, jehož byl žákem (Theodor Hermann 1833–1892, rakouský neuropsychiatr, „otec architektiky mozku“). Kuffner napsal dvoudílnou učebnici psychiatrie, obecná část vyšla v roce 1897, v roce 1900 vyšla část speciální, ve které rozdělil duševní choroby na

Psychosy prostě symptomatické (melancholie, manie, paranoia, amence, dementia) a Psychosy modifikované (např. paralysis progressiva).

Kuffnerovými žáky byla celá řada významných psychiatrů: Ladislav Haškovec (1866–1944, začal vydávat *Revue* v neurologii a psychiatrii, věnoval se neurologii), Antonín Heverech (1869–1927, autor *Diagnostiky chorob duševních*), Hubert Procházka (1885–1935, věnoval se soudní psychiatrii, přednosta psychiatrické kliniky v Brně po Bělohradském, byl zastřelen svým pacientem, paranoidním schizofrenikem, v den svých narozenin), Zdeněk Mysliveček (1881–1974, založil psychiatrickou kliniku v Bratislavě, po Kuffnerovi se v roce 1929 stal přednostou psychiatrické kliniky v Praze, napsal učebnici psychiatrie, věnoval se především histopatologii), Karel Bělohradský (1889–1929, založil psychiatrickou kliniku v Brně, věnoval se pedopsychiatrii).

Uvedení psychiatrii vchovali řadu významných žáků. Po Myslivečkovi se v roce 1956 stal přednostou psychiatrické kliniky v Praze Vladimír Vondráček (1895–1978, napsal řadu publikací, byl spíše pokračovatelem koncepce Heverocha). Dalšími přednosty psychiatrické kliniky se stali Jan Dobiáš (napsal *Úvod do lékařské psychologie* a společně s E. Vencovským učebnici psychiatrie), Jan Mečíř, Petr Zvolský a v současné době Jiří Raboch. Mezi významné žáky Myslivečka patřil i Lubomír Hanzlíček (1916–1984, první přednosta Výzkumného ústavu psychiatrického v Praze, který vznikl v roce 1960). Nástupci Hanzlíčka byli Jaroslav Gebhart a současný ředitel Cyril Höschl.

V Brně se po smrti Procházky stal přednostou J. Křivý (zemřel v roce 1942), dalším významným brněnským psychiatrem byl Josef Hádlík, který vedl kliniku od roku 1955 a zasloužil se o vybudování nové moderní psychiatrické kliniky. Jeho nástupci byli Karel Náhunek, Jaromír Švestka a současná vedoucí Eva Češková.

Po II. světové válce vznikly psychiatrické kliniky v dalších městech. V Olomouci kliniku vedl nejprve Josef Hádlík, který v roce 1955 přešel do Brna (současným přednostou je Ján Praško). V Hradci Králové v roce 1946 zřídil psychiatrickou kliniku Stanislav Krákora (1892–1959), po něm ji vedl Vilém Pelikán (1916–1980), Miroslav Zapletalek (nar. 1926), Herbert Hanuš (nar. 1934) a současným přednostou je Jan Libiger. V Plzni bylo po válce nejprve zřízeno E. Vencovským psychiatrické oddělení, které bylo později změněno na psychiatrickou kliniku. Tu v letech 1948–1950 vedl docent Václav Čedík, potom převzal vedení Eugen Vencovský (1908–1998). Ten se organizací mezinárodních konferencí (československo-polské, československo-jugoslávské) zasloužil o rozšíření mezinárodních kontaktů československých psychiatrů se zahraničními. Věnoval se mimo jiné historii psychiatrie jak české, tak zahraniční (viz jeho publikace na toto téma). Vychoval své následovníky: Vladislava Šedivce (nar. 1920), Milana Kolomazníka (nar. 1930). Současným vedoucím psychiatrické kliniky v Plzni je Jiří Beran.

Významným krokem v psychiatrickém školství bylo zřízení psychiatrické katedry IPVZ v roce 1955. Zakladatelem byl Josef Prokůpek (1906–1983), dalším vedoucím se stal Alojz Janík (1926–2001), který se zasloužil o její moderní koncepci. Po něm převzal vedení Karel Chromý.

Představiteli klinické psychiatrie na Slovensku byli Zoltán Klimó (1905–1974) v Košicích, Karol Matulay v Martině, Ernest Guensberger v Bratislavě. V Bratislavě

byli pokračovateli Guensbergera Ján Molčan, Eduard Kolibáš, Ivan Žucha a současný přednosta Vladimír Novotný.

Psychiatrická péče se ve značné míře odehrávala v psychiatrických léčebnách. Začátkem 20. století byla zřízena psychiatrická léčebna v Bohnicích u Prahy, později nově vybudovaná psychiatrická léčebna v Havlíčkově Brodě, jiné léčebny vznikly z klášterů. I v současné době je hlavní tíha psychiatrické péče na psychiatrických léčebnách. V našich podmínkách se zřizovaly léčebny o menší kapacitě (obvykle kolem tisíce lůžek, nepřesahovaly dva tisíce lůžek), oproti zahraničním léčebnám, např. v USA, kde se kapacita léčen pohybovala kolem pěti tisíc lůžek.

Přínosem pro terapii duševně nemocných se koncem 19. století stal rozvoj psychoanalýzy a dynamické psychiatrie. Zasloužil se o to Sigmund Freud a jeho následovníci. Znamenalo to zcela nový přístup k duševně nemocným a k novým terapeutickým postupům. Začátkem 20. století se začínají uplatňovat nové biologické formy terapie. Manfréd Sakel (1900–1957) zavedl inzulinovou terapii, o rozvoj šokových terapií se zasloužil Laslo von Meduna, který ve 30. letech minulého století začal používat kardiazolové šoky. V roce 1937 zavedli italští psychiatři Cerletti a Lucio Bini elektrošokovou léčbu. Přelomem v léčbě duševně nemocných se stal rok 1952, kdy Deniker a Delay použili léčbu psychofarmaky (promethazin, chlorpromazin, reserpin a později další).

Evropská psychiatrie měla vliv i na rozvoj psychiatrie americké. Adolf Meyer (1866–1950) původně švýcarský psychiatr, odešel do USA v roce 1892 a stal se významnou osobností americké psychiatrie a jedním z těch, kteří změnili psychiatrii v dynamickou. Jeho názory se oprostily od koncepcí Kraepelinových a rozvinul sociální stránku psychiatrie, měl zájem o problémy člověka a konflikty v životě. Je pokládán za otce interpersonálního hlediska.

Mayer-Gross (nar. 1889) původně německý, později anglický psychiatr, který od roku 1934 pracoval v Maudsley Hospital v Londýně, se zabýval psychopatologií a terapií psychóz. Je spolu s dalšími autorem významné psychiatrické učebnice *Clinical Psychiatry* (Londýn, 1954).

Část I

DIAGNOSTIKA DUŠEVNÍCH PORUCH

1. DIAGNOSTICKÝ PROCES

1.1 OBECNÉ ZÁSADY DIAGNOSTIKY V PSYCHIATRII

Diagnostika v psychiatrii patří mezi nejobtížnější ze všech medicínských oborů. Je to dáno tím, že klinické obrazy psychických poruch jsou mnohotvárné a proměnlivé. U velké části psychických poruch neznáme etiologii a patogenezi. Zvláště obtížná je proto iniciální diagnostika – kdy jde o počínající psychickou poruchu a kdy jde o projevy, které mají obecný charakter, a není nutno předpokládat, že půjde o psychickou poruchu. Pro iniciální období rozvoje psychické poruchy obvykle postačuje diagnostika na úrovni syndromologické. Také většina psychofarmak je konstruována pro léčbu na úrovni syndromů. Přesto i v psychiatrii je hlavním cílem diagnostikovat na úrovni psychické poruchy.

V předchozích obdobích nebyla v psychiatrii diagnostika jednotná, což vedlo k diagnostickým neshodám nejen mezi psychiatry v různých zemích, ale i mezi psychiatry v jedné zemi. Vznikaly proto snahy sjednotit diagnostická kritéria. Probereme-li učebnice a učební texty vydávané v minulosti u nás, vidíme nejednotnost chápání psychických poruch. Současné vývojové trendy a trendy realizované v minulosti se někdy dostávají do rozporu. Příkladem jsou rozpory v klinické psychiatrii a ústavní psychiatrii. V době vzniku termínu klinická psychiatrie měla reprezentovat vrchol odborného snažení a dělalo se rovnítko mezi klinickým a vědeckým.

Během doby došlo k vyrovnání rozdílů mezi klinickou psychiatrií a psychiatrií realizovanou v ústavních psychiatrických zařízeních a stejně tak došlo k odeznění rozdílů v diagnostice. Postupně se diagnostika v psychiatrii sjednotila i na mezinárodní úrovni. Hlavním mezníkem se stala desátá revize mezinárodní klasifikace nemocí. Již v minulosti se rozvinul nový směr v psychiatrii, který začal vystupovat proti tzv. vysokoškolské neboli učebnicové psychiatrii a jako protiklad k ní stavěl tzv. **dynamickou psychiatrii**. Dynamická psychiatrie je svými počátky stará, ale ke konci 19. století se nechala potlačit a později se nechala vyzvednout psychoanalytickým hnutím, ale bohužel jednostranně.

Zastánci dynamického směru používají pro označení vysokoškolské psychiatrie termíny jako rigidní, statická. S jiným pojetím přichází sociální psychiatrie, která pod pojmem vysokoškolská psychiatrie rozumí výskyt duševních poruch u studentů vysokoškolských. S odbornou literaturou z různých oblastí (anglosaská, americká, švýcarská aj.) se zavedla do naší psychiatrie řada nových pojmů, které mají blízko k různým oblastem psychiatrie. Proto je třeba rozlišovat mezi základními kategoriemi poruch a těmi, které na tyto základní navazují. Tyto pojmy a termíny jsou volně včleňovány do psychiatrické nomenklatury. Jejich ohraničení nebývá vždy dost přesné. Jednotliví psychiatři je podle své orientace užívají odlišně a subjektivně jim přikládají jiný význam. Např. termín senzitivní vztahovačnost (německy: der sensitive Beziehungs-

wahn) je někdy chápán jako úchylka ve struktuře osobnosti, jindy jako rozvoj paranoidního bludu. Přitom jen toto druhé je totožné s Kretschmerovým pojetím, který termín do psychiatrie zavedl. Podobně některé dřívější pojmy užívané v psychiatrii mizí a jsou nahrazovány novými.

Oficiální nomenklatura v psychiatrii je proto dána koncepcí oboru psychiatrie a vychází z mezinárodní klasifikace nemocí reprezentované Světovou zdravotnickou organizací. Garanty jisté jednotnosti psychiatrické nomenklatury u nás jsou vysokoškolské učebnice, výzkumná pracoviště, specializační průprava a další vzdělávání. Nelze proto rigidně lpět na tradici, ale obohacovat ji, rozšiřovat a modifikovat.

Podle expertů Světové zdravotnické organizace znamená pojem psychická porucha poruchu duševní činnosti specifickou v klinických projevech, kterou lze spolehlivě rozeznat jako definovaný standardní soubor znaků a je tak závažná, že vede ke ztrátě pracovní schopnosti, sociální kapacity nebo obojího. Navíc definice případu duševní poruchy musí být založena na kritériích, která jsou sociálně a kulturně pro danou populaci přiměřená.

1.2 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ A DUŠEVNÍ PORUCHA (NEMOC)

Abychom mohli diagnostikovat duševní poruchu, musíme znát nejen diagnostická kritéria, ale i normu psychického zdraví. Pohledy na tuto otázku se však různí. Tento vztah musí řešit každý, kdo se zabývá duševními poruchami a jejich diagnostikou. Jde o včasné rozpoznání duševní poruchy, její diagnostiku a výběr optimálního terapeutického postupu. Problematické identifikace jedince s duševní poruchou a kompetence psychiatra k zásahu předchází diagnostický proces. Tyto otázky mají svou sociální, odbornou a laickou stránku. Začínáme vlastně až tam, kde proběhla konfrontace laického a odborného přístupu a jejím výsledkem je rozpoznání poruchy nebo abnormality.

Úvodnímu období rozvoje duševní poruchy věnuje psychiatrie zvýšenou pozornost. Jde o diagnostiku v **iniciálním období**. Pro tuto diagnostiku máme k dispozici iniciální symptomatiku duševních poruch, která je jiná, než se projevuje v rozvinutém období psychické poruchy. Směr vývoje v tomto úseku spočívá v postihování stále včasnějších příznaků a projevů. Při sledování stále včasnějších příznaků se dostáváme k určitému bodu, kdy se tyto příznaky prolínají s projevy zdravé osobnosti. Jde o základní protiklad vztahu *duševní zdraví – duševní porucha*. Psychiatr vidí rozpor v návaznosti na praktická opatření, kterými by měl do tohoto vztahu zasahovat: *zdraví – upevňování zdraví – prevence – psychoprolaxe – léčba – nemoc*. Zjišťujeme, že psychiatrická diagnostika má dynamický charakter.

Pojem zdraví nelze chápat negativně (zdraví je tam, kde není nemoc), ani pomocí kritérií normalnosti. Kritérium normalnosti samo o sobě neexistuje, je to vždy vztah k něčemu. Také na zdraví se nelze dívat jako na daný stav, ale jako na *proces*, který má svou dynamiku. Nevyvíjí se sám o sobě, ale vždy v určitém vztahu k prostředí. Organismus je vybaven určitým rozsahem přizpůsobivosti k prostředí a prostředí klade na organismus jistý rozsah nároků. Podobný problém je mezi normalitou a zdravím. Při normalitě máme na mysli projevy, které v určité etnické oblasti zaznamenáváme

u většiny lidí. Zdraví je zvláštní případ normálního, má svůj subjektivní a objektivní aspekt. **Choroba (porucha)** je zvláštní případ abnormního, který se již kvalitativně liší od zdraví. Projevuje se příznaky v určitém seskupení a pořadí výskytu.

Když přizpůsobivost organismu převyšuje hranici nároků prostředí, jedinec se nachází ve stavu zdraví. Když rozsah nároků prostředí přesáhne hranici adaptability organismu, dojde k poruše rovnováhy a vzniká nemoc. Pojmem **pozitivní zdraví** se rozumí stav, kdy je jedinec schopen se vyrovnat s nároky, které značně převyšují běžné požadavky. Podle toho, jak je jedinec schopen se vyrovnat s různými nároky prostředí, se hovoří o různých stupních zdraví.

O **subjektivním zdraví** hovoříme tehdy, když jedinec prožívá pocit zdraví v určité vývojové fázi chorobného procesu, v remisích onemocnění apod. Pojmem subjektivní zdraví rozumíme prožitkovou stránku – pocit zdraví. **Objektivním zdravím** myslíme jeho vnější projevou stránku. U zdravého člověka mezi oběma stránkami zdraví nedochází k disociaci – prožitková i projevová stránka jsou zachovány. Disociace signalizuje rozvíjející se nebo vzniklý patologický stav.

Duševní poruchu v rámci existence člověka lze posuzovat dvojím způsobem:

- Duševní zdraví a duševní porucha jsou hodnoceny v kontinuální jednotě. Porucha je včleněna do dynamiky rozvoje osobnosti. S poruchou se kalkuluje jako s jednou vývojovou etapou osobnosti. Poruchou pokračuje vývoj osobnosti do období duševního zdraví. Tento přístup považuje poruchu za zákonitě vyústění vývoje osobnosti, je do jejího vývoje včleněna.
- Na duševní zdraví a duševní poruchu se lze dívat jako na dva protikladné jevy. Porucha není včleněna do dynamiky vývoje osobnosti. Těžiště je na rozhraní mezi premorbidním syndromem a incipientním stadiem poruchy. Zde dochází ke kvalitativní změně ve vývoji osobnosti a začíná se prosazovat vývoj chorobného procesu. Chorobný proces není přímým pokračováním vývoje osobnosti, vývoj se chorobným procesem narušuje a zastavuje.

Poněkud odlišný pohled na otázku zdraví a nemoci (poruchy) mají sociologové. Ti považují duševní poruchu za projev **deviantního chování**. Pro společnost nebo různé společenské skupiny platí, že jedinec, který svým chováním překračuje v nežádoucím směru stanovené normy, představuje pro stabilitu společnosti nebo skupiny nebezpečí, a je proto negativně sankcionován. Sankcí se v tomto případě rozumí každé donucování jednotlivce ze strany společnosti. Otázka sankcí podléhá socioekonomickému rozvoji dané společnosti. Proto v určitých historických dobách byl takovému deviantovi připsán status proroka, jindy status vyvrženého. Doba renesance označila takové jedince za duševně nemocné, aby je vymanila z rukou inkvizitorů. Tento výraz se pak dostal do slovníku medicínského modelu regulace reziduálního deviantního jednání.

