



Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta

ZÁKLADY PSYCHIATRIE

**studijní opora k předmětu
pro studenty kombinované formy studia
oboru Sociální patologie a prevence**

Doporučený semestr:	první
Prerekvizita:	není
Navazující předmět:	není
Kreditová dotace:	2
Ukončení předmětu:	zápočet
Garant předmětu:	MUDr. Eva Nosková

Anotace předmětu

Předmět seznamuje studenty se základními znalostmi oboru a zaměřuje se na praktické využití znalostí v životě a budoucí praxi. Zaměření znalostí na praktické využití v životě a budoucí praxi.

Literatura

- HÖSCHL, C. et al. Psychiatrie. Praha: Tigis, 2002. ISBN 80-900130-1-5
DÖRNER, K., PLOG, U., Bláznit je lidské. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-628-5
VÁGNEROVÁ, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9
KALINA, K.: Jak žít s psychózou. Praha: Avicenum 1987.
MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M.: Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Grada 2008
MATĚJČEK, Z. a kol.: Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. Praha: Grada
PAVLOVSKÝ, P., MALÁ, E.: Psychiatrie. Praha: Portál, 2002.
VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 1999.
KRCH, F. D.: Poruchy příjmu potravy. Grada 1999
HORT, V. a kol.: Dětská a adolescentní psychiatrie. Portál, 2000
ZVĚŘINA, J.: Lekařská sexuologie. H&H 1992

Ukončení předmětu: zápočet

Volba tématu zápočtové práce z okruhů. Vypracování zápočtové práce v rozsahu minimálně 6 stran textu + ppt. prezentace.

Tematické okruhy zápočtových prací

Historie psychiatrie.

Demence.

Jiné organické duševní poruchy vznikající následkem tělesného onemocnění.

Závislost na alkoholu.

Nealkoholové závislosti.

Schizofrenie.

Schizofrenní poruchy a poruchy s bludy.

Afektivní poruchy – deprese, trvalé poruchy nálady, mánie, bipolární afektivní porucha.

Úzkostné poruchy.

Obsedantně-kompulzivní porucha.

Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení.

Dissociativní poruchy.

Somatoformní poruchy.

Jiné neurotické poruchy.

Poruchy příjmu potravy – mentální anorexie, mentální bulimie.

Specifické poruchy osobnosti a přetrvávající změny osobnosti.
Návykové a impulzivní poruchy (hráčství, pyromanie...).
Poruchy pohlavní identity.
Poruchy sexuální preference.
Mentální retardace.
Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka.
Specifické vývojové poruchy školních dovedností.
Hyperkinetické poruchy.
Pervazivní vývojové poruchy.
Poruchy chování.
Léčba psychicky nemocných.
Sebevražda.
Týrané dítě.

Obsah studijní opory:

1. Úvod do psychiatrie. Klasifikace duševních poruch. Psychiatrické vyšetření.
2. Organické duševní poruchy.
3. Demence.
4. Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek.
5. Schizofrenie. Trvalé duševní poruchy s bludy. Akutní a přechodné psychotické poruchy. Schizoafektivní poruchy.
6. Afektivní poruchy.
7. Neurotické, fobické úzkostné poruchy. Obsedantně - kompulsivní porucha. Reakce na stres. Somatoformní poruchy.
8. Poruchy příjmu potravy. Poruchy spánku. Specifické poruchy osobnosti, návykové a impulzivní poruchy.
9. Sexuální poruchy. Sexuální dysfunkce. Poruchy pohlavní identity. Abnormality sexuální preference. Psychologické problémy a problémy spojené se sexuálním vývojem a orientací.
10. Mentální retardace. Pervazivní vývojové poruchy.
11. Dětská a dorostová psychiatrie. Forenzní psychiatrie.
12. Psychoterapie. Biologická léčba. Elektrokonvulze. Fototerapie.

Téma č. 1: Úvod do psychiatrie. Klasifikace duševních poruch. Psychiatrické vyšetření

Úvod, definice oboru, historický přehled, příznaky duševních poruch

Základní pojmy:

Symptom - příznak, ukazatel poruchy.

Syndrom - sdružení symptomů do komplexu.

Z psychiatrického pohledu se budeme zabývat **vědomím, vnímáním, inteligencí, emocemi, náladou, myšlením, pudy a volním jednáním.**

Vědomí - bdělý stav, v němž si člověk uvědomuje sám sebe, své okolí a své psychické pochody. Je charakterizováno těmito funkcemi: vigilita, lucidita, kapacita, idiognoze, sebeuvědomování

Nevědomí - není bezprostředně přístupné naší reflexy, ale má vliv na naše prožívání a chování.

Podvědomí - vůlí je převoditelné do vědomí.

Hodnocení stavu vědomí - orientovanost autopsychická, alopsychická, somatopsychická

Kvantitativní poruchy vědomí - somnolence, sopor, kóma (mělké kóma, hluboké kóma), mdloba

Kvalitativní poruchy vědomí - delirium, obnubilace (stuporózní forma, afektivně-deliriozní forma, automatická neboli vigilambulantní forma, Ganserův syndrom),

Poruchy idiognoze - depersonalizace autopsychická, depersonalizace somatopsychická, derealizace

Vnímání - aktuální odraz reality v našem vědomí zprostředkovaný receptory, na periferní část receptoru působí podnět, který vyvolává vzruch, vzruch je veden do mozku, kde v příslušné projekční oblasti vyvolá podráždění a tím vzniká počitek. Současně působí více podnětů, vzniká tedy i více počitků, ty se integrují s minulou zkušeností a vzniká výsledný komplexní vjem.

Smyslové klamy, živá představa, eidetizmus, Purkyňovy paobrazy, synestezie, pareidolie, pseudoiluze, iluze, halucinace, psychosenzorické poruchy, dysmorfofobie, gnostické poruchy

Pozornost - aktivní zaměření našeho vědomí.

Pozornost volní, pozornost mimovolní, pozornost protivení

Atributy pozornosti, poruchy pozornosti

Intelligence - obecná psychická schopnost adaptovat se na nové problémy a podmínky života, rozumová schopnost charakterizovaná zvládnutím abstraktního myšlení, utvářením soudů, schopností správně používat získané vědomosti, porozumět situaci a správně na ni reagovat a adaptovat se, úsudkem dojít k novým poznatkům.

Intelekt - rozumová schopnost člověka, vztahující se především k řešení teoretických problémů.

Vývoj intelektu, třídění podle stupně IQ, poruchy intelektu

Emoce - vyjadřují subjektivní vztah člověka k sobě samému i k jevům a situacím z jeho okolí, mají hodnotící význam, doprovázejí všechny duševní projevy člověka.

Charakteristické rysy emocí, tělesné projevy emocí, poruchy emocí

Nálada - déletrvající pohotovost k emočním reakcím určitého směru, není vázána na konkrétní obsah vědomí.

Patická nálada, expanzivní nálady, depresivní nálady, úzkostné nálady

Myšlení - nejvyšší forma poznávací činnosti, proces zprostředkovaného a zevšeobecněného poznání skutečnosti. Myšlení je neoddělitelně spojeno s řečí. Odehrává se prostřednictvím slov, vnitřní řeč je na rozdíl od vnější řeči méně podrobně formulovaná a rychlejší. Myšlení se uskutečňuje pomocí základních jednotek, představ a pojmů.

Poruchy formy myšlení, poruchy struktury myšlení, poruchy obsahu myšlení (blud)

Pud - vrozená biologická tendence k uspokojování základních tělesných potřeb. Uspokojení pudu je provázeno emoční reakcí libosti. U člověka jsou do jisté míry překryty naučeným chováním.

Pud obživný, pud sebezáchovný, pud rodičovský

Volní jednání - uvědomovaná a úmyslná činnost člověka směřující k dosažení určitého cíle.

Vůle, cílené jednání, poruchy psychomotoriky

Klasifikace psychických poruch

Nozologie - zabývá se tříděním a popisem psychických poruch, sleduje **etiologii** (zevní a vnitřní příčiny), **etiopatogenezi** (příčiny a mechanismus rozvoje poruchy), **klinický obraz** (souhrn projevů poruchy), **průběh** a **prognózu**, dále patogenetické a **patoplastické** vlivy.