Sociologové chápou nemoc jako úchylku. Důvodem takového chápání je společenská nežádoucnost nemoci a odchýlení se od chování, které od jedince společnost očekává. To znamená, že jde o odchylku plnění obvyklých společenských úloh a rolí. Podle Parsona (1965) a Freidsona (1970) má role nemocného čtyři charakteristické rysy:

- Nemocný je považován za nezodpovědného za vznik svého stavu a za neschopného odstranit jej svou vůlí.
- Nemocný je zproštěn svých dosavadních povinností.
- Nemocný je povinen dávat najevo vědomí nežádoucnosti svého stavu a jeho přechodnosti.
- Nemocný je povinen vyhledat odborníky a spolupracovat s nimi, nedojde-li ke spontánní úpravě stavu.

První dva znaky vyjadřují spíše výsady nemocného, další mají charakter povinnosti a mají i sankční charakter. Později se ukázalo, že tento model má omezenou platnost a vztahuje se v podstatě na krátkodobé, těžší, ale prognosticky nadějnější poruchy.

1.3 MODEL Y DUŠEVNÍCH (A BEHAVIORÁLNÍCH) PORUCH

Modely duševních a behaviorálních poruch představují zjednodušenou abstrakci jednotlivých teorií, které se v současné či minulé psychiatrii uplatňovaly. Teorie, které se v psychiatrii uplatňují či uplatňovaly, lze rozdělit do tří skupin:

- teorie založené na morfologii nebo činnosti mozku,
- teorie, které se odvolávají na programování chování (behaviorismus, etologie),
- teorie, které zdůrazňují účelovou podmíněnost příznaků (psychoanalýza).

Mezi nejznámější modely, které se v psychiatrii uplatňovaly, patří model morální, biomedicínský (lékařský), psychoanalytický, defektní a rodinný interakční.

■ Morální model

Jeden z modelů, které se v psychiatrii uplatňovaly v první polovině 19. století. Termín morální lze chápat jako psychologický nebo interpersonální. V současné době je chápán jako behaviorální. Byl to přístup, který se realizoval v azylových zařízeních původně nelékařským personálem. Azyl byl organizován na principu měšťanské rodiny a na choromyslného bylo nazíráno jako na dítě, které si může osvojit náležité chování. Některé léčebné procedury byly trestem, ale trest byl aplikován v dobrém přesvědčení, že šílenství lze tímto postupem odstranit. Mezi zastánce tohoto přístupu patřil Pinel ve Francii a Tuke v Anglii.

Soudobá behaviorální verze tohoto modelu chápe duševní poruchu jako naučené narušené chování. Náprava chování podle tohoto modelu spočívá v odstranění nežádoucího chování pomocí pozitivních a negativních podnětů. Dobrovolný nebo nedobrovolný pobyt v ústavu trvá do dosažení změny chování.

■ Model biomedicínský (lékařský)

Model, který postiženým jedincům přiděluje statut nemocného, což se podporuje tvrzením, že nemoc je výsledkem mozkové poruchy. Náprava se spatřuje v léčení a ošetřování. Nemocný je léčen ve zdravotnických zařízeních a jeho práva vyplý-

vají z role nemocného. Rodina má právo na informaci o jeho zdravotním stavu a má spolupracovat se zdravotníky, aby bylo dosaženo zdraví postiženého. Společnost se může chránit před nebezpečnými jedinci. Cílem je nemocného vyléčit a zabránit zhoršování jeho zdravotního stavu.

Lékařský model vystřídal morální model, ale oba modely koexistují v současných psychiatrických zařízeních. V této koexistenci stále převládá paternalistický princip: lékař nejlépe ví, co je pro nemocného dobré.

■ **Model biopsychosociální**

Tento model byl v psychiatrii zaveden v 70. letech minulého století (G. L. Engel, 1977). Byl aplikován hlavně u psychosomatických poruch (behaviorální medicína). Je podobný předchozímu modelu, ale obohacuje jej o psychologický a sociální prvek v etiologii, patogenezi, terapii, prevenci a rehabilitaci ve všech lékařských oborech včetně psychiatrie.

■ **Model psychoanalytický**

V tomto modelu má diagnóza podružný význam, protože duševní porucha je vždy jedinečná, a má proto individuální etiologii. Rodině se ukládá, aby nezasahovala do léčení, a nepřiznávají se jí stejně jako společnosti žádná práva. Cíl léčení je v řešení nevědomých konfliktů. Tento model se poněkud distancuje od paternalistického pojetí lékařského modelu.

■ **Model handicapový (handicapový-defektivní)**

Duševně postižený jedinec je chápán jako trvale narušená osoba a nepřihlíží se k původu jeho současného stavu. Chování je vykládáno jako přiměřené stupni defektu. Neočekává se možnost vyléčení, význam má spíše rehabilitace. Cílem je ochrana postiženého a jeho rehabilitace k výkonu omezeného fungování ve společnosti.

■ **Rodinný interakční model**

Základem jsou výzkumy komunikace v rodině s duševně nemocným jedincem. Vychází z rovnoměrně rozložené poruchy komunikace v rodině, kdy je jeden člen rodiny vytipován jako duševně nemocný. Rodinné léčení zahrnuje všechny členy rodiny s cílem ukončení dosavadní interakce. Nemoc musí vztahovat na sebe všichni a všichni jsou povinni spolupracovat s odborníkem v rodinném léčení. Cílem je vrátit zdraví celé rodině.

Existuje řada dalších modelů, které se v posledních letech vytvářely a které jsou uplatňovány v menší míře, například model sociální, konspirační (viz K. Chromý: Sociologie duševních poruch) či model psychedelický, který rozvinul v transpersonální psychologii S. Grof.

1.4 ROZPOZNÁNÍ DUŠEVNĚ NEMOCNÉHO

Výše uvedené modely mají různý přístup k označování jedince za duševně nemocného. Když hodnotíme duševní poruchu jako kvalitativní změnu v životě jedince, pak chorobný proces a vývoj osobnosti hodnotíme paralelně, a ne kontinuálně. Osobnost se musí nějakým způsobem s poruchou vyrovnat. Kontinuita jejího vývoje byla psychickou poruchou narušena a tuto skutečnost nelze anulovat.

Etapy rozvoje ataky duševní poruchy (onemocnění) bývají různě intenzivně vyjádřeny, a proto není možné je někdy přesně postihnout. Proti somatickým onemocněním mají tyto etapy některé odlišnosti.

Obvykle se rozlišují tyto etapy:

■ Období zdraví

Vyznačuje se projevy charakteristické struktury osobnosti člověka, které jsou výsledkem vrozených a zděděných faktorů (konstituce, temperament) a faktorů získaných vlivem prostředí, výchovy a vzdělání. Projevují se v zájmech, zálibách, charakterových vlastnostech a formátu osobnosti. Ve vztahu k duševní poruše (nemoci) se toto období označuje jako **premorbidní osobnost**. Předpokládá se, že charakter duševní poruchy neurčují pouze psychické a somatické změny, ale i pacientova reakce na tyto změny. Znalost premorbidní osobnosti pomáhá určovat prognózu poruchy.

■ Období premorbidních projevů

Před vlastním rozvojem psychické poruchy se mohou i dlouhou dobu vyskytovat různé psychické a somatické obtíže. V tomto období ještě nelze rozpoznat, že u jedince dochází k rozvoji psychické poruchy. Obtíže mají nespecifický charakter a mohou se vyskytovat u různých onemocnění a poruch – např. pocit únavy, narušený spánek.

■ Prodromální stadium

V tomto období se již formují úvodní projevy rozvíjející se poruchy. Od předchozích příznaků se liší tím, že již nabývají charakteru chorobných příznaků – i když nespecifických a ještě neskloubených do rozvinutého chorobného obrazu. Pro tyto potíže postižený buď vyhledá sám lékaře, nebo je upozoruje jeho okolí a snaží se zasáhnout. Toto stadium může být reverzibilní – zásahem lékaře se podaří proces zastavit nebo zvrátit, nebo přejde do následujícího stadia.

■ Úvodní akutní nebo subakutní stadium

V tomto období rozvoje poruchy se vedle nespecifických příznaků objevují i příznaky specifické a je již možno diferencovat mezi základními kategoriemi psychických poruch. Je možná syndromová diagnostika nebo dokonce diagnostika některých psychických poruch. To umožňuje i lépe terapeuticky zasáhnout. Lze již rozlišit neklid, agitovanost, nediferencovanou paranoiditu, halucinatorní projevy aj. Ze somatických projevů se mohou vyskytovat takové, které napomáhají diagnostice – např. poruchy spánku, nechutenství, úbytek hmotnosti u depresí.

■ Období manifestace poruchy

Nediferencované příznaky začínají ustupovat a objevují se příznaky charakteristické pro danou psychickou poruchu. Příznaky jsou natolik výrazné, že umožňují diagnostiku psychické poruchy. Manické nebo depresivní projevy jsou natolik zřejmé, že můžeme diagnostikovat epizodu manické či depresivní poruchy; halucinatorní projevy, vztahovačnost, úkorné a perzekuční bludy signalizují, že jde o psychickou poruchu z okruhu schizofrenie apod. Údaje z okolí postiženého umožňují upřesnit diagnostiku. V tomto období už nejde jen o léčení syndromů, ale o léčení určité psychické poruchy.

■ Období doznívání příznaků

Projevy psychické poruchy po dosažení vrcholu začínají ustupovat a opět jsou výraznější nespecifické projevy poruchy, specifické příznaky se oslabují. Začínají se zvýrazňovat projevy premorbidní osobnosti. U řady poruch se objevují příznaky v opačném sledu, než v jakém narůstaly. Výrazněji se liší nespecifické příznaky – např. bolesti hlavy a poruchy spánku ustoupily, ale mohou se objevovat projevy reziduální (změny osobnosti aj.).

■ Období rekonvalescence

Specifické příznaky odezněly, mohou přetrvávat některé nespecifické projevy (únava, slabost) a vedle toho projevy způsobené biologickými terapiemi (parkinsonské projevy některých antipsychotik, poruchy paměti po elektrošokové léčbě). V tomto období se zlepšuje i sociabilita nemocných, komunikace, péče o vlastní osobu.

■ Období obnoveného zdraví

V optimálních případech dojde k úplnému odeznění jak specifických, tak nespecifických projevů psychické poruchy. Ne u všech psychických poruch tomu tak je. U některých přetrvávají postprocesuální změny, ke kterým došlo narušením osobnosti postiženého psychickou poruchou. Včasné rozpoznání a správné léčení snižuje toto riziko na minimum.

Psychiatrická sociologie považuje za velmi důležitou otázku označení jedince za duševně nemocného. Tento proces je někdy označován jako **kariéra duševně nemocného**. Jde o otázku vztahu mezi chováním jedince a společenskou odezvou. Toto iniciální narušené chování je velmi různorodé a nestrukturované, jeho příčiny jsou sociálně psychologické nebo biologické. Kultura je jednou z řady určujících charakteristik společenského hodnocení narušeného chování. Co je v jednom etniku považováno za normální, v jiném etniku se může považovat za abnormní. Např. chování jižních národů ve srovnání s chováním severských. Proto se většině narušeného jedince nedostane označení duševní porucha. Z toho vyplývá i rychlost a snadnost dostupnosti lékařské pomoci. I hluboce dementní jedinci mohou být svým okolím považováni za přijatelné.

Značkovací proces, značkovací, nálepkovací teorie je jednou z novějších orientací v lékařské sociologii. Základní myšlenky této teorie se objevují v kriminologii již v období před druhou světovou válkou. Jde o obecnou teorii deviantního chování. Pro

duševní poruchy byl rozpracován tzv. **normativní přístup**. Mezi základy této teorie patří koncepce primární a sekundární deviace. **Primární deviace** je rozpoznané porušení pravidel, které je buď tolerované, nebo označeno nálepkou bez trvalých následků. **Sekundární deviace** znamená deviantní roli, ve které jedinec může používat deviantní jednání jako prostředek přizpůsobení se a jako osobní strategii. Většinou jde o jedince s vleklou psychickou poruchou.

Když lékař potvrzuje status duševně nemocného, musí přihlížet i k tomu, do jaké míry je to v daném prostředí (společnosti) únosné vzhledem k pozdějším problémům se sociální readaptací. Je zřejmé, že mladší občané chápou roli duševně nemocného jako méně stigmatizující než starší populace. Běžně v populaci převládá názor, že odpovědnost za celou situaci a další průběh poruchy přebírá lékař, zvláště jsou-li k tomu lékařem vedeni.

1.5 KLASIFIKAČNÍ SOUSTAVY A DIAGNOSTIKA

V psychiatrii, stejně jako v ostatních jak medicínských, tak nemedicínských oborech, je snaha třídit získané zkušenosti a vědomosti. Vytvářejí se různé klasifikační systémy. Vychází se ze zkušenosti, že v každém konkrétním jevu lze odkrýt jak vlastnosti zvláštní, tak vlastnosti obecné. Na obecných vlastnostech je založeno jejich třídění. Zobecňování a třídění poznatků v psychiatrii spočívá ve vytváření klasifikací a systémů.

Klasifikační systémy se vyznačují konvencí. Stejný problém lze posuzovat z různých hledisek a to zejména v psychiatrii, kde často nelze závěry podložit laboratorními metodami či jinak. Co pod pojmem schizofrenie rozuměli naši předchůdci, nemusí být totožné s tím, co tím rozumí současní psychiatři. Rozvoj klasifikace duševních poruch představuje i historický proces. To, co dříve představovalo vrchol třídění, je v dalším období překonáno. Např. Kraepelinova klasifikace z roku 1886 byla překonána klasifikací Bleulerovou z roku 1911. Je to pochopitelné, protože nové poznatky o duševních poruchách to umožnily.

Je však pravda, že proces psychiatrické klasifikace je rozporný. Rozpornost se projevuje odlišnými klasifikačními přístupy: nosologická koncepce a antinosologický přístup. Rozpory mezi „psychicky“ a „somaticky“, rozpor mezi psychopatologickým a patofyziologickým přístupem, mezi materialistickým a idealistickým, mezi monistickým a dualistickým přístupem psychiatrů. Poznatky získané při diagnostice a terapii duševních poruch zobecňujeme na různých úrovních. Nejkonkrétnější jsou symptomy, obecnější je syndromologická a nosologická úroveň.

Diagnostika na úrovni symptomů nebo syndromů představuje malý stupeň abstrakce. Pragmatický přístup vychází z konkrétnějšího – z jednotlivého pacienta. Pacient je ta jednotka, na kterou se má soustředit. Když však vycházíme jen z pacienta a jeho poruchu považujeme za zvláštní a neopakovatelný jev, pak nemůžeme zkušenost zobecnit. Naproti tomu nosologická klasifikace třídí jevy na nejobecnější úrovni. Nevychází jen ze symptomů a syndromů, ale přihlíží k etiologii, patogenezi, průběhu a výsledku poruchy.

Příkladem složitosti celého diagnostického a klasifikačního systému může být Bonhoefferovo učení (1910, 1912) o akutních exogenních reakčních typech. K tomu, aby mohl svá zjištění u infekčních nemocí včlenit do klasifikačního systému, musel nejdříve oslabit Kraepelinův systém, který byl založen na endogenitě a nepřipouštěl vznik depresivních, paranoidních a jiných obrazů jinak. Proto Bonhoeffer vytvořil teorii o nespecifičnosti syndromů. Psychopatologický syndrom mohou vytvořit různé činitele a naopak při stejné etiologii vznikají u různých jedinců různé psychopatologické obrazy. Tím byl rozbit Kraepelinův systém založený na endogenitě a v dalším období se mohly vytvářet systémy jiné.