Téma č. 2: Organické duševní poruchy

Tato sekce zahrnuje řadu duševních poruch seskupených na základě prokazatelně společné etiologie onemocnění, poranění nebo jiného poškození mozku, které vede k mozkové dysfunkci. Většina těchto poruch začíná v dospělém nebo pozdějším věku. Zatímco některé z nich jsou podle současných znalostí ireverzibilní a progresivní, jiné jsou přechodné nebo zabírají na běžně dostupné léčebné metody.

Termín „organické“ znamená, že takto klasifikovaný syndrom může být přičítán mozkové nebo systémové nemoci, kterou lze diagnostikovat samostatně. Termín „symptomatické“ se vztahuje na ty organické duševní poruchy, u nichž mozkové postižení je sekundární k systémové nemoci bez mozkové patologie.

Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, většinou chronického nebo progresivního rázu, u něhož dochází ke zhoršení rozličných vyšších kortikálních funkcí, jako jsou paměť (přijímání, uchovávání a vybavování nových informací), myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, řeč a úsudek. Postižený obtížněji vnímá více stimulů současně, např. je pro něho obtížné zúčastnit se konverzace s více osobami a má potíže s přesunem pozornosti z jednoho tématu na druhý. Vědomí není porušené. Zhoršení kognitivních funkcí je obvykle doprovázeno nebo mu někdy předchází zhoršení kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy choroby, u cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které postihují primárně nebo sekundárně mozek.

Demence způsobuje určité snížení intelektu a obvykle i poruchu v osobních aktivitách denního života, jako jsou mytí, oblékání, jídlo, osobní hygiena, vyměšování a toaleta. Hodně záleží na sociálním a kulturním prostředí, ve kterém pacient žije, jak se toto snížení projevuje. Mohou být přítomny halucinace, bludy nebo deprese.

Diferenciálně diagnosticky je třeba odlišit depresi, která může mít rysy počínající demence, zvláště zhoršení paměti, zpomalené myšlení a nedostatek spontaneity; delirium; mírnou nebo středně těžkou mentální retardaci; stavy spojené s podprůměrnými kognitivními funkcemi, které lze přičíst těžce ochuzenému sociálnímu prostředí a omezenému vzdělání; duševní poruchy následkem medikace.

Demence u Alzheimerovy choroby

Alzheimerova choroba je primární degenerativní onemocnění mozku neznámé etiologie s charakteristickými neuropatologickými a neurochemickými rysy. Začíná obvykle plíživě a pomalu, nepřetržitě se však rozvíjí během několika let. Toto období může být krátké (2–3 roky), ale někdy i mnohem delší. Onemocnění může začít ve středním věku nebo dříve, častěji se však objevuje až ve věku vyšším. U případů začínajících mezi 65–70 lety se obvykle vyskytla podobná demence v rodině, průběh je rychlejší a výraznou charakteristikou je poškození temporálního

a parietálního laloku. Vyskytují se porucha fatická a porucha praxe. U případů s pozdějším začátkem bývá průběh pomalejší a je charakterizován povšechnějším zhoršením vyšších kortikálních funkcí. Riziko výskytu Alzheimerovy choroby je vyšší u pacientů s Downovým syndromem.

Demence u Alzheimerovy choroby s časným začátkem

Demence u Alzheimerovy choroby s pozdním začátkem

Demence u Alzheimerovy choroby, atypický nebo smíšený typ

Vaskulární demence

Vaskulární (arteriosklerotická) demence, která zahrnuje multiinfarktovou demenci, se liší od demence Alzheimerova typu začátkem, klinickými rysy a pozdějším průběhem onemocnění. Typické pro anamnézu jsou ischemické ataky přechodného rázu s krátce narušeným vědomím, přechodnými parézami nebo ztrátou vidění. Demence může také následovat po několika akutních cerebrovaskulárních příhodách nebo po jednom větším záchvatu (méně často). Potom je zřejmé jisté zhoršení paměti a myšlení. Začátek může být náhlý, po jedné určité ischemické epizodě nebo se demence vyvine postupně. Demence vzniká po infarktech mozku vlivem vaskulárního onemocnění, včetně hypertenzní cerebrovaskulární arteriosklerózy. Infarkty jsou většinou malého rozsahu, jejich projevy se však kumulují.