V psychiatrii v průběhu 19. a 20. století vzniklo mnoho různých klasifikací a diagnostických systémů, které vycházely z různých modelů psychických poruch:

- **Psychosociální model**, který byl zaveden na počátku 19. století. Tento model byl později rozpracován Freudem jako psychodynamický a později na základě učení Pavlova J. B. Watsnem jako behaviorální. V podstatě šlo o odmítání medicínského modelu duševní poruchy.
- **Organický model** byl zaveden W. Griesengerem v polovině 19. století a později rozpracován T. Meynertem, C. Wernickem a K. Kleistem (neuro-anatomický model), který později převzaly a dále rozpracovaly neurovědy.
- **Agnostický (ateoretický) model** byl zaveden v polovině 19. století H. Neumanem, který nevěřil v možnost jakékoli diferenciální diagnostiky v psychiatrii a doporučoval koncepci jednotné psychózy. Tento názor byl překonán klasifikací E. Kraepelina na přelomu 19. a 20. století. Do této skupiny se řadí i klasifikace MKN-10 a DSM.
- **Farmakomorfní model** má základy v 50. a 60. letech 20. století, když se objevila první účinná psychofarmaka (J. Delay a P. Deniker zavedli v roce 1952 chlorpromazin do terapie duševních poruch). Zavedení psychofarmak do terapie duševních poruch a jejich úspěchy vedly k domněnce, že by mohla být objevena příčina vzniku duševních poruch.

(Blíže o klasifikaci v psychiatrii viz P. Smolík 1996 a novější vydání.)

Podobně tomu bylo i v současnosti. Když v roce 1948 vznikla Světová zdravotnická organizace, došlo k vydání International Statistical Classification of Diseases. Tato klasifikace byla zpočátku používána jen některými zeměmi. Proto v dalším průběhu dochází k různým úpravám. Původní klasifikace označená jako MSK – Mezinárodní statistická klasifikace (ICD-6) doznala větších změn v roce 1959. Nejdůležitějším doporučením bylo zbavit všechny diagnózy etiologických závěrů a vytvářet „jednoduché operacionální definice“. V roce 1965 vyšla 8. revize a její užívání vstoupilo v platnost v roce 1969. Postupně se pak uplatňovaly další „decenální revize“. O sjednocení psychiatrické diagnostiky se nejvíce pokusila současná 10. revize MKN (Mezinárodní klasifikace nemocí, ICD-10), ke které byl v oblasti psychických poruch vytvořen glosář. Tato klasifikace se snažila co nejvíce přiblížit i americké klasifikaci (DSM – Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders).

Současná MKN-10 se začala začátkem 90. let 20. století zkoušet ve dvaceti zemích v různých částech světa. Přibližně devadesát procent klinických pracovníků,

kteří se na zkoušení podíleli, shledalo tento systém jako použitelný. Zkušební práce byly dokončeny v roce 1994 a v roce 1996 vyšlo první vydání této víceosé klasifikace. V současnosti je nesporné, že použití nové decenální revize se osvědčilo i v našich podmínkách a stalo se základem pro diagnostiku duševních poruch.

1.6 DIAGNOSTIKA – DYNAMICKÝ PROCES

Dynamické pojetí psychické poruchy jako průběhového tvaru klade náročné požadavky na její diagnostiku, která musí její vývojové etapy zachytit. Jde např. o to, zda se duševní porucha od počátku rozvíjí jako nosologická jednotka, nebo různé poruchy mají zpočátku nespecifický charakter a příslušnost k určité nosologické jednotce se zvýrazní až v dalším průběhu.

Kdyby se psychická porucha od počátku rozvíjela jako určitá nosologická jednotka, měli bychom být schopni ji od počátku diagnostikovat. Ve skutečnosti tomu tak není. Počáteční projevy bývají nespecifické a specifický charakter získávají v průběhu vývoje. Tato neschopnost diagnostikovat psychickou poruchu hned na počátku je dána objektivními činiteli, možnostmi současné diagnostiky i subjektivními činiteli. Průběh dalších atak psychické poruchy bývá obdobný jako při prvních projevech, což nám ulehčuje diagnostiku. Stává se však, že první ataka poruchy nebyla dobře diagnostikována a v omylu se pak pokračuje. Proto v minulosti byly tendence diagnostikovat jednotnou psychózu, která v různých obdobích může mít různé klinické obrazy.

Znalost premorbidní osobnosti je dalším činitelem, který napomáhá diagnostice. V klinickém obraze psychické poruchy se často prolínají projevy premorbidní osobnosti s vlastními příznaky poruchy. Dřívější klasická psychiatrie vycházela především z aktuálního stavu pacienta. V současnosti se klade důraz na dynamiku chorobných projevů. Porucha má své preklinické období (včetně premorbidní osobnosti), období klinické manifestace, období remise a rekonvalescence, případně relapsu. Podle toho, ve kterém stadiu poruchy postiženého vyšetřujeme, získáváme odpovídající množství informací a podle toho se směřuje i naše diagnostika. V rámci diferenciální diagnostiky se rozhodujeme mezi jednotlivými psychickými poruchami. V časných obdobích většinou dospíváme k diagnostice na úrovni syndromů.

Z hlediska diagnostického procesu se zabýváme typy diagnostických závěrů, podle toho, jaké množství jsme získali informací, subjektivních a objektivních údajů, údajů z okolí postiženého, případných vyšetření psychologických a laboratorních. Čím více údajů máme k dispozici, tím je diagnóza snadnější a přesnější.

Zjištění jevu v normě nepřítomného: nejde vždy jen o projevy, které u zdravého jedince nenacházíme, ale může jít i o projevy u dotyčného jedince neobvyklé, které u jiných považujeme za normální. (Např. u jedince vážné povahy je neobvyklé nápadně familiérní chování.) Proto ne vždy můžeme brát určitou normu jako charakteristickou pro všechny jedince – nejde o „všeobecnou normu“. Je důležité přesné popsání takového symptomu, aby bylo zřejmé, že jde o symptom psychické poruchy, a vytvoření předběžného závěru nás vede k úsilí zpřesňovat diagnózu.

Zjištění určitého seskupení odchylek od normy: když máme k dispozici větší množství údajů, docházíme i k vyššímu stupni diagnózy – na úrovni syndromu (syn-

dromologická diagnóza). Ta nám obvykle již umožňuje přesnější zaměření terapie i dalšího směřování k diagnostice psychické poruchy. Podle Griesingera (1871) se příznaky v psychiatrii neseskupují do příznakového komplexu (syndromu) náhodně, ale podle určitých zákonitostí. Určité příznaky vylučují přítomnost příznaků jiných a naopak, podle přítomnosti určitých příznaků lze jiné očekávat. Syndromová diagnostika se jinak nazývá **diagnóza prvního kontaktu**. Takovými diagnózami jsou např. paranoidní psychóza, anxiózně depresivní syndrom, paranoidně halucinatorní syndrom.

Zařazení poruchy do obecné kategorie: v psychiatrii jde o konečnou diagnózu, ke které jsme dospěli diferenciatně diagnostickými úvahami (nosologická diagnóza). Ne vždy jde o diagnózu konečnou, protože, jak jsme již uvedli, v další atace poruchy mohou být projevy odlišné. Proto „konečná diagnóza“ platí jen pro dané stadium poruchy. Např. při první epizodě deprese nemůžeme ještě říci, zda jde jen o depresi, či rekurentní afektivní poruchu. Teprve další průběh naše závěry upřesní. Proces zpřesňování a přizpůsobování aktuálního stavu postiženého trvá plynule, dokud nedojde k úplnému uzdravení.

1.7 SUBJEKTIVNÍ ČINITELE V DIAGNOSTICE

Když lékař provádí rozpoznání psychické poruchy a její zařazení do systému psychických poruch a klasifikace, činí tak na základě svých odborných znalostí. Musí posoudit všechny získané informace a rozhodnout. V tom se odráží jeho subjektivní přístup. I když dva psychiatři získají stejné množství údajů o pacientovi, jejich rozhodování je odlišné. V psychiatrii existuje řada teorií o vzniku a vývoji psychických poruch, záleží na tom, které diagnostikující psychiatr věří, stejně jako na tom, o jakých závěrech je přesvědčen: zda mu postačí zjištění poruchy na úrovni syndromu, nebo zda je přesvědčen o nutnosti nosologické diagnostiky. Tyto rozpory jsme mohli pozorovat i ve vytváření klasifikačních systémů. Diagnostické rozborů ukázaly na vztah mezi erudovaností a teoretickým postojem.

Velký internosologický rozptyl je známkou malé erudovanosti a malé zkušenosti lékaře. Svědčí o tom nejen tápání mezi nosologickými skupinami (např. reaktivní deprese a velká deprese), ale i mezi základními chorobnými kategoriemi – neurotické a psychotické poruchy či poruchy osobnosti. Naopak zvažování mezi psychickými poruchami uvnitř nosologického okruhu je známkou erudovanosti. Při takových diferenciatně diagnostických úvahách se uplatňují individuální teoretické postoje hodnotícího. Např. po zavedení MKN-10 se většina psychiatrů u nás přidržuje shodných kritérií, zatímco v některých zemích se uplatňují jiné koncepce. Ovšem i v rámci jednoty našich psychiatrů zjišťujeme diagnostické rozptyly. Byla provedena řada diagnostických studií, ze kterých spíše vyplynulo, že diagnostický rozptyl je založen na nestejně erudovanosti a zkušenostech.

Protože ne každý psychiatr má stejný postoj k diagnostice, bylo popsáno několik odlišných **diagnostických stylů** (Gauron a Dickinson 1966, Janík, 1987, 2001). Bylo popsáno několik variant, z nichž některé zde uvádíme:

■ Intuitivní přístup

Vyšetřující lékař dochází k závěrům na základě poměrně malého množství informací a závěr vychází z jeho prvního dojmu. Tento typ se vyskytuje velmi často, až v polovině případů. Je však mnoho případů, kdy takové unáhlené závěry nebyly správné. I k takovému intuitivnímu přístupu je potřebná řada znalostí a zkušeností. Z pozorování mnoha duševně nemocných a z teoretických studií si psychiatr vytváří abstrakcí schémata typů psychických poruch. Tyto své abstrahované zkušenosti pak mimovolně srovnává s konkrétním případem. Potom na základě několika postřehnutých příznaků zařadí „případ“ do zkušenostní šablony. Důležité je i to, jak je případ typický a nakolik zapadá do zkušenostního schématu. Někteří psychiatři intuitivní přístup odmítají, jiní naopak preferují.

■ Vylučovací postup

Obvykle jej používají málo zkušení psychiatři, nebo naopak vědečtí pracovníci. Přístup počítá s mnoha eventualitami, které se postupně na základě dalších informací vylučují, až se dospěje k závěrečné diagnóze. Důležité je dodržet správný postup v získávání informací – nejprve vlastní vyšetření, potom údaje z okolí postiženého atd.

■ Nerozhodný přístup

Lékař v tomto případě není schopen rozhodnout se pro jednu diagnózu. Dochází ke sporným závěrům nebo ke kombinovaným diagnózám, jindy k impulzivnímu rozhodnutí. Tento přístup se také označuje jako paralýza logiky. Lékař vyžaduje stále nové informace a nezáleží mu na pořadí informací. S podobnými případy se setkáváme i u psychologických vyšetření.

■ Knižní přístup

Je častý u psychiatrů, kteří sice mají dobré předpoklady, ale málo rozvinuté. Hovoří se o rigidním přístupu. Vyšetřující vyžaduje maximum informací podle toho, jak jsou popsány v učebnicích, a také vyžaduje, aby se dodrželo jejich pořadí. Vyskytuje se u nedostatečně zkušených pracovníků.

■ Adaptační přístup (zpětnovazební)

Při tomto postupu získané informace modifikují myšlení a nezáleží na pořadí informací. Jde o detektivní způsob přístupu, při kterém lékař pátrá po nejmenších detailech.

Diagnostické styly se v takto čisté podobě většinou nevyskytují, obvykle jde o jejich kombinaci. Záleží na subjektivním pocitu diagnostické jistoty. Tento pocit jistoty zpočátku stoupá s délkou praxe. Nejvyšší byl zaznamenán v rozmezí 3–6 let. Po tomto období obvykle klesá na původní hodnoty a někdy i pod jejich úroveň (Janík a spol., 1974).

1.8 OBJEKTIVNÍ FAKTORY V DIAGNOSTICE

Lékař může být dobře erudován, může mít bohaté diagnostické zkušenosti, a přesto mohou být jeho závěry nesprávné. Mnoho psychických poruch se ve svých iniciačních stádiích projevuje stejně a rozlišení podle stávajícího klinického obrazu není možné. Porucha ještě nedospěla do takového stadia, aby se dostatečně diferencovala. Hovoříme o objektivních potížích při diagnostice.

K rozpoznání duševní poruchy nestačí jen znalost současného klinického obrazu, ale je třeba znát i její průběh, možné varianty: procesuální a neprocesuální psychické poruchy, průběhové varianty – primárně progredientní, periodický, fáziký, undulující, narůstání postprocesuálních změn a jejich dynamiku. Také odezva na léčebné zásahy napomáhá diagnostice.

Při diagnostice psychiatrického případu pomáhají anamnestické údaje jak od postiženého, tak od jeho okolí. V rodinné anamnéze pátráme po výskytu duševních poruch v rodině a příbuzenstvu, po povahových rysech rodičů. Neméně důležité jsou údaje z matčina těhotenství, porodu, případném perinatálním poškození. Význam má výchova v časném dětství, možnost působení deprivačních vlivů, závažnější somatická onemocnění, výchova a vývoj, utváření premorbidní osobnosti. Důležitá je informace, zda se již v minulosti vyskytla u postiženého obdobná psychická porucha, významná životní událost, krize, somatické či psychické trauma, jak na tyto události reagoval a jak se projevoval.

Důležité je zjištění, zda postižený nepožívá alkoholické nápoje, či jiné psychotropní látky, zda jde jen o příležitostné zneužívání, nebo o již vytvořenou závislost.

Nápadnosti v počátku psychické poruchy mohou být jen diskrétní, nebo se vyskytují občasně či periodicky a lékař je při intervenci nemusí postihnout. Např. tranzitorní stavy zmatenosti u počínajících demencí se vyskytnou večer nebo v noci a přivolaný lékař již na postiženém žádné takové změny nezjistí. První projevy psychické poruchy mohou být velmi nespecifické: bolesti hlavy, poruchy spánku. Ale mohou být i jistým varováním, které oznamuje příchod vlastní poruchy nebo nové ataky psychické poruchy. V dalším období nabývají příznaky konkrétnější podoby, ale ještě je nelze zařadit do konečné diagnózy, dochází se jen k syndromologickému závěru. Práce lékaře spočívá i ve zpracování získaných informací, jejich utřídění, v rekonstrukci průběhu psychické poruchy.

Při diagnostice hraje vedle samotného klinického obrazu důležitou roli i mnoho dalších faktorů: stav interpersonálních vztahů postiženého, vývoj procesu, tolerance okolí a jiné sociální faktory. Důležitá je i intraindividuální situace. Postižený si ne vždy uvědomuje svou psychickou poruchu, její počátek nebo rozvoj a pokládá své chování za zcela normální. Sám nevyhledá lékaře nebo dokonce jeho pomoc odmítá. K psychiatrovi se pak pacient dostává až na zásah jeho okolí, kdy duševní porucha je již natolik rozvinutá, že postižený je nebezpečný sobě suicidální aktivitou, nebo ohrožuje svým jednáním a zvláště agresivitou své okolí.

Na základě zjištěných informací se lékař dostává k závěru, kdy se musí rozhodnout pro určitou psychickou poruchu. K tomu mu pomáhá **diferenciální diagnostika**. Je třeba odlišit přítomnost psychické poruchy od psychických změn, které probíhají v jednotlivých životních údobích: zrání, zamilování, periodické výkyvy nálad v rámci intraindividuální normy, výkonnostní deficit daný věkem.

Lékař má při intervenci u psychiatrického případu důležitou úlohu jako zdroj informací pro další zpracování. Jde především o takové případy, kdy se stejné vzorce chování vyskytují jak u jedince s psychickou poruchou, tak bez ní a podstata poruchy je dána jen odlišným vztahem pacienta k objektu (závislost na drogách), nebo si existenci duševní poruchy neuvědomuje. Tehdy je pro konečnou diagnózu třeba syntetizovat informace z více zdrojů, aby vliv subjektivního zkreslení jednotlivými zdroji byl pokud možno eliminován. Informace získané od postiženého, z jeho okolí i pozorováním postiženého jsou subjektivně zkreslovány, ale přesto je jejich zachycení v dokumentaci nenahraditelné.

1.9 ZÍSKÁVÁNÍ A ZPRACOVÁNÍ INFORMACÍ

V psychiatrii dospíváme k diagnostickým závěrům přes složitý proces od získávání informací k symptomovému, syndromovému a konečnému závěru na úrovni vlastní psychické poruchy. Na úrovni diferenciálně diagnostické se psychiatrická diagnóza provádí vždy *per exclusionem*, tj. zvažováním všech pravděpodobných eventualit, které v konkrétním případě poruchy přicházejí v úvahu. Postupně při vzájemné konfrontaci vypouštíme méně pravděpodobné možnosti, až dospějeme k nejpravděpodobnějšímu závěru.

Psychiatrická diagnóza je založena na údajích získaných při rozhovoru s nemocným a jeho pozorováním. Další údaje získáváme vyšetřením psychologickým, neurosomatickým, a podle potřeby dalšími vyšetřeními: interním, dalšími konziliárními, laboratorním, nejen biochemickým, ale i elektroencefalografickým, a případně dalšími zobrazovacími metodami. Velký význam má získání údajů z okolí nemocného: rodiny, pracoviště, sousedů apod.

1.9.1 ROZMLUVA S NEMOCNÝM A JEHO POZOROVÁNÍ

Základní a nejdůležitější metodou psychiatrického vyšetření je rozhovor s nemocným a jeho pozorování během pohovoru. Přitom je důležité, aby rozhovor i pozorování bylo podřízeno situaci, za které vyšetření probíhá. Aby bylo možné realizovat uvedené postupy, je nejprve nutné **navázání kontaktu s vyšetřovaným**.

Psychologický přístup

Podmínkou pro použití psychologického přístupu k nemocnému je alespoň částečná lucidita vědomí a nepřítomnost motorického neklidu a agresivity. Mezi základní požadavky na komunikaci lékaře s nemocným patří nestrannost a zdrženlivost. Při rozhovoru s pacientem by lékař neměl stranit ani jeho tvrzením, ani by neměl zdůrazňovat tvrzení z okolí nemocného. Lékař má získávat co nejvíce informací, aby se mohl správně rozhodovat. Vyšetřovaný by však měl z komunikace s lékařem cítit určité porozumění a pochopení jeho potíží a problémů. To ještě neznamená, že lékař s postoji vyšetřovaného souhlasí.

Lékař musí při rozhovoru nemocného usměrňovat, aby neodbíhal od tématu, ale musí se vystříhat jakýchkoli násilností – vyčítání, posmívání, bagatelizování. Nemocný má mít pocit, že informace, které sděluje, nebudou podávány dále nebo jinak zneužívány, že to, o čem se hovoří, zůstává mezi nimi dvěma. Lékař by neměl klást sugestivní otázky a vnučovat pacientovi takové odpovědi, které sám pokládá za správné či žádoucí. Při vyšetřování psychiatrického pacienta by se mělo jednat o určité soukromí. Není vhodná přítomnost dalších účastníků, ani není vhodné takové prostředí, ve kterém má pacient pocit, že někdo další naslouchá jejich rozhovoru. Lékař by neměl komentovat pacientova sdělení nedůvěrou, či naopak s údivem s ním souhlasit. Pacient může mít pocit, že jeho výroky jsou zesměšňovány.

Lékař by se neměl v rozhovoru s nemocným vyhýbat sdělení o předpokládaných opatřeních – jak bude probíhat léčba, jaké je třeba zachovat zásady po příchodu nemocného do kolektivu ostatních pacientů, jaký je zavedený režim oddělení, který by měl být nemocným dodržován. Vztah pacient–lékař přináší zvláštní emoční situaci charakterizovanou **přenosem a protipřenosem**. Přenos znamená, že pacient zaujímá k lékaři stejný postoj jako k jiným blízkým osobám, většinou rodičům. Protipřenos z lékařovy strany odráží dřívější lékařovy zkušenosti. Regulace projevů těchto emocí patří mezi základní požadavky lékařského psychologického přístupu. Lékař ani ostatní zdravotnický personál by neměl mít k pacientovi ochranný a pečovatelský vztah. Tím vzniká u nemocného pocit, že jeho potíže a problémy přebírá lékař a že není třeba, aby sám cokoli dělal.

Rada psychiatrů svůj přístup k nemocnému přehání v dobrém slova smyslu. Např. s ním hovoří jako s dítětem, nebo pacienta důvěrně oslovuje, případně mu tyká. Podceňuje tím jeho důstojnost. Podobný je i problém dominance lékaře ve vzájemném vztahu lékař–pacient. Míra dominance a direktivnosti je přímo úměrná předpokladu společenské nebezpečnosti. Je pravda, že psychiatři se neradi vzdávají své dominance i v případech, kdy by to bylo prospěšné.

Pozorování nemocného

Pozorování je nedílnou součástí rozhovoru. Již při jeho příchodu do vyšetřovny, nebo při jiném prvním kontaktu, pozorujeme chování nemocného, jeho oblečení, upravenost. Pozorujeme jeho dynamogenii, která se zvyrazňuje v psychomotorických reakcích, v mimických a pantomimických projevech, v jeho reaktivitě na okolí. Např. pacient, který má sluchové halucinace, má naslouchací postoje, případně halucinacím odpovídá a gestikuluje. Podobně na něm pozorujeme změny při depresi: mimika je oslabena, chování ztrnulé, v obličeji bývá typický „trojúhelník“ (vytvořené rýhy mezi nosem a ústy). Také oblečení a celková úprava pacienta může být důležitou informací.

Již prvním kontaktem s nemocným se snažíme získat co nejvíce informací a vytvořit si základní schéma, podle kterého bychom u dotyčného nemocného měli postupovat. To samozřejmě neznamená, že budeme klást jen takové otázky, které by vedly k námi předpokládanému závěru.

1.9.2 ANAMNESTICKÉ ÚDAJE

Někteří psychiatři nezačínají vyšetření pacienta rodinnou anamnézou, ale nejprve rozhovorem o pacientových současných potížích. Je to lepší postup, protože vyšetřovaný hned od počátku získá dojem, že se zajímáme především o jeho potíže a že mu od nich chceme pomoci. (Trvale se však ve všech učebnicích psychiatrie propaguje začínat rodinnou anamnézou.) Podobné problémy vznikají s tím, zda si při vyšetření máme vše pečlivě zapisovat. Na jednu stranu je to velmi důležité, na druhé straně to odrazuje vyšetřovaného, aby nám uváděl některé důvěrnosti ze svého života. Vhodná cesta je asi uprostřed – pečlivě posloucháme, co pacient uvádí, děláme si jen stručné poznámky a potom rozhovor zapíšeme. Stejně tak není vhodné provádět nahrávání rozhovoru s vyšetřovaným, opět to vede k jeho zvýšené podezřívavosti a snížené možnosti získat potřebné údaje.

Zapisování rozhovoru na počítači je rovněž rušivé. Uvádí se, že první rozhovor s nemocným by měl být spíše jen orientační, aby se navázal kontakt a získala důvěra, a v dalších kontaktech se anamnestické údaje upřesňují. Do značné míry to záleží na taktice, zkušenostech a znalostech každého psychiatra. První orientační záznam slouží jako vodítko pro další postup.

Rodinná anamnéza

Její význam je v tom, že informuje o sociálním prostředí rodiny, ve kterém vyšetřovaný vyrůstal, o interpersonálních vztazích v rodině i příbuzenstvu, o možných hereditárních dispozicích. Důležité je získat údaje o vztazích jednotlivých členů rodiny k vyšetřovanému. Zjišťujeme výskyt somatických onemocnění v rodině, které by mohly ovlivnit jak rodinné prostředí, tak vývoj vyšetřovaného (např. závažné tělesné onemocnění jednoho rodiče může vést ke snížení a omezení péče o výchovu dětí). Stejně významné je, zda se v rodině nebo příbuzenstvu vyskytoval alkoholismus nebo jiné drogové závislosti, zda byl někdo v rodině soudně trestán.

Osobní anamnéza

Pomáhá rekonstruovat osobnost vyšetřovaného a její vývoj, charakteristické rysy a projevy před vlastní psychickou poruchou – premorbidní osobnost. Proto je důležité začínat vyšetřením již v časném dětství pacienta: zdravotní stav matky v době těhotenství, průběh těhotenství (některá somatická onemocnění během těhotenství matky mohou poškodit plod); průběh porodu, zda nedošlo k poškození dítěte, případně zda se nejednalo o vícečetný porod; projevy dítěte v časném dětství – neklid, agrese, případně jiné projevy, které se podílely na formování a struktuře osobnosti vyšetřovaného; kontakty s okolím – zda byl živé dítě, či naopak se stranil kolektivu, zda netrpěl nějakými zlovyky; jaký byl jeho spánek, zda se nevyskytovaly nějaké poruchy (somnilogie, pavor nocturnus, somnambulismus).

V další části se snažíme rekonstruovat projevy nemocného v premorbidním období – projevy ve školním období, první známky změn v pubertálním období, projevy v období dozrávání a zrání osobnosti (předpokládá se, že dozrávání osobnosti je po dvacátém roce věku), v období pracovního zařazení, sexuálního vývoje a sexuálních vztahů, zájmové oblasti, případný další vývoj soužití s partnerem a vzájemných rodinných

vztahů. Je důležité pokud možno zachytit co nejvíce okolností, které mohly ovlivňovat utváření osobnosti a její vývoj.

V období premorbidní osobnosti zjišťujeme i emoční charakteristiky a typy reagování, které umožňují pochopit vývoj prvních potíží: introvertní postoje, či naopak zvýšená schopnost komunikace s okolím, stavy podrážděnosti, nejistoty, bezradnosti, komplexy méněcennosti, sklony k sebeobětování, nedůvěřivost, odcizení, sklony k sebeobviňování, pocity strachu, úzkosti, podezřavosti apod. Tyto projevy se vyskytují i u zdravých lidí a nemusí ještě být předzvěstí psychické poruchy. Teprve jejich častější a výraznější výskyt může signalizovat patologii. Pro upřesnění je třeba klást vhodné otázky vyšetřovanému. Již Heveroch ve své Diagnostice uvádí množství takových upřesňujících otázek.

V období premorbidních projevů se zjišťované rysy osobnosti akcentují, ale mohou být tak diskrétní, že si je nemocný ani jeho okolí neuvědomuje. V dalším vývoji dochází k jejich zvýraznění a obvykle si jich všimne nejprve okolí postiženého. Rozvoj psychické poruchy může být velmi pozvolný, nebo naopak – u některých poruch je náhlý, nezřídka k němu dochází po prodělaném somatickém onemocnění (chřipce, angíně).

Součástí osobní anamnézy je i zjišťování somatických onemocnění, úrazů, hlavně úrazů hlavy, případných poruch vědomí, záchvatových stavů, které může přispět k objasnění některých příčin a projevů psychické poruchy. Podobně je důležité zjišťování případné trestné činnosti, chování ve výkonu trestu, u starších jedinců i během výkonu vojenské základní služby.

1.9.3 NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ

Zjišťování projevů nynějšího onemocnění je někdy velmi obtížné a záleží na zkušenosti psychiatra, jak dovede klást vhodné otázky. K tomu, aby vedl správně rozhovor s nemocným, potřebuje znát především symptomy duševních poruch a zjišťovat jejich případný výskyt. Rozhovor začíná obecnými otázkami, podle kterých by se měl psychiatr orientovat, kterým směrem bude pokračovat. Je důležité se rychle orientovat v prvních příznacích poruchy a v jejich dynamice, sledovat vývoj příznaků a zjišťovat, které další projevy psychické poruchy se postupně přidávaly a rozvíjely. Tyto příznaky sledujeme od počátku jejich vzniku až po současný stav.

Příznaky duševní poruchy mohou mít různý průběh: mohou narůstat jak v intenzitě, tak množství, mohou mít undulující průběh, nebo dokonce na určitou dobu mizet. Získáme tak obraz o dynamickém profilu poruchy. To velmi napomáhá k závěrečné diagnostice.

Psychická porucha může mít rychlý začátek, rychlý rozvoj příznaků, nebo naopak její vývoj probíhá pozvolna a plíživě. Některé psychické poruchy mají průběh periodický (schizofrenie), epizodický (fázický) a mezi jednotlivými epizodami mohou být dlouhá období remisí, kdy pacient nemá žádné nebo jen mírné psychické potíže. Hned v úvodu vyšetření zjišťujeme orientaci postiženého, která vypovídá o stavu vědomí. Pokud pátráme po projevech deprese, nesmíme zapomínat na možnost sebevražedné aktivity vyšetřovaného, která je právě u depresivních pacientů velmi častá.

Když pátráme po jednotlivých příznacích, je vhodné držet se určitého schématu, abychom na žádné možnosti nezapomněli. Začínáme zjišťováním poruch vnímání (iluze, halucinace). Již pozorování nemocného může upozornit na halucinatorní projevy – naslouchací postoje, hovoření pro sebe, ucpávky v uších. Při pátrání po bludech musíme volit vhodné otázky, protože pacienti jsou nedůvěřiví, mají pocit, že to, co řeknou, bude zneužito proti nim. Je potřebné získat důvěru nemocného, aby nám své bludné představy sdělil. S bludnými představami nemocného neprojevujeme souhlas, abychom ho neutvrdili v tom, že jeho bludné představy jsou správné, ale ani je pacientovi nevymlouváme. Snažíme se zachovat neutrální postoj. Postupně tak probereme s pacientem všechny psychické kvality a zaměříme se na ty, kde zjistíme nějakou abnormitu.

Vedle zjišťování jednotlivých příznaků psychické poruchy se zaměříme i na reakce nemocného, na tyto projevy: emoční ladění, pocity strachu (fobie), anankasmy, obsese; případné konfliktní situace v rodině, ve škole, zaměstnání a v okolí postiženého. U žen je důležité zjistit, zda jejich potíže nejsou vázány na menstruační cyklus, přechod. Dále je důležité zjistit, zda příznaky nejsou působeny požíváním alkoholu, drogy, zda vyšetřovaný netrpí sklony k patologickému hráčství a jeho problémy nevyplynou z těchto situací. Podobně hledáme případné další souvislosti (ukončení školní docházky, maturita, nástup do zaměstnání, rozchody s partnerem, úmrtí v rodině či jiné události).

1.9.4 ZAMĚŘENÉ PSYCHIATRICKÉ VYŠETŘENÍ

Abychom se lépe orientovali v jednotlivých psychických kvalitách vyšetřovaného, klademe mu **zaměřené otázky**. Jde o otázky zaměřené k řešení určitých úkolů, které napomáhají zjistit situaci v jednotlivých psychických kvalitách.

- **Vyšetření řeči** – může jít o formální poruchu (dysartrie, skandovaná řeč), nebo o poruchu jejího obsahu (nesouvislá, neologismy). Může se vyskytnout vynechávání hlásek nebo celých slov, komolení slov či vady řeči (koktavost).
- **Vyšetření písemného a výtvarného projevu** někdy pomůže odhalit stereotypie, verbigerace, rozpad a deformaci písma, vynechávání hlásek, manýrovaný rukopis, mikrografie, makrografie. Písmo může být změněno užitými psychofarmaky. Vhodný je i krátký diktát nebo napsání autoanamnézy, což napomůže k orientaci o školních vědomostech a znalostech. Důležitý je i výtvarný projev vyšetřovaného (v akutní fázi onemocnění může být až bizarní a postupně se zlepšováním psychického stavu se mění, má obvykle méně fantazie). Někdy může být porušena motorika a motorická zručnost (např. u organických poruch).
- Jinými vhodně volenými otázkami zjišťujeme stav vědomí, pozornost. Významné je **vyšetření paměti**: jaký je stav vstřípivosti, údržnosti a výbavnosti. Zda je narušena novopaměť či staropaměť. Podobně důležité je orientační **vyšetření intelektových schopností** vyšetřovaného: rozsah vědomostí, schopnost logického myšlení a abstrakce, schopnost orientovat se v nových objevech a událostech.
- **Vyšetření kritičnosti a soudnosti** zjišťujeme tím, jak je vyšetřovaný schopen vystihnout podstatné od méně důležitého, zda je schopen objasnit přísloví. O kri-

tičnosti se přesvědčíme kladením problémových otázek. Vyšetřovaného necháme popsat, jak by řešil některé navozené situace, necháme ho posoudit postoje a jednání jiných lidí, např. jemu blízkých.

O všech prováděných zaměřených vyšetření vedeme záznam, je vhodné zaznamenat i položenou úlohu, způsob řešení i případné změny v chování vyšetřovaného.

Údaje z okolí vyšetřovaného

Používání termínu „objektivní anamnéza“ nevystihuje charakter těchto informací. Jde o údaje od příbuzných, známých, z pracoviště nebo školy. Tyto údaje mohou být subjektivně zkreslovány, stejně jako údaje od vyšetřovaného, ale napomáhají dokreslení celkového obrazu. Nemusí jít o údaje, které vyšetřovaný úmyslně zatajuje, ale může jít o jejich zkreslování (např. situace v rodině při rozvodu). Možnost vidět situaci „z druhé strany“ napomáhá jak k diagnostickému, tak terapeutickému řešení. Někdy se používá k získání těchto údajů dotazník.