Vaskulární demence s akutním začátkem

Multiinfarktová demence

Subkortikální vaskulární demence

Smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence

Demence u chorob klasifikovaných jinde

Případy demence, ke kterým dochází nebo se předpokládá, že k nim dochází z jiných příčin, než jsou Alzheimerova choroba nebo cerebrovaskulární onemocnění. Onemocnění může začít v kterémkoli věku, i když zřídka ve stáří.

Demence u Pickovy choroby

Demence u Creutzfeldtovy-Jakobovy choroby

Demence u Huntingtonovy choroby

Demence u Parkinsonovy choroby

Demence u infekce HIV

Demence u ostatních chorob klasifikovaných jinde

Organický amnestický syndrom jiný, než vyvolaný alkoholem a jinými drogami

Syndrom výrazného narušení recentní a dlouhodobé paměti, zatímco okamžité vybavování je zachováno. Významně je snížena schopnost naučit se novou látku a z toho plynoucí anterográdní amnézie a dezorientace v čase. Je také přítomna retrográdní amnézie různého stupně, její rozsah se však může v průběhu doby zmenšovat, jestliže léze nebo patologický proces má tendenci se zlepšovat. Význačným, avšak ne vždy přítomným rysem mohou být konfabulace. Vnímání a ostatní kognitivní funkce, včetně intelektu, nejsou obvykle narušeny, a tím se porucha paměti jeví obzvláště nápadná. Prognóza závisí na průběhu základní léze, která typicky postihuje hypotalamicko-diencefalický systém nebo hipokampální krajinu. V zásadě je možné téměř úplné uzdravení. Zahrnuje Korsakovův syndrom nebo psychózu nealkoholickou.

Delirium jiné než vyvolané alkoholem a jinými drogami

Etiologicky nespécifikovaný organický mozkový syndrom, charakterizovaný současnými poruchami vědomí a pozornosti v kontinuu od zastření do kómatu, snížená je schopnost řídit, zaměřovat, udržet nebo přesouvat pozornost. Narušeno je vnímání, vyskytují se iluze a halucinace, nejčastěji zrakové, zhoršení abstraktního myšlení a chápání s přechodnými bludy nebo bez nich, typicky s určitým stupněm inkoherece, zhoršení okamžité vybavnosti a krátkodobé paměti, dlouhodobá paměť zůstává poměrně nedotčena, dezorientace časem, u těžších případů i místem a osobou. Narušeno je i psychomotorické chování, emoce nebo cyklus spánků-bdění (nespavost, v těžších případech i úplná ztráta spánku nebo spánková inverze, denní ospalost, noční zhoršování příznaků, znepokojivé sny nebo noční můry, které po probuzení mohou pokračovat jako halucinace). Může se vyskytnout v kterémkoli věku, ale nejčastěji se objeví po 60. roce. Delirózní stav je přechodný a jeho intenzita kolísá. Většina případů se uzdraví do 4 týdnů nebo dříve, avšak nejsou neobvyklá ani deliria s kolísavou intenzitou, trvající až 6 měsíců, zvláště když vzniknou při chronické jaterní lézi, rakovině nebo subakutní bakteriální endokarditidě. Delirózní stav může nasedat na demenci nebo do demence přejít. Začátek je obvykle rychlý, průběh během dne kolísá a celkově stav trvá nejdéle 6 měsíců.

Delirium bez přítomnosti demence

Delirium nasedající na demenci

Jiné duševní poruchy vznikající následkem onemocnění, poškození nebo dysfunkce mozku, nebo následkem somatického onemocnění

Tato kategorie zahrnuje různé stavy, které kauzálně souvisejí s dysfunkcí mozku v důsledku jeho primárního nebo systémového onemocnění postihujícího mozek sekundárně, endokrinních poruch, jako Cushingův syndrom, jiných somatických onemocnění a některých exogenních toxických látek nebo hormonů.