Okolí postiženého může pozorovat začátky psychické poruchy v raném období, může upozornit na změny v průběhu onemocnění a na počínající relaps. Poskytne údaje, které pacient může bagatelizovat. Lékař by si měl ověřit získané údaje o nemoci pokud možno z několika zdrojů, zabrání se tak většímu zkreslování. Údaje z okolí vyšetřovaného se většinou získávají od příbuzných přímo nebo prostřednictvím sociální pracovnice. V některých zemích (především na americkém kontinentě) jsou oblíbené výjezdy týmu pracovníků do rodinného prostředí.

1.9.5 TĚLESNÉ VYŠETŘENÍ

Nedílnou součástí psychiatrického vyšetření je vyšetření tělesného stavu a vyšetření neurologické. Pokud se zjistí nějaké odchylky, pacient se nechá vyšetřit příslušným odborníkem. Řada psychických poruch je provázena různými somatoneurologickými odchylkami a je třeba vyloučit vzájemné souvislosti.

Poměrně časté je u psychiatrických pacientů i **vyšetření psychologické**.

1.9.6 POPIS CHOVÁNÍ

Během celého vyšetřování pacienta pozorujeme jeho vzhled a chování. Někteří jedinci na sebe upozorňují již svým oblečením a celkovým vzhledem, podobně je tomu i s jejich chováním během vyšetření. U někoho je mimika a pantomimika velmi živá, u jiného naopak. U depresivních nemocných se navenek projevuje sklíčenost, chudost mimiky a celková skleslost. Opačně je tomu u hypomanických nebo manických nemocných.

V minulosti byla tělesnému vzhledu a konstituci věnována značná pozornost a vznikla řada třídění a souvislostí tělesného stavu ve vztahu k psychické poruše. Nápadnosti v tělesném vzhledu přispívají k celkovému obrazu o vyšetřovaném. Tělesný vzhled: jedinec je hubený, štíhlý, obézní, nízké postavy, unavený, skleslý, živý, mo-

toricky zvýšeně pohyblivý. Může mít různé tělesné vady (deformace, hrb, kulhání). Jeho zevnějšek může být upravený, zanedbaný, může mít nápadný účes, vlasy, vousy.

Hodnotíme řeč vyšetřovaného, jeho pohled („dívá se do zdi“, není schopen se podívat na vyšetřujícího, má těkavý pohled apod.). Zda je v rozhovoru zabíhavý, ne-soustředěný, jaké je jeho psychomotorické tempo, jeho reaktivita, zda je u něho snaha po simulaci či disimulaci, agravaci, zda má sklony k účelovému nebo demonstrativnímu jednání. Popis chování je důležitý nejen pro aktuální diagnostické závěry, ale z hlediska dlouhodobého vypovídá o změně psychického stavu a prognóze.

1.9.7 PSYCHIATRICKÉ ZHODNOCENÍ (PSYCHOPATOLOGICKÝ ROZBOR)

Psychiatrické zhodnocení představuje závěrečnou etapu třídění poznatků, které jsme získali z celého vyšetření nemocného:

Symptomatická charakteristika znamená utřídění jednotlivých projevů a příznaků, které jsme u vyšetřovaného zjistili. Obvykle je sestavujeme podle jednotlivých psychických kvalit, které doplníme příklady, aby bylo zřejmé, z čeho jsme na uvedený symptom usoudili. Jindy postupujeme od vedoucího příznaku k příznakům přidruženým, záleží to na vlastní taktice každého lékaře.

Dynamický vývoj příznaků – jen aktuální popis příznaků je pro diagnostiku psychické poruchy nedostačující, a proto musíme zachytit v rozboru i jejich vývoj (narůstání, jejich dynamiku, případně ustupování). Snažíme se odhalit rozvoj příznaků, jejich závislost na premorbidní osobnosti, zda jde o premorbidní charakter příznaků až po jejich současný stav, jejich vzájemný vztah a souvislost. Dynamika projevů psychické poruchy pomůže i v jejich další prognóze. Snažíme se také zachytit možné příčiny vzniku příznaků.

1.9.8 DIAGNOSTICKÝ ZÁVĚR

Po psychopatologickém rozboru stanovíme nejprve **syndromovou diagnózu**. Příznaky psychických poruch vytvářejí určitá seskupení – syndromy. Vedoucí příznak na sebe navazuje další přidružené příznaky poruchy, které doplňují celkovou charakteristiku syndromu. Pro terapii psychických poruch zvláště v iniciálních obdobích je syndromová diagnóza postačující. Některé klasifikační systémy se s ní spokojují (např. DSM). Syndromový závěr neříká nic o etiologii, patogenezi a prognóze psychické poruchy.

Diferenciální diagnostika – než se rozhodneme pro konečnou diagnózu psychické poruchy, musíme zvažovat různé alternativy. Na základě zjištěných syndromů provedeme úvahu o možných závěrech. Postupně eliminujeme takové možnosti, které nejméně zapadají do našich diagnostických úvah, a dojdeme k nejpravděpodobnějšímu závěru.

Diagnóza na úrovni psychické poruchy (nosologická diagnóza) je závěrem, ke kterému jsme dospěli na základě zjištěných údajů a diferenciatně diagnostických

úvah. Tento závěr nemusí být vždy konečný, proto někdy hovoříme o **pracovní** či **předběžné diagnóze**. Takový závěr v dalším průběhu upravujeme.

Když jsme dospěli k závěru vyšetření, musíme se rozhodnout pro další opatření: jaký léčebný postup u pacienta zvolíme, jaká případná další opatření podnikneme, např. sociální nebo rehabilitační, která další vyšetření by byla vhodná pro upřesnění diagnostického závěru.

2. SYMPTOMY DUŠEVNÍCH PORUCH

2.1 SYMPTOM

Symptomem – příznakem – se v medicíně rozumí určitý projev nemoci. Podle přítomnosti určitých příznaků můžeme usuzovat na určitou nemoc nebo poruchu. Váha jednotlivých příznaků pro diagnostiku určitého onemocnění není stejná. Některé příznaky, např. poruchy spánku, jsou podružné u řady nemocí – jde o **nespecifické symptomy**. U jiných nemocí mohou mít závažný význam, např. u hypersomnií a narcolepsie. V takovém případě jde o **specifické symptomy**.

Symptomatologie je úsek medicíny, který se zabývá obecným studiem příznaků nemocí, sleduje jejich vztah k základnímu poškození nebo poruše a význam pro stanovení diagnózy. V psychiatrii se zabýváme takovými příznaky, které jsou charakteristické pro duševní poruchu. Rozlišujeme **příznaky subjektivní**, které uvádí nemocný a které souvisí s jeho subjektivními prožitky, a **příznaky objektivní**, které můžeme zjistit pozorováním nemocného, jeho vyšetřením nebo pomocí laboratorních zkoušek (aspekce, palpce, EKG, EEG aj.) či testů (psychologické vyšetření).

Symptomy mohou být **vedoucí (určující)**, charakterizující určitou psychickou poruchu a umožňující ji diagnostikovat. **Příznaky akcesorní** (přidatné, vedlejší, nepodstatné) doplňují obraz psychické poruchy. Jako jiné označení příznaků v psychiatrii se používá **příznaky primární** a **příznaky sekundární** (odvozené). Pro diagnostiku psychických poruch je potřebné znát jednotlivé příznaky, které potom můžeme zařadit do příslušných kategorií. Obvykle se probírají příznaky od jednodušších ke složitým – tak je tomu i v našem případě. V některých učebnicích je tomu naopak.

Lékařská psychologie se zabývá normální skladbou a průběhem psychických příznaků, psychiatrie jejich narušením.

2.2 VNÍMÁNÍ A JEHO PORUCHY

Vnímání je základní psychická funkce, která umožňuje poznávat vnější svět a změny ve vlastním těle prostřednictvím smyslových orgánů. Je základní složkou poznávací schopnosti člověka. Lze je charakterizovat jako základní předpoklad orientace v situaci.

Vnímání se uskutečňuje prostřednictvím smyslových orgánů, které se skládají z receptoru, smyslové dráhy a odpovídající oblasti mozku: projekční oblasti. Částečnou informaci o odpovídající mozkové struktuře poskytují evokované potenciály. Vnímání nemůžeme ztotožňovat s činností smyslových orgánů. Nejde jen o pasivní

zachycení podráždění, ale o aktivní zpracování podnětů. Je to aktivní psychická činnost, kterou nelze chápat izolovaně od ostatních psychických funkcí.

Strukturální elementy: základní jednotkou jsou **počítky**, složitější **vjemy**. (Jde o vysvětlení podle počítkové či elementární teorie. Tvarová teorie pokládá za základní jednotku tvar. Tvar má charakter celistvosti. Existují i další teorie.) Vjem je základním článkem duševní činnosti a je subjektivním odrazem vnějšího světa v našem vědomí. **Představa** je obraz předmětů nebo jevů, které v daném momentu nevnímáme a které vznikají bez současného vnějšího podnětu. Představa vzniká jako subjektivní produkt na základě minulých vjemů.

V přetváření představ se uplatňuje **obraznost**. Znamená vytváření nových představ tím, že jsou přepracovávány představy, které byly vytvořeny na základě reálné skutečnosti. Rozlišujeme různé formy obraznosti: **neúmyslná obraznost** vytváří obrazy bez jakéhokoli záměru (volné asociace), **úmyslná obraznost** vychází z určitého záměru. **Reproduktivní obraznost** vytváří obrazy toho, co existuje, zatímco **produktivní obraznost** (fantazie) tvoří nové obrazy myšlenkovým přetvářením skutečnosti. Jedinec přenáší sebe nebo objekty svého okolí do jiných časových nebo prostorových podmínek. Fantazie znamená vybočení z rámce reality, odpoutání od přítomnosti a zaměření do budoucnosti. Může být zaměřena i do minulosti. Fantazie závisí na množství i kvalitě zkušeností jedince a na jeho nadání k fantazii. Vystupňovaná fantazie je např. při **pseudologia phantastica**.

Vnímáním se posuzuje objektivnost a reálnost. Znamená to, že vjemům přisuzujeme realitu a umístění v prostoru. Např. u fata morgany vidíme oázu, která má objektivní charakter, ale je neskutečná, nemá charakter reality.

Vlivem déle působícího podnětu se mění citlivost vnímání, což záleží na schopnosti **adaptace vnímání**. (Např. při delším pobytu ve tmě vlivem schopnosti adaptace je možné zrakově vnímat alespoň obrysy předmětů.) Vnímání se vyznačuje i určitou stálostí za různých podmínek působení podnětů – **konstantnost vnímání**.

Na vnímání má vliv i aktuální stav vnímajícího, jeho nálada, motivace, minulá zkušenost. Dá se říci, že vnímáme to, co očekáváme.

2.2.1 ZVLÁŠTNÍ PROJEVY VNÍMÁNÍ

- **Eidetismus** je schopnost navodit si představu se značnou přesností, takže má charakter vjemu. Jde o jistou formu nadání, proto ji nezařazujeme do patických stavů. Tato schopnost bývá nejčastěji rozvinuta u dětí a s přibývajícím věkem se ztrácí.
- **Synestézie** (spoluvjemy) – jde o představy, které doprovázejí jiné vjemy. Vybavení vjemu v jednom smyslovém orgánu při podráždění jiného smyslového orgánu. Nejčastěji jsou synestézie zrakové a sluchové (např. barevná hudba – v určitých tónech jsou vnímány určité barvy a naopak). Tyto stavy jsou často popisovány při intoxikaci halucinogeny.
- **Paobrazy** vznikají udržováním dříve vnímaného obrazu po delší dobu, i když podnět už nepůsobí. Objevují se s krátkou latencí po vlastním vjemu a mívají krátkou dobu trvání. Jen výjimečně trvají několik minut. Vyskytují se *negativní paobrazy*, které připomínají fotografické negativy – černá barva je bílá a naopak, ostatní barvy jsou v barvě komplementární. *Pozitivní paobrazy* připomínají skutečnost.

- **Pareidolie** je schopnost vytvářet z nepřesně ohraničených počitků jasné vjemy. Při vytváření je vědomí aktivní a uplatňuje se i fantazie. Subjektivně jim není přisuzován charakter skutečnosti. Mají určitý vztah k pseudoiluzím (v neurčitých skvrnách jedinec vidí obrazy lidí, zvířat, v hučení vlaku slyší příjemnou hudbu). Využívá se jich i v Rorschachově testu.
- **Smyslové klamy** (smyslové iluze) se sice mohou objevit u kterékoli smyslové modalitě, ale nejčastěji jsou zrakové. Vycházejí z nesprávného hodnocení prostorových poměrů. Byla jich popsána celá řada (černý čtverec v bílém poli se zdá menší než bílý v černém poli, přímky protínající čáry vyzařující z jednoho bodu se zdají zakřivené). Na tomto principu byly konstruovány různé hříčky.

2.2.2 PORUCHY VNÍMÁNÍ

Dělíme je na poruchy vzniklé výpadem funkce smyslového orgánu, kvantitativní poruchy a na poruchy kvalitativní.

Výpad funkce smyslového orgánu

Dochází k němu při organickém poškození, psychogenní poruše a při gnostických poruchách.

■ Organické postižení orgánu

K poruše příslušné funkce dochází při poškození nebo chybění odpovídajícího orgánu. Vzniká: slepota (amauróza), hluchota (surditas, anacusis), porucha chuti (ageuzie), porucha čichu (anosmie), poruchy citlivosti (anestezie). Může být jen částečné postižení funkce (hypacusis, hyposmie, hypestezie), nebo postižení kvalitativní (parestezie, paracusis).

Uvedené poruchy jsou jen okrajově v zájmu psychiatrie, patří do příslušných oblastí somatické medicíny. Psychiatrie se jimi zabývá spíše druhotně – změny osobnosti u hluchoněmých, paranoidní vývoje u nedoslýchavých. **Syndrom fantomového údu** se vyskytuje u postižených po amputaci končetiny, nemocní mají pocit, jako by je úd, který jim byl chirurgicky odstraněn, bolel, jako by s ním pohybovali.

■ Psychogenní porucha

K výpadu funkce orgánu dochází i po psychotraumatizujících zážitcích: psychogenní slepota, hluchota, poruchy čichu, chuti, cití. Příčiny jsou různé. Poruchy se často dostavují u účelových a rentových neuróz. Podkladem bývá účelová hysterická reakce. Je obtížné rozlišení od simulace nebo agravace.

■ Gnostické poruchy

Vznikají při lézích mozkových laloků zpravidla nedominantní hemisféry. Podrobněji se těmito poruchami zabývá neurologie či neuropsychologie. Poruchy se označují jako **agnozie** (optická, akustická, taktilní, somatická). Nejde přitom o poruchu smyslového orgánu, ale o poruchu schopnosti porovnávat aktuální smyslové vjemy s dříve získanou zásobou stop (vzpomínek).

Kvantitativní poruchy vnímání

- **Zvýšená vnímavost** znamená kvantitativně změněné vnímání, kdy jedinec je schopen percipovat podněty v širším rozsahu než obvykle. Stoupá kapacita vnímání. S těmito stavy se setkáváme při některých intoxikacích (zvláště u psychostimulancií), u euforie, manických stavů. Toto kvantitativní zvýšení vnímavosti je obvyčejně na úkor přesnosti.
- **Snížená vnímavost** je opakem předchozího stavu. Percepční kapacita jedince je snížena. Bývá při stavech, kdy psychická činnost je snížena nebo utlumena, např. při únavě, depresi, somnolenci, intoxikaci některými psychofarmaky s tlumivým účinkem.

Kvalitativní poruchy vnímání

Tato skupina poruch vnímání je pro diagnostiku psychických poruch specifitější než skupina předchozí. Patří sem především iluze a halucinace.

Iluze

Jsou to vjemy, při kterých není objektivní skutečnost správně percipována (vnímána, zobrazena). Jsou vyvolány skutečným podnětem, ale neodpovídají mu. Při iluzi je vjem zkreslen. Podle subjektivního postoje k iluzornímu vjemu dělíme iluze na **iluze pravé**, kdy existuje subjektivní přesvědčení o skutečnosti vnímaného. **Iluze nepravé** (pseudoiluze) provází subjektivní přesvědčení o tom, že vnímání je klamné. Toto přesvědčení je buď v tom, že jde o chorobný projev, nebo o výtvar fantazie. Často se vyskytují při organických postiženích mozku. Iluze musíme odlišovat od **bludného vnímání**, kdy postižený interpretuje z neurčených smyslových vjemů událost, jednání, záměry či domluvu hlavně zaměřené proti němu. Mezi nepravé iluze patří tzv. **iluze afektivní**, kdy ve strachu nebo napjatém očekávání vnímáme klamně (např. při očekávání návštěvy slyšíme klepání nebo zvonění). Do této skupiny patří i **davové iluze** – iluze trosečníků, zázračného zjevení.

Iluze dále dělíme podle jednotlivých smyslů na zrakové, sluchové, čichové, chuťové, tělové, viscerální, kinetické a taktilní. **Hypnagogní iluze** vznikají při usínání. Častou iluzí je **záměna osob**, kdy postižený např. ve zdravotní sestře poznává vlastní sestru, matku či podobně. Zajímavá je **iluze dvojníka**, kdy postižený vidí v osobě obvykle blízké někoho jiného, podobného, nebo dvojníka (Capgrasův syndrom). O **iluzi řeči** hovoříme, když pacient vnímá zvuky kolem sebe (psí štěkot, ptačí zpěv) jako řeč, ve které může rozeznávat výhrůžky, rady, posměšky, věštby, které se ho týkají. Tzv. **halucinace paměti** jsou vlastně vzpomínkové klamy a nepatří do poruch vnímání.

Kahlbaumovy halucinace vznikají tím, že je iluzorně vnímán skutečný vnější podnět, který však není ani vzdáleně podobný tomu, co je iluzorně vnímáno. V roce 1866 popsál K. Kahlbaum tzv. funkční verbální halucinace u nemocného, u kterého vznikly verbální halucinace tehdy, když slyšel reálnou řeč. Tyto funkční halucinace jsou dnes pokládány za sluchové iluze, ale někdy jsou zařazovány jako mezistupeň mezi iluzemi a halucinacemi.

Halucinace

Jsou to vjemy, které vznikají bez současného vnějšího podnětu a mají přitom pro jedince charakter skutečnosti. Jde o vnímání zdánlivé skutečnosti.

Halucinace dělíme na:

- **Elementární (jednoduché)** – pokud jsou vizuální jde o *vize*, *fotomy* (halucinace ohně, světla, záblesků, stínů). Sluchové halucinace nazýváme *akoasmata* – jde o jednoduché vjemy různých zvuků (pískání, střelení, zvonění, různé tóny), někdy pacient slyší celá slova, případně hlásky (*fonémy*).
- **Složitě (komplexní)** – kdy postižený slyší celé věty, rozhovor, vidí postavy, davy lidí, zvířata.
- **Kombinované**, které se týkají dvou nebo několika smyslů současně – halucinace postavy, která mluví a hladí pacienta.
- **Asociované** – po první halucinaci následuje další: pacient slyší hlas, že bude otráven a vzápětí cítí pachut' nějakého otráveného jídla v ústech.

Halucinace také dělíme na smyslové (dále dělíme podle jednotlivých orgánů), reflexní, motorické, intrapsychické a inadekvátní. Právě halucinace musíme odlišit od **pseudohalucinací** (nepravé halucinace). Falešný vjem je sice vnímán jako skutečný, ale postižený si uvědomuje, že je to neskutečné a chorobné. Vyskytují se při únavě, nebo u organických mozkových poruch.

Smyslové halucinace:

- **Sluchové halucinace** (akustické, auditivní): halucinace jsou doprovázeny emočním zabarvením, většinou jsou pro postiženého nepříjemné. Pacient o halucinacích buď může otevřeně hovořit, nebo na ně usuzujeme z naslouchacích postojů, výrazu obličeje. Jindy pacienti používají různé ucpávky do uší nebo si zakrývají uši.
 - **Elementární** (jednoduché) nazýváme *akoasmata*. Jde o jednoduché vjemy různých zvuků – pískání, střelení, zvonění, různé tóny apod. Jindy jsou halucinovány hlásky nebo celá jednotlivá slova – *fonémy*.
 - **Složitě** (komplexní) dělíme podle obsahu na *slovní* – *auditivně verbální* (nemocnými jsou označovány jako „hlasy“), kdy nemocný slyší celé věty nebo rozhovor. Podle charakteru je dělíme na *imperativní* (rozkazovací), které postiženému něco přikazují, *teleologické*, které nemocnému něco radí, *antagonistické* – dva různé hlasy nebo dvě různé skupiny hlasů vedou mezi sebou spor. Složitě (komplexní) halucinace se vyskytují častěji než jednoduché.
 - Pro schizofrenii jsou typické **intrapsychické halucinace**, kdy postižený má pocit, že jsou mu jeho myšlenky brány nebo naopak cizí dávány do hlavy, nebo jsou jeho myšlenky zveřejňovány, ozvučovány či komentovány. Postižený nedovede vysvětlit, kterými smysly je vnímá. Z toho je zřejmé, že halucinace jsou **chorobné myšlenky**, které mají jasnou sensorialitu.
- **Zrakové halucinace** (vizuální, optické):
 - Mezi **jednoduché** (elementární) patří *fotomy* či *vize*. Jsou to halucinace ohně (erytropsie) – vyskytují se hlavně u epilepsie, záblesků, jisker, barevných skvrn.

- **Složitě** – nemocní halucinují postavy, jejich části, jindy jde o halucinace zvířat (zoopsie), předmětů, celých výjevů, krajiny nebo neskutečné nadpřirozené bytosti. Bývají pestré, zvláště při některých intoxikacích. Osoby jsou vnímány buď jako známé, či neznámé, živé, nebo mrtvé, malé, či obrovité, jindy různě postižené (bez hlavy, znetvořené).
- **Mikrozoopsie** – jsou halucinace malých zvířat. Časté jsou při delirium tremens, kdy bývají černobílé, s barevnými se setkáváme při intoxikacích některými drogami. Zvířata bývají děsivá, mnohotná. S halucinacemi malých lidí (liliputánů) se setkáváme při intoxikaci kokainem. Halucinace velkých objektů nazýváme **makropsie**, opakem jsou **mikropsie**. **Halucinace mnohotné** představují závaly pískem, vodou, mačkáním v zástupech lidí. Někdy může pacient sám halucinace přivolat, nebo naopak je potlačit (zavřením očí). Jindy jsou děsivé, vyvolávají úzkost a strach. Jen vzácně jsou halucinace příjemné (někdy u reziduálních schizofrenií).
- **Hemianoptické halucinace** se vyskytují při poruchách okcipitálního laloku. Jsou ve slepých částech zorného pole.
- **Pickovy vize** vznikají při lézích v oblasti pontu (pontinní halucinace). Postižený má dojem, že lidé prostupují stěnami, zavřenými dveřmi, vidí pokřivené stěny nebo se stěny bortí a posunují.
- **Lhermitteovy pedunkulární halucinace** vznikají při lézích v pedunculi cerebri. Nemocný při nich vidí neobyčejně živé a barvité, často příjemně emočně zabarvené, bohatě ornamentální exotické motivy, ptáky, květiny.
- **Extrakampinní halucinace** jsou umístovány do situací nedostupných danému smyslovému orgánu (vidí postavy mimo zorné pole, za zády, nad hlavou apod.).
- **Autoskopické halucinace** – nemocný halucinuje vlastní osobu (vidí sama sebe). Jsou buď *pozitivní*, když vidí sebe, nebo *negativní*, když se např. dívá na svůj obraz v zrcadle a nevidí se. Bývají při únavě, vyčerpání, při rozvoji horečnatých onemocnění (jsou blízké depersonalizacím).
- **Čichové halucinace** (olfaktorické):
 - **Jednoduché** se nazývají *olfakce*, *odorace* a jsou častější než složité halucinace. Většinou jde o nepříjemné pachy plynu, kouře, pálení gumy, bývají silně smrduté, sirné.
 - **Složitě** se od jednoduchých liší jen kvantitativně. Většinou jde o halucinace nepříjemných pachů. Nevyskytují se samostatně, ale společně s jinými halucinacemi. Často jsou příznakem organického postižení mozku (temporálního laloku a limbického systému – unciformní krize, v auře epileptických záchvatů).
- **Chuťové halucinace** (gustatorické):
 - **Jednoduché** se nazývají *gustace*. Také u nich je rozdíl oproti složitým jen kvantitativní. Jde o různé nezvyklé a nepříjemné chutě.
 - **Složitě** mívají nepříjemný charakter, např. nemocný má pocit, že jí otrávené jídlo. Vyvolávají v postiženém pocit něčeho nepříjemného, závadného. Většinou jsou spojeny s čichovými halucinacemi.

- **Tělové halucinace** (tělocitné): jednoduché i složité tělové halucinace dělíme na tři skupiny:
 - **Taktilní halucinace** (haptické) – nemocný pocítuje na povrchu těla různé dotyky, píchání, elektrizování, pálení, svědění, má pocit napadení drobným hmyzem, dráždění na genitáliích nebo pocit, že je sexuálně obtěžován (u žen pocit coitu). U *taktilní halucinozy* mají pacienti pocit napadení drobnými parazity a navštěvují dermatologa, aby je vyšetřil a zbavil je potíží.
 - **Cenestetické halucinace** (viscerální, orgánové, útrobové) – nemocný pocítuje různé změny na vnitřních orgánech (např. má pocit, že mu chybí některý orgán, nebo že jej má zkažený, porušený, shnilý, zkamenělý). Některé tyto halucinace lze jen těžko odlišit od bludů. Často se tyto pocity týkají pohlavních orgánů a sexuální tematiky.
 - **Pohybové halucinace** (motorické, kinestetické) – obvykle k nim dochází, když je nemocný v klidu. Má pocit, že pohybuje jednotlivými údy nebo celým tělem, že někam padá, nebo se vznáší. Podobné jsou *halucinace posedlosti*, kdy má nemocný pocit, že v jeho těle sídlí nějaká druhá osoba či nadpřirozená bytost, která pohybuje jeho údy nebo tělem bez jeho vlastní vůle. Zde jde již o bludné spojení s halucinací.

Některé jiné typy halucinací:

- **Verbálně motorické halucinace Séglasovy** – nemocný má pocit, že někdo jiný mluví jeho ústy. Rozlišují se jednak *pravé*, kdy postižený má pocit, že někdo hýbe jeho ústy, ale nemluví, a *nepravé*, při kterých i mluví.
- **Graficko-motorické halucinace** jsou obdobou předešlých. Nemocný má pocit, že někdo druhý řídí jeho ruku při psaní. Když pacient skutečně sám mluví nebo píše, pak nejde o skutečnou halucinaci, ale o psychotickou depersonalizaci.
- **Halucinace inadekvátní** – postižený vnímá v jiných částech těla, než odpovídajícím smyslovým orgánem (slyší hlasy nosem, zuby).
- **Halucinace reflexní** – nemocný má pocit působení předmětů nebo jevů, které ve skutečnosti vnímá, např. při spatření jehly pocítuje píchnutí. Jsou obdobou Kahlbaumových halucinací, při kterých dochází k velmi hrubému zkreslení vjemu.
- **Halucinace negativní** nebývají řazeny mezi pravé halucinace. Nemocný vnímá jakoby zrcadlový obraz a nevnímá skutečné zevní podněty, které na něho působí. Jiným typem je popírání skutečnosti, kterou postižený subjektivně nevnímá.
- **Hypnagogní halucinace** – vznikají při usínání na přechodu mezi bděním a spánkem.
- **Intrapsychické (psychické) halucinace** – postižený má pocit, že jsou mu někým druhým do hlavy nebo mozku dávány myšlenky nebo naopak, že jsou mu myšlenky vykrádány, brány z hlavy. Hovoříme o *imputaci a amputaci myšlenek*. Někteří je nezařazují do skupiny poruch vnímání, protože nejde o čisté poruchy vnímání, ale podílí se na nich i myšlení. *Syndrom Kandinskij-Clérambault* je současný výskyt intrapsychických halucinací (imputace a amputace myšlenek) a Séglasových verbálně motorických halucinací (blíže viz syndrom psychického automatismu).

Pseudohalucinace (nepravé halucinace):

Tohoto názvu se užívá ve dvojím významu. Jednak se tím myslí takové poruchy vnímání, kdy si postižený na rozdíl od pravých halucinací uvědomuje neskutečnost halucinovaného, není nezvratně přesvědčen o jejich objektivní skutečnosti.

Jiné je pojetí pseudohalucinací ve smyslu Kandinského, jak je popsal ve své monografii v roce 1886. Kandinskij je odlišuje od pravých halucinací, které jsou lokalizovány vně postiženého a jejich příslušnost ke smyslovému orgánu je zřejmá, zatímco pseudohalucinace lokalizuje nemocný uvnitř sebe, nejčastěji v hlavě, a jejich příslušnost ke smyslovému orgánu jasná nebývá (schází jim senzorialita a objektivizace). V podstatě jsou pseudohalucinace v pojetí Kandinského bez živosti a pestrosti vjemu a bez vázanosti na smyslové orgány intrapsychické halucinace (psychické halucinace Baillargerovy).

Do skupiny nepravých halucinací řadíme i **hemianoptické pseudohalucinace**, které jsou umístovány do slepé poloviny zorného pole při poruchách okcipitální oblasti.

- **Pedunkulární halucinace (pseudohalucinace)** vznikají při lézích v okolí III. mozkové komory a mozkového kmene. Jsou to vidiny pohybujících se barevných zvířat a postav. Postižený si uvědomuje jejich chorobnost.
- **Symptomatické pseudohalucinace** jsou projevem mozkového poškození, jsou pacientem vnímány tak výrazně jako pravé halucinace, ale ten poznává jejich chorobnost.
- **Unciformní krize** patří rovněž mezi nepravé halucinace, vznikají při lézích uncus gyri hypocampi a obvykle se vyskytují jako aura při epileptickém záchvatu.
- Mezi nepravé halucinace bývají řazeny i **hypnagogní halucinace (pseudohalucinace)**, které jsou při usínání, a **vigilagogické (hypnagogické) halucinace**, které se vyskytují při probouzení. Jde o doznívání denních dojmů, jakési živé představy.
- Zvláštní skupinu tvoří **halucinace „jakoby“**, kdy jde o doznívání pravých halucinací. Pacient si uvědomuje, že tyto projevy jsou chorobné. Jindy se s nimi naopak setkáváme na počátku onemocnění, kdy ještě nejsou plně rozvinuty a pacient si je uvědomuje jako něco chorobného.

Výskyt poruch vnímání

Fyziologicky: při usínání, při probouzení, při vystupňovaném psychickém napětí, při únavě.

Syndromy: halucinatorní, paranoidně halucinatorní, oneiroidní, deliriózní, amentní, obnubilatorní, organický psychosyndrom.

Psychické poruchy: schizofrenie – hlavně paranoidní, schizoafektivní porucha, deliria – např. delirium tremens, amentní stavy, některé formy obnubilací, intoxikační a infekční psychické poruchy, psychotické formy mánie a deprese – bipolární afektivní poruchy, některé psychotické poruchy při organických postižení CNS – Alzheimerova demence, vaskulární demence, některé mozkové léze aj.

Tab.1 Vnímání a jeho poruchy

	Strana
Strukturální elementy	
Počítky	43
Vjemy	43
Obraznost	43
Reproduktivní	43
Neúmyslná	43
Úmyslná	43
Produktivní (fantazie, pseudologia phantastica)	43
Objektivnost a reálnost	43
Adaptace vnímání	43
Konstantnost vnímání	43
Zvláštní projevy vnímání	
Eidetismus	43
Synestézie (spoluvjemy)	43
Paobrazy	43
Smyslové klamy (iluze)	44
Poruchy vnímání	
Výpad funkce smyslového orgánu	44
Psychogenní porucha	44
Gnostické poruchy	44
Kvantitativní poruchy vnímání	45
Zvýšená vnímavost	45
Snížená vnímavost	45
Kvalitativní poruchy vnímání	45
Iluze	45
Pravé	45
Nepravé (pseudoiluze)	45
Afektivní	45
Davové	45
Podle smyslů	45
Kahlbaumovy halucinace	45
Halucinace	46
Smyslové	46
Elementární (jednoduché)	46

	Strana
Složitě (komplexní)	46
Kombinované	46
Asociované	46
Auditivně-verbální	46
Imperativní	46
Teleologické	46
Antagonistické	46
Intrapsychické	46
Zrakové (vizuální, optické)	46
Mikropsie (mikrozoopsie)	47
Makropsie	47
Mnohotné	47
Hemianoptické	47
Pickovy vize	47
Lhermitteovy pedunkulární	47
Extrakampinní	47
Autoskopické	47
Pozitivní a negativní	47
Čichové (olfaktorické)	47
Chuťové (gustatorické)	47
Tělové	48
Cenestetické (viscerální)	48
Pohybové (kinestetické)	48
Verbálně-motorické (Séglasovy)	48
Graficko-motorické	48
Inadekvátní	48
Reflexní	48
Negativní	48
Hypnagogní (hypnagogenní)	48
Intrapsychické (imputace, amputace)	48
(syndrom Kandinskij-Clérambault)	48
Pseudohalucinace (nepravé halucinace)	49
Hemianoptické	49
Symptomatické	49
Unciformní krize	49
Hypnagogní	49

2.3 EMOTIVITA A JEJÍ PORUCHY

Emotivita je důležitou součástí psychických projevů člověka, vyjadřuje jeho subjektivní vztah k vlastním projevům a k jeho okolí a významně se účastní v regulačních mechanismech, ve všech formách postojů a chování. Emoce mají hodnotící význam a vyjadřujeme jimi svůj kladný a záporný postoj, pocit libosti a nelibosti, prožitek získání či ztráty hodnot, uspokojení a zklamání. Doprovázejí každé duševní dění.