Organická halucinóza
Organická katatonní porucha
Organický syndrom s bludy (schizoformní)
Organické afektivní poruchy (organická manická porucha, organická bipolární porucha, organická depresivní porucha, organická smíšená afektivní porucha)
Organická úzkostná porucha
Organická dissociativní porucha
Organická emoční labilita nebo astenická porucha
Mírná kognitivní porucha
Jiné specifikované organické duševní poruchy při poškození a dysfunkci mozku a somatickém onemocnění

Poruchy osobnosti a poruchy chování vyvolané onemocněním, poškozením nebo dysfunkcí mozku

Změna osobnosti a chování může být reziduální nebo průvodní porucha, která následuje nebo doprovází onemocnění, poškození nebo dysfunkci mozku.

Organicky podmíněná porucha osobnosti
Postencefalitický syndrom
Postkomoční syndrom

Téma č. 3: Demence

Stárí si dříve, či později každého najde. Stárnutí nevratně postihuje celý organizmus včetně mozku. S přibývajícím věkem člověku ubývá sil a může mít určité problémy s pamětí. U mnoha lidí však nejsou poruchy paměti přirozeným projevem stárnutí. Jedná se o chorobný proces. Tito nešťastníci jsou postiženi některou z forem demence, tedy vážným duševním onemocněním, při kterém dochází k poklesu kognitivních (poznávacích) schopností, jako jsou paměť, intelekt, pozornost, či motivace.

Alzheimerova choroba je nejčastějším typem demence. Je to neurodegenerativní onemocnění mozku, při kterém dochází k postupné demenci. Jako první toto onemocnění popsal Alois Alzheimer (německý psychiatr a neuropatolog).

V současné době není známa příčina vzniku Alzheimerovy choroby, z neuropatologických nálezů se však ví, jak nemoc probíhá.

Hlavní změnou je ukládání beta-amyloidu v mozku a další změny, které postupně způsobí rozpad nervových vláken a nervových buněk. Alzheimerovou chorobou se mění také látková činnost mozku.

Při Alzheimerově chorobě dochází k úbytku nervových buněk následkem toho, že neurony zmenšují svůj objem, zároveň v mozku nemocných vznikají škodlivé bílkoviny, bílkoviny se ukládají v okolí nervových buněk, čímž dochází k jejich poškození, v mozkové tkáni ubývá acetylcholinu, který mozek potřebuje k přenosu nervových vzruchů, při nedostatku jeho si buňky nejsou schopny vyměňovat informace, což se projevuje zhoršováním paměti, rozvíjí se demence.

Alzheimerova nemoc začíná většinou velmi zvolna a postupně se zhoršuje, zpočátku nemocný zapomíná nedávné události a má problémy zvládat složitější činnosti, nemoc postupuje různě rychle.

Počáteční stadium nemoci je často přehlíženo. Projevy bývají připisovány příznakům stáří.

První varovná znamení:

Potíže s vyjadřováním. Zhoršení paměti (zejména krátkodobé). Zhoršení orientace v čase a prostoru. Problémy s vykonáváním běžných domácích úkolů. Problémy s abstraktním myšlením. Problémy při oblékání. Změny osobnosti, nálady a chování. Ztráta zájmu o koníčky, o oblíbené činnosti. Ztráta iniciativy. Znamky deprese, úzkosti a agresivity. Změna osobnosti – sobeckost a egocentričnost.

Střední stadium nemoci:

Významné výpadky paměti (nedávné události, jména členů rodiny).

Snížená schopnost postarat se sám o sebe - neschopnost vykonávat běžné aktivity jako je vaření a nakupování. Potřebuje pomoc při sebeobslužných úkonech (oblékání, mytí,...). Zhoršování řečových schopností, obtížná komunikace, toulání, bloudění. Poruchy soudnosti, nekritičnost, halucinace, podezírání, stavy zmatenosti. Prohlubování změn osobnosti.