Někdy se rozlišuje afektivita a emotivita, kdy pod **afektivitou** se rozumí pohotovost k emočním reakcím a **emotivitou** se vyjadřuje celková emoční charakteristika jedince.

Emoce jsou spjaty s vegetativním systémem. To se projevuje tím, že vegetativní reakce, které provázejí emoce (např. změny krevního tlaku, pocení, dechová frekvence), se nedají regulovat a můžeme je různými vyšetřovacími metodami zaznamenat (polygrafické vyšetření EEG, kdy se vedle mozkových potenciálů sledují kožné galvanické potenciály, tepová a dechová frekvence). Přehnané, intenzivní, opakované a dlouhodobé vegetativní projevy emocí mohou vést k psychosomatickým poruchám.

Emotivita je závislá na věku a pohlaví, což umožňuje charakterizovat člověka. Všechny druhy emočních projevů mají hodnotící význam. Emoce signalizují potřeby, postoje a podněty k akci. Mají vztah k adaptaci a jsou regulovány interpersonálními vztahy.

2.3.1 CHARAKTERISTICKÉ RYSY EMOCÍ

- **Subjektivnost** vyjadřuje subjektivní vztah emocí k předmětům a jevům.
- **Polarita** – emoce vyjadřují kladné a záporné stránky reakcí, příjemné a nepříjemné, uspokojování a neuspokojování. Projevují se v protikladných dvojicích. Vyjadřují dvě krajní, polární možnosti uplatnění emočního vztahu.
- **Aktuálnost** znamená, že emoce mají vztah k dění, které právě probíhá, k aktuální psychické činnosti.
- **Dynamičnost** – emoce se ve svém průběhu velmi citlivě mění jak po stránce kvantitativní, tak kvalitativní.
- **Asociace emocí** – pokud vedle sebe probíhají dvě emoce různých kvalit, vzájemně na sebe působí a ovlivňují se. Někdy dochází k jejich vzájemnému spojení. Výsledná emoce však není jejich prostý součet: uplatní se emoce největší intenzity a další emoce se jí přizpůsobí.
- **Iradiace emocí** vyplývá z asociace: dominantní emoce se uplatní a ostatní jí jsou podřízené a mají druhořadý význam. Doplňují působení dominantní emoce – dominantní emoce iradiuje na ostatní.
- **Přenos emocí** – znamená, že emoce se může přenášet z jednoho jevu na druhý, nebo na několik jevů, či na všechny, které probíhají v našem vědomí. Je to způsobeno přetrváváním určité emoce i po změně podnětů a situací.

2.3.2 ROZDĚLENÍ EMOCÍ

Rozdělení emocí podle polarity

Emoce se obvykle vyskytují v polárních dvojicích: kladné–záporné, libé–nelibé. **Stenické (mobilizující)** aktivizují a zvýrazňují energii člověka a jsou doprovázeny činností sledující cíl – potřebu. **Astenické emoce (demobilizující)** jsou doprovodem inaktivity po dosažení cíle – uspokojení. Bývají nazývány pasivními emocemi pro tlumící vliv na aktivitu a energii.

Rozdělení emocí podle kvality

■ Nižší:

- **Tělesné emoce** (elementární) jsou spojeny se základními potřebami člověka (jsou vázány na hlad, bolest apod.). Patří mezi ně i tzv. *vitální pocity*, které provázejí pudové projevy.
- **Individuální emoce** (egoistické) vyjadřují prožitek vlastního jednání (radost, žal, strach, hněv, pýcha, lítost).
- **Nižší city** vyjadřují takové zážitky, které jsou vázány na biologické, fyziologické a osobní potřeby člověka.

■ Vyšší:

Pro tuto skupinu je vyhrazen termín **city**. Jsou vázány na složitější činnosti člověka ve vztahu ke společenskému prostředí. Obsahují hodnotící moment, diferencují se výchovou a odráží se v nich formát osobnosti člověka.

- **Sociální city** (láska, nenávisť, úcta, sympatie) jsou spojeny s mezilidskými vztahy a vytvářejí se ve vzájemném styku mezi lidmi.
- **Estetické city** (cit pro krásu, obdiv, vznešenost) doprovázejí vnímání něčeho krásného a vycházejí z estetických vlivů (obraz, báseň, hudba, přírodní jevy).
- **Etické city** (cit pro spravedlnost, čest, křivdu, láska k vlasti, cit pro povinnost) doprovázejí společenský život a společenskou činnost člověka a závisí na mravních postojích jedince a normách společnosti.

Rozdělení emocí podle intenzity, trvání a průběhu

■ Afekt

Prudká, velmi intenzivní emoční reakce, která se vyznačuje rychlým vznikem, bouřlivým průběhem a krátkým trváním. Jde o rychlé emoční reakce na různé zážitky (hněv, radost, úžas, děs, úzkost, stud, nadšení). Afekt je provázen zřetelnými somatickými projevy (mimickými, pantomimickými a vegetativními). Afekt sám o sobě ještě neznamená chorobný stav i když při afektu je tendence k neuváženému jednání. Za normálních okolností člověk může své jednání ovládat. Každý afekt, který vznikl, má tendenci k vybití. Nedojde-li k vybití afektu, projeví se měštnání afektu, což navozuje úzkost. Následky se mohou projevit tím, že někdy nepatrná příčina může vyvolat nadměrnou reakci.

Vznik a průběh afektu záleží jak na dispozičních vlivech (vznětlivost, hypersenzitivita, flegmaticnost), tak na okamžitém stavu jedince (nálada posiluje afekt stejného směru, nebo tlumí opačný).

■ **Nálada**

Stav, který vyjadřuje trvalejší pohotovost emoční reakce v určitém směru. Má menší intenzitu než afekt, ale delší trvání. Určitá nálada dává všem ostatním emočním reakcím určité podbarvení – shodné emoční reakce zvýrazňuje a opačné potlačuje. Vznik určitého druhu nálady je ovlivňován mnoha činiteli (konstituce, celkový tělesný a psychický stav, únava, svěžest). Nálada nemusí mít stále stejné zaměření, ale může se v průběhu měnit, stejně jako její intenzita. Na náladu působí vlivy fyzikální (klimatické a meteorologické, střídání denního, měsíčního rytmu a ročních období), chemické (některá farmaka snižují náladu, jiná naopak zvyšují), metabolické (potrava, vitaminy, hormony), jiné vlivy, např. psychologické (různé traumatizující nebo naopak příjemně působící zážitky), somatické (tělesné onemocnění).

2.3.3 SOMATICKÉ PROJEVY EMOCÍ

Emoce jsou provázeny různými tělesnými projevy. Patří mezi ně mimika (podle Darwina mimické výrazy vznikly z původních účelových pohybů – cenění zubů u zvířat – smích u člověka), pantomimika, hlasový výraz, vegetativní projevy (pocení, změny dýchání, zčervenání, zblednutí). **Fyziognomie** je trvalý výraz, který je výsledkem opakovaných emočních hnutí a projevů a projevuje se ve skladbě vrásek, zbytnění určitých svalových skupin v obličeji aj.

Temperament je charakterizován jako soubor dispozic k emoční reaktivitě. Mezi znaky, které ovlivňují temperament, patří převažující druh nálady nebo afektů, vybavitelnost emočních reakcí, jejich trvání a intenzita, schopnost navazování trvalých a dlouhodobých vztahů, schopnost ovládat emoce a některé další. Podle temperamentu byla dříve snaha třídit osobnosti (blíže viz osobnost).

2.3.4 PORUCHY EMOTIVITY

Při rozdělení poruch emotivity lze jen částečně použít hledisko kvantitativní a kvalitativní, protože obě složky se prolínají a v různých momentech může ta či ona stránka převažovat.

2.3.5 PORUCHY AFEKTŮ

- **Zvýšená afektivní dráždivost** se vyznačuje sklonem k vyústění do patického afektu a vyskytuje se především na bázi organického postižení CNS, ale i u poruch osobnosti či po některých intoxikacích. Znamená zvýšenou pohotovost k patickým

afektivním reakcím a nejde o typickou poruchu afektů. Sklon k protrahovaným a výrazným zlobným afektům mají epileptici.

- **Patický afekt** se svým průběhem výrazně liší od normálního afektu. Jde u něho nejen o nadměrnou intenzitu, ale i o krátkodobou poruchu vědomí. Je charakterizován bouřlivým motorickým neklidem, krátkodobou poruchou vědomí (obvykle mráкотným stavem – obnubilací) a automatickým bezcílným jednáním.

Na začátku patického afektu bývá velmi silný afekt, který zpočátku může probíhat běžně. Postupně nabývá intenzity a dostaví se porucha vědomí. Po vzniku poruchy vědomí ztrácí postižený schopnost cílevědomého jednání. Průběh a typ celkové reakce je dán především jeho výchozím emotivním zabarvením: zloba, vztek, zuřivost, úzkost.

Již v přípravné fázi dochází k omezenému nebo zkreslenému vnímání okolí a převažuje koncentrace na traumatizující zážitek. Potom následuje výbuch, ve kterém jsou již různé poruchy orientace a poruchy vědomí. Zvýrazňují se přitom i somatické projevy: přeexponovaná mimika a pantomimika, vegetativní projevy (zarudnutí, blednutí, pocení aj.). Jednání v této fázi schází promyšlenost. Pro závěrečnou fázi je charakteristické celkové psychické i somatické vyčerpání, které se projevuje slabostí, únavou. Patický afekt často končí spánkem.

Vzpomínky na události, které se odehrály v patickém afektu, obvykle nebývají. V některých případech si postižený pamatuje jen několik útržkovitých vjemů. Schází schopnost plynule si vybavit sled událostí.

Patický afekt vzniká nejčastěji na oslabeném terénu a nebývá častý. Setkáváme se s ním u explozivních poruch osobnosti, u epileptiků a u některých organických postižení CNS. Může se vyskytnout i u zdravých jedinců při vyčerpání či silně traumatizujících zážitcích. Stává se, že jedinci, kteří se dopustili nějaké trestné činnosti, se snaží patický afekt použít jako omluvu svého jednání.

- **Vystupňovaný afekt (nezvládnutý afekt)** je takový stav, při kterém se postižený nechá strhnout k nerozvážným, surovým a násilným činům. Jde o mimořádně silný afekt, při kterém si sice postižený uvědomuje, co dělá, ale vlivem silné reakce nedovede své jednání ovládat v dostatečné míře. Není provázen poruchou vědomí, nebývá porušena soudnost. Odlišení od patického afektu nebývá snadné. Řada psychiatrů tuto formu afektu jako samostatnou neuznává a řadí ji mezi lehčí formy patického afektu, či naopak ji přiřazuje k „normálnímu“ afektu. Vyskytuje se u poruch osobnosti, epileptiků, alkoholové ebrietě, po intoxikaci některými drogami, ale i po únavě a vyčerpání.
- **Afektivní ztlum (útlum)** je vyvolán nadměrným intenzivním podnětem. Projevuje se tím, že postižený navenek zůstává zcela klidný, neprojevuje žádné afektivní vzrušení. Teprve po určité době začíná celou situací prožívat. Psychická činnost probíhá podle obvyklých zákonitostí, ale chybí jí emoční doprovod. Subjektivně má postižený dojem, že jeho jednání je automatické. Dochází jakoby k posunutí afektu a reakce se plně projeví, až když odezní nebezpečí. Objevuje se v katastrofických situacích – neštěstí, požáry, kde bychom normálně předpokládali silné afektivní projevy (zděšení, hrůzu).

- **Afektivní stupor** – v tomto případě je fáze zárazu vystupňována. Objevuje se při zvláště silných podnětech zejména hrůzného obsahu, které obvykle vyvolávají psychické a somatické projevy afektu. Vyznačuje se neschopností pohybu, řeči, vymizením mimiky a gestikulace, zástavou obvyklé psychické i motorické činnosti. Vědomí většinou nebývá porušeno, proto si postižený svůj stav uvědomuje, ale není schopen jej změnit. Porucha trvá obvykle velmi krátce, jde o uvolnění primitivní reakce, která je podobná reflexním projevům. Označuje se také jako *Belzův úlekový stupor*.
- **Afektivní raptus** vzniká na podkladě silně vystupňovaného úzkostného afektu, kdy dochází k vybití anxiózní tenze v agresivitě, která může být zaměřena jak na okolí, tak na sebe. Vyskytuje se u těžších forem deprese, ale může se objevit i u osobností intaktních v tíživých životních situacích. Při této formě je přítomen výrazný emoční náboj, oproti jiným druhům raptů. Jako zvláštní varianta může probíhat formou patického nebo vystupňovaného afektu.

2.3.6 PORUCHY NÁLAD

Patická nálada se od normální liší některými znaky:

- nepřiměřeně dlouhým trváním,
- intenzitou a hloubkou, které jsou nepřiměřené dané situaci,
- výrazným vlivem na ostatní psychickou činnost a chování člověka,
- podle kvantitativního hlediska můžeme rozlišovat náladu zvýšenou a sniženou.

Přechody mezi normální a patickou náladou jsou plynulé a ne vždy je snadné rozhodnout, do jaké míry jde o patickou náladu. Hraje zde roli jak hledisko kvantitativní, tak kvalitativní. Je nutné brát v úvahu i osobnost postiženého, jeho temperament, tělesný stav, etnické vlivy, vyvolávající momenty, ale i meteorologické a další vlivy. Rozlišují se dva základní druhy patické nálady: manická a depresivní. Někdy se rozlišuje mezi manickou a expanzivní náladou.

- **Euforie** se projevuje spokojeností, blažeností, pocity uspokojení; žádné zážitky neruší spokojenost. Při euforii není hyperaktivita nebo expanzivita ani nemusí být vystupňována veselost. Vyskytuje se při některých intoxikacích alkoholem nebo jinými drogami, ale i při některých organických onemocněních CNS – zde mohou být i *moria* (plané vtipkování bez zábran a taktu).
- **Manická nálada** – jde o nadměrně veselou náladu, bývá rozjařenost, sklon k afektům smíchu, žertování. Typická je živá motorika, zrychlená a usnadněná vybavování představ, zvýšené sebevědomí, zvýšená aktivita. V mírnějším stupni se nazývá *hypomanická nálada*. Postižení se předvádějí, snaží se druhé zaujmout, zasahují do jejich činnosti nebo je obtěžují. Zábrany jsou odtlumené a jejich jednání je odbrzděné. Spánek bývá krátký, ale postižení nepocítují únavu.