Poslední stadium:

Obtíže při příjmu potravy. Obtíže s chůzí. Nepoznává příbuzné, přátele, ani známé předměty. Nechápaní okolního dění. Ztráta schopnosti souvislé řeči. Velké stavy zmatenosti. Poruchy vylučování moči a stolice. Úplná ztráta soběstačnosti, upoutání na invalidní vozík. Tělesné i duševní chátrání, hubnutí, smrt.

I přes vážné poruchy myšlení a paměti si většina lidí postižených demencí může: pamatovat věci ze vzdálené minulosti, vyjádřit názor a nabídnout radu, provádět obvyklé dobře naučené a silně fixované vzorce chování, osvojit si nové stereotypy, mít prožitek ze smyslových vjemů, reagovat a vyjadřovat emoce, sledovat logický chod myšlenek

Rizikové faktory:

Věk, pohlaví, genetické předpoklady, vzdělání, kouření, alkohol, poranění hlavy, deprese, zdraví

Prevence:

Fyzická aktivita a cvičení, nekuřáctví, vhodné stravovací návyky, přiměřená hmotnost, spolupráce s lékařem, udržení psychické aktivity, péče o hygienické návyky a upravený zevnějšek, udržení osobních zájmů a koníčků

Léčba:

Farmakoterapie

Moderní léky nové generace – **kognitiva**

Léky, tlumící další příznaky choroby (depresi, neklid, nespavost, agresivitu)

Podpůrná nebiologická léčba

Psychoterapeutické přístupy (trénink poznávacích funkcí), ale i další metody,

Léčba prací (cvičení manuální zručnosti, modelování, malování), laskavý lidský přístup

Péče:

Péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou je velice náročná, představuje mimořádné emoční, psychické i fyzické vypětí a námahu, vyčerpání a stres je nebezpečný, jak pro pečovatele, tak i pro toho, o koho se pečovatel stará.

Nejdůležitější je lidský přístup, spousta tolerance a nejvíc trpělivosti.

Téma č. 4: Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek

Poruchy vyvolané požíváním alkoholu, ovoidů, kanabinoidů, sedativ nebo hypnotik, kokainu, jiných stimulancií (včetně kofeinu), halucinogenů, tabáku, organických rozpouštědel několika látek a požíváním jiných psychoaktivních látek.

Poruchy vyvolané požíváním alkoholu

Poruchy vyvolané požíváním opioidů

Poruchy vyvolané požíváním kanabinoidů

Poruchy vyvolané užíváním sedativ nebo hypnotik

Poruchy vyvolané požíváním kokainu

Poruchy vyvolané požíváním jiných stimulancií (včetně kofeinu)

Poruchy vyvolané požíváním halucinogenů

Poruchy vyvolané užíváním tabáku

Poruchy vyvolané užíváním organických rozpouštědel

Poruchy vyvolané požíváním několika látek a požíváním jiných psychoaktivních látek

Téma č. 5: Schizofrenie. Trvalé duševní poruchy s bludy. Akutní a přechodné psychotické poruchy. Schizoafektivní poruchy

Občas se nám všem stává, že od reálného světa, kde se nám třeba zrovna nedaří, unikáme do světa fantazie a snění, jsme však schopni oba světy rozlišit. Pro psychoticky nemocného se rozdíl mezi realitou a fantazií stírají. Psychotik začíná realitu vnímat naprosto odlišně, postupně se od ní vzdaluje a na její místo se dostává svět přeludů a fantazií, které psychotik vnímá jako reálnější než skutečnost samu.

Termín schizofrenie je překládán doslovně jako rozštěp mysli, což je laicky chápáno jako střídání různých osobnostních rolí u jednoho jedince. Ve správném výkladu ale vyjadřuje fragmentaci mezi jednotlivými mentálními funkcemi.

Schizotypní porucha má mnoho charakteristických rysů společných se schizofrenními poruchami a je s nimi pravděpodobně geneticky příbuzná, ale neobjevují se u ní halucinace, bludy a závažné poruchy chování, jako u samotné schizofrenie, a tak se jí vždy nedostane lékařské pozornosti. Většina psychóz s bludy není pravděpodobně příbuzná se schizofrenií, i když může být obtížné je klinicky rozlišit, zvláště v jejich počátečních stádiích. Je to heterogenní a špatně chápaná skupina poruch, které mohou být snadno rozděleny podle svého typického trvání na skupinu trvalých poruch s bludy a větší skupinu akutních a přechodných psychotických poruch.