- **Expanzivní nálada** se projevuje zvýšenou emoční reaktivitou, zvýšenou vitalitou, aktivitou, agilností, zvýšeným sebehodnocením, postižený zasahuje aktivně do činnosti okolí, jsou sklony k agresivnímu prosazování svých názorů a může se vyskytovat neklid. Oproti manické náladě jsou výraznější sklony k agresivitě vůči okolí. Vyskytuje se jak v rámci manické epizody, tak u některých poruch z okruhu schizofrenie (hebefrenní forma schizofrenie), ale i u organických poruch CNS (Alzheimerova demence).
- **Extatická nálada** bývá průvodním znakem při *extázi* a často je spojena s náboženskou představou nebo sexuálními prožitky. Vyznačuje se vystupňovanými pocity blaženosti, štěstí a odevzdání se. Vyskytuje se u poruch osobnosti, při některých intoxikacích, či u jiných organických poruch (epilepsie).
- **Rezonantní nálada** se projevuje sklony ke zlobným reakcím, zvýšeným sebevědomím, podrážděnostmi, nevlídností, někdy sklony k agresivitě. Obsahuje jak prvky expanzivní, tak depresivní nálady.
- **Depresivní nálada** je chorobně smutná nálada se stísněností, útlumem, sníženou aktivitou, reaktivitou a vitalitou, charakterizovaná sníženou emoční reaktivitou, sníženým sebevědomím. Psychomotorické tempo a dynamogénie jsou zpomalené. Řeč je tichá, pomalá, odpovědi často po latencích, jindy až nemluvnost (*mutismus*). Při depresivní náladě je nebezpečí sebevražedné aktivity, zvláště když se zlepší dynamogénie dříve než smutek. Vyskytuje se u bipolární afektivní poruchy, schizoafektivní poruchy, schizofrenie, organických poruch a může provázet každou psychickou poruchu (mimo mánie).
- **Anxiózní nálada** se vyznačuje vystupňovanou úzkostí (anxiétou), která navozuje neklid jak vnitřní, tak zevní. Postižení naříkají, bědují, mají pocit nejistoty, napětí, očekávání něčeho zlého, mají sklony k sebevražedné aktivitě. Někdy se úzkost vystupňuje až do *raptu*, kdy náhle dojde k výbuchu neklidu, úzkosti až s agresivitou vůči okolí.
- **Bezradná nálada** – hlavním projevem je neschopnost řešit určitou situaci. Pocit neschopnosti a bezradnosti vystupuje do popředí tím výrazněji, čím více se jeví naléhavost řešit situaci. Tyto projevy mohou být i v rámci depresivní nálady, ale nejsou tak intenzivní.
- **Apatická nálada** se vyznačuje lhostejností a netečností, je snižená aktivita, utlumenost, snižená vitalita, nezájem, chudost mimiky. Je postižena volní stránka. Vyskytuje se u depresí, některých intoxikací a jiných organických poruch (demencí).
- **Anhedonická nálada** se vyznačuje neschopností prožívat radost (anhedonická deprese). Postižení se z ničeho netěší, ztrácí zájem o práci i zábavu, jsou skeptičtí k jakémukoli snažení, projevují se, jakoby se trvale nudili. Ve skutečnosti však nešťastně prožívají svou neschopnost. Bývá na počátku schizofrenního onemocnění.

nění, někdy v souvislosti s psychofarmakoterapií nebo jako projev afektivního vyhasínání.

- **Rozlada** se projevuje mrzutostí, špatnou až depresivní náladou, kterou mohou doprovázet sklony k sebevražedné aktivitě. Objevuje se u organických psychických poruch (*dysforická nálada*). Jsou sklony k nepřiměřeným emočním reakcím a zlobným afektům. Bývá podrážděnost, nebývá sklon k expanzivě.

Poruchy emotivity s převahou kvalitativní

- **Emoční labilita** se vyznačuje nestálostí a neschopností udržet emoci v jednom směru. Může přecházet z jedné emoční reakce na druhou, dokonce i opačné polarity. Střídání emocí může být velmi rychlé, i během několika sekund. Vyskytuje se u některých organických psychických poruch, schizofrenie, mentálních retardací, ale i u neurotických poruch.
- **Emoční inkontinence** – střídání nálad nemusí být velmi rychlé, je výraznější emoční odklonitelnost, emoční reakce jsou snadno odklonitelné sugestivními zásahy. Navodí-li se určité emoční ladění, přetrvává, pokud není přerušeno novým podnětem. Jinak je podobná emoční labilitě. Patrná je neschopnost udržet dlouhodobě emoci v jednom směru. Objevuje se u organických psychických poruch, hlavně u demencí.
- **Emoční ambivalence** – stejný podnět, je-li různě hodnocen, může vyvolat protikladné emoční reakce (smíšené pocity). Např. může milovat a zároveň nenávidět. Vyskytuje se u schizofrenie, u poruch osobnosti.
- **Zúžená polarita emotivity** (oploštělá emotivita) se projevuje celkovým nezájmem, sníženou aktivitou, celkovým poklesem emoční reaktivity. Zvýrazněná forma je *apatie*. Vyskytuje se u schizofrenních poruch, u depresí, u organických psychických poruch.
- **Rozšířená polarita emotivity** (emoční precitlivělost, idiosynkrazie) – jde o nadměrné emoční reakce na málo výrazné podněty. Jindy velmi silná emoční reakce provází podněty, na které je jedinec precitlivělý – škrábání po skle, skřípání zubů, při dotyku některých látek.
- **Emoční tenacita** se vyznačuje dlouhým přetrváváním emoce (opak emoční lability). Přetrvávání emoční reakce může být i na velmi malý podnět. Bývá u poruch osobnosti (zvláště fanatiků), reaktivních depresí.
- **Katatymie** se projevuje výrazným emočním zkreslováním některých psychických funkcí (vědomí, úsudku, myšlení) vlivem emoce. Jsou zkreslovány postoje vůči osobám nebo událostem – jednání jiné osoby je zkreslováno podle emočního ladění jedince. Objevuje se u paranoidních a depresivních psychických poruch, u poruch osobnosti. *Katatymní úsudek* znamená, že se k němu došlo pod vlivem afektivního

postoje a úsudek je tím modifikován. Obdobně se používá termín *katatymní reakce* – postižený se vrací neustále k jednomu tématu danému jeho paranoiditou. S. Freud použil termín *katatymní tvorba bludů*, který vychází z potlačených komplexů (na rozdíl od holotymní tvorby).

2.3.7 PORUCHY VYŠŠÍCH CITŮ

U této skupiny emočních poruch jsou rovněž vyjádřeny kvalitativní změny. Nejčastěji se projevuje snížení nebo chybění vyšších citů. Poruchy mohou být vrozené (např. u mentálně retardovaných), nebo získané.

- **Sociální tupost** se projevuje poruchou až úplnou neschopností citového kontaktu. Postižený s rozvojem poruchy není schopen navazovat a vytvářet nové citové vazby. Vyskytuje se u schizofrenie (zvláště reziduální formy), organických poruch (demencí), poruch osobnosti.
- **Moral insanity** – je vystupňovaný egocentrismus, bezcitnost, bezohlednost, morální tupost nebo nedostatečnost v důsledku nedostatečného rozvinutí nebo defektu citového života. Citové zábrany jsou minimální nebo chybí. Takoví jedinci se mohou snadno dopouštět protispolečenských činů. Nedostatek citového prožitku jsou postižení často schopni kompenzovat rozumovou úvahou. Vyskytuje se u poruch osobnosti, mentálních retardací.
- **Emoční depravace, emoční degradace** – jde o poruchy etických citů, kdy dochází ke snížení morálních zábran, stupňování pudových reakcí při celkové poruše osobnosti.
- **Anetická osobnost** – projevuje se nedostatkem soucitu, vřelosti a pochopení. Setkáváme se s ní u některých poruch osobnosti (viz poruchy osobnosti).
- **Nadměrný vývoj vyšších citů** bývá u některých přecitlivělých osobností, přehnaně svědomitých a ochrannitelských s přehnaným altruismem, oddaností lidem. Tyto projevy mohou vzniknout i výchovou, společenskou sugescí.
- **Vášně** jsou rovněž projevem přehnaných citových vztahů a vazeb, které jsou velmi blízké ovládatým představám.

2.3.8 FOBIE

Fobie tvoří zvláštní skupinu poruch, kde se změny projevují v obsahu emočních prožitků. Jsou to obsedantní (nutkavé) strachy, kdy postižený pocítuje bezdůvodný panický strach vůči některým předmětům a situacím. Nutkavé strachy se vnucují samovolně proti vůli a přestože si postižený uvědomuje jejich bezdůvodnost a má k nim kritický postoj, není schopen je potlačit. Fobie mají vždy určitý a konkrétní obsah (na rozdíl

od anxiозity). Vyskytují se u neurotických poruch, poruch osobnosti, ale i u psychotických poruch. Byla popsána celá řada fobií z různých předmětů a situací. Uvádíme zde jen některé:

- nozofobie – strach z nemoci (kancerofobie – strach z rakoviny),
- klaustrofobie – strach ze zavřených místností,
- agorafobie – strach z volných prostranství a shluku lidí,
- aichmofobie – strach z ostrých předmětů,
- dysmorfofobie – strach z vlastní ošklivosti,
- sociální fobie – strach ze styku s jinými lidmi,
- ereutofobie – strach z červenání,
- nyktofobie – strach ze tmy.

Výskyt poruch emotivity

Fyziologicky: depresivní ladění (tzv. smutek všedního dne), veselá nálada – při různých životních událostech.

Syndromy: depresivní, anxiózní, anxiózně-depresivní, fobický, apatický, apaticko-abulický, manický a u ostatních syndromů, kde nejsou dominantním projevem.

Psychické poruchy: schizoafektivní porucha, afektivní poruchy, neurotické a somatoformní poruchy, organické psychické poruchy, poruchy osobnosti – u všech ostatních psychických poruch, kde nejsou dominantním projevem.

Tab. 2 Emotivita a její poruchy

	Strana
Strukturální elementy	
Subjektivnost	52
Polarita	52
Aktuálnost	52
Dynamičnost	52
Asociace emocí	52
Iradiace emocí	52
Přenos emocí	52
Rozdělení emocí	
Podle polarity	53
Stenické (mobilizující)	53
Astenické (demobilizující)	53
Podle kvality	53
Nižší	53

	Strana
Tělesné (elementární)	53
Individuální (egoistické)	53
Nižší city	53
Vyšší	53
Sociální city	53
Estetické city	53
Etické city	53
Podle intenzity, trvání a průběhu	53
Afekt	53
Nálada	54
Tělesné projevy emocí	54
Poruchy emotivity	
Poruchy afektů	54
Patický afekt	55
Vystupňovaný afekt	55
Afektivní stupor	55
Afektivní útlum	56
Anxiozní raptus	56
Poruchy nálad	56
Zvýšená nálada	56
Snížená nálada	56
Euforie	56
Manická nálada	56
Expanzivní nálada	57
Extatická nálada	57
Depresivní nálada	57
Anxiozní nálada	57
Bezradná nálada	57
Apatická nálada	57
Anhedonie	57
Rezonantní nálada	58
Rozlada (dysforie)	58
Poruchy emotivity s převahou kvalitativní	58
Emoční labilita	58
Emoční inkontinence	58
Zúžená polarita emotivity (oploštělá emotivita)	58
Rozšířená polarita emotivity (idiosynkrazie)	58

	Strana
Emoční tenacita	58
Katatymie	58
Poruchy vyšších citů	59
Sociální tupost	59
Moral insanity	59
Emoční deprivace, degradace	59
Nadměrný vývoj vyšších citů	59
Fobie	59

2.4 PAMĚŤ A JEJÍ PORUCHY

Paměť je schopnost přijímat, uchovávat a podle potřeby vybavovat a uplatňovat minulé vjemy, zážitky a děje. Vjemy jsou ukládány ve formě **paměťových stop** – engramat. Nejde jen o mechanické ukládání těchto stop, ale o jejich aktivní zpracovávání. Paměť je závislá na jasnosti vjemu, proto se podílejí i ostatní složky psychiky: vědomí, pozornost, emotivita, myšlení, intelekt a další.

Vytváření paměťových stop probíhá ve dvou fázích: *časná paměť*, která je podmíněna funkčními změnami, a *trvalá paměť*, kde se předpokládají strukturální změny. Období tvorby paměťové stopy ve dvou fázích se nazývá *konsolidace paměťové stopy*.

Fáze činnosti paměti

- **Vstíplivost** (impregnace, recepce) je schopnost paměti přijímat nové vjemy a vytvářet paměťové stopy (engramy). V jednotlivých údobích lidského života není vyjádřena stejně intenzivně. Nejvíce je rozvinuta v dětství, vrcholu dosahuje kolem puberty a potom se postupně zmenšuje s přibývajícím věkem. Ve stáří je její pokles nejzřetelnější, a proto člověk není v tomto věkovém období schopen tak snadno přijímat nové informace a ukládat je do systému paměti. Vstíplivost je velmi záhy postihována u demencí již v iniciálním stadiu. Podobně je tomu i při jiných organických psychických poruchách.
- **Úchovnost** (fixace, konzervace, retence, tenacita, údržnost, podřizitelnost) paměti je schopnost uchovávat v systému paměti vstípené vjemy. Nazývá se také *paměť v užším slova smyslu*. Je na ní závislý rozsah, to, jak dlouho a v jaké kvalitě lze uchovávat vjemy v paměti. Uplatňují se i další faktory: emotivita, intelekt, konstituční založení, stav vědomí. Tito činitelé mohou získané vjemy posilovat nebo naopak oslabovat. Např. opakováním učeného materiálu se stává jeho uložení pevnějším a trvalejším. Experimentálně bylo zjištěno, že průběh zapomínání není stejnoměrný. Nejvíce se zapomíná v průběhu první hodiny, potom se zapomínání zpomaluje (*Ebbinghausova křivka*). Zapomínání závisí nejen na retenci paměti, ale i na ubývání schopnosti vybavit si předtím získané poznatky. U starých lidí se často

setkáváme s postižením vstíplivosti, tím trpí zapamatování si nových poznatků (*novopaměť*), ale na druhé straně je dobře zachována a často i zvýrazněna schopnost vybavovat si staré zážitky a události (*staropaměť*) – **Ribotův zákon**.

- **Výbavnost** (reprodukce) je schopnost uvědomit si a podle potřeby vybavit v paměti uložené poznatky a zážitky. Pohotovost vzpomenout si je velmi měnlivá i u jednoho člověka. Záleží na jeho celkovém psychickém stavu, emočních vlivech, únavě, stavu vědomí, struktuře osobnosti (např. tréma zaviní selhání výbavnosti paměti). Vybavování uchovaných vjemů se může navodit *úmyslně* (*úmyslné vzpomínání*), kdy jde o aktivní činnost, která znamená vybavování určitého poznatku potřebného v dané situaci. Neúmyslné vybavování vzpomínek a zážitků se projevuje *mimovolně* (*mimovolné vzpomínky*).

Učení je aktivní, soustavné a úmyslné zapamatovávání, na kterém se podílí především vstíplivost a úchovnost paměti. Schopnost učení není u každého stejná a do značné míry závisí na typu paměti. Rozlišuje se **paměť mechanická**, při které jde o prosté zapamatovávání si jevů a skutečností tak, jak jsou, a **paměť logická**, která si usnadňuje zapamatování hledáním vztahů a souvislostí mezi jevy. Mechanická paměť bývá nejvíce vyvinuta v dětství, v dospělosti se naopak uplatňuje více paměť logická. U některých lidí mohou vystupovat do popředí jednotlivé typy paměti. Při logické paměti napomáhají zapamatování mnemotechnické pomůcky, které spočívají v tom, že potřebný poznatek si snáze zapamatujeme, když jej dáme úmyslně do širší souvislosti (např. ve verších). Implicitní paměť zahrnuje především procesy na nevědomé úrovni, ukládání informací mimo vědomou kontrolu, týká se i osvojování některých dovedností (např. chůze), neasociativního učení, habituace, primingu, klasického podmiňování, bezděčných návyků. Explicitní paměť, nebo též deklarativní paměť, je označení používané pro vědomé vybavování údajů a událostí z minulosti.

Vedle uvedených druhů paměti rozlišujeme i další podle toho, jak si z které senzorické oblasti získané vjemy lépe pamatujeme. Například **zraková paměť** (zrakový typ paměti) si lépe zapamatuje zrakové vjemy. Při **sluchové paměti** (sluchovém typu paměti) je dávana přednost zapamatování si sluchových (akustických) vjemů. Někdy se rozlišuje paměť řečová, pohybová, citová. Většinou se nesetkáváme s čistými druhy paměti, ale jde o jisté kombinace, ve kterých je ta či ona složka více vyjádřena.

Někdy se rozlišuje typ paměti podle toho, na jak dlouho se vjemy ukládají. **Provozní paměť** slouží k zapamatování poznatků jen na krátkou dobu, oproti **paměti zásobní** do které se ukládají především významné poznatky, které člověk potřebuje pro celý život.

2.4.1 VLASTNOSTI PAMĚTI

Na paměť máme řadu požadavků, protože nejde jen o to, aby se nám vzpomínka vybavila, ale také o to, jak bude kvalitní.

- **Přesnost paměti** znamená, jak podrobně a pravdivě bude vybavená vzpomínka odpovídat původnímu vjemu. Nepřesností paměti se nemyslí nepřesné vnímání