Schizofrenie

Schizofrenní poruchy jsou obecně charakterizovány význačnými poruchami myšlení a vnímání a afektivitou, která je nepřiměřená nebo oploštělá. Jasně vědomí a intelektové schopnosti jsou obvykle zachovány, i když se během času mohou vyvinout určité kognitivní deficity. Osobnost je postižena ve svých nejpodstatnějších funkcích, které dávají normálnímu jedinci pocit individuality, jednotnosti a autonomie. Nemocný má často pocit, že jeho nejintimnější myšlenky, pocity a činy jsou známy nebo sdíleny jinými lidmi. Mohou se rozvinout bludné interpretace, že přírodní nebo nadpřirozené síly ovlivňují jeho myšlení a jednání. Běžné jsou především sluchové halucinace, hlasy mohou komentovat chování nebo myšlení pacienta. Vnímání může být narušeno i jinak: barvy a zvuky se mohou zdát nepřiměřeně živé nebo kvalitativně změněné. Nepodstatné, obyčejné věci se mohou zdát důležitější než celý předmět nebo situace. Nepochopení situace může vést k přesvědčení, že události každodenního života mají pro jedince zvláštní, obvykle zlověstný význam. U typické schizofrenní poruchy myšlení jsou kladeny do popředí okrajové a nepodstatné rysy celku. Tím se myšlení stává nepřesné nespojitě a neproniknutelné a jeho slovní vyjádření někdy nepochopitelné. Časté jsou zárazy v toku myšlenek, pacientovi se může zdát, že mu nějaká

vnější síla odnímá myšlenky. Nálada je typicky oploštělá, vrtošivá nebo nepřiměřená. Ambivalence a volní poruchy se mohou jevit jako lenost, negativismus nebo stupor. Může být přítomna i katatonie.

Paranoidní schizofrenie
Hebefrenní schizofrenie
Katatonní schizofrenie
Nediferencovaná schizofrenie
Postschizofrenní deprese
Reziduální schizofrenie
Simplexní schizofrenie

Schizotypní porucha

Porucha charakterizovaná excentrickým chováním a odchylkami myšlení a afektivity, které se podobají těm, které lze pozorovat u schizofrenie, i když se v žádném stadiu nevyskytují určité a charakteristické schizofrenní anomálie. Není žádná převládající nebo typická porucha, ale mohou být přítomny některé z níže uvedených:

- a) nepřiměřené nebo omezené emoční reakce (nemocný vyhlíží chladně a povzneseně),
- b) chování nebo vzezření je podivné, výstřední nebo zvláštní,
- c) chudý vztah k jiným lidem a sklon k sociálnímu stažení,
- d) podezřívavost nebo vztahovačné myšlení,
- e) podezření na paranoidní bludy,
- f) obsedantní ruminace bez vnitřní schopnosti odporu, často s dysmorfofobickým, sexuálním nebo agresivním obsahem,
- g) občasné somatosenzorické iluze a depersonalizační a derealistické zážitky,
- h) vágní, obřadné, metaforické, komplikované a často stereotypní myšlení a řeč bez masivní inkoherece,
- i) občasné přechodné, jakoby psychotické epizody s intenzivními bludy, sluchové nebo jiné halucinace a bludům podobné představy, vznikající obvykle bez vnějšího stimulu.

Porucha má trvalý průběh s kolísavou intenzitou. Někdy se rozvine do jasné schizofrenie. Není určitý začátek a obvykle je vývoj a průběh jako u poruchy osobnosti. Je častější u jedinců, kteří jsou geneticky příbuzní se schizofreniky, a má se zato, že tento stav je částí genetického "spektra" schizofrenie.

Trvalé duševní poruchy s bludy

Do této skupiny patří různé stavy, u nichž dlouhotrvající bludy tvoří jedinou nebo nejnápadnější klinickou charakteristiku.

Porucha s bludy
Jiné trvalé poruchy s bludy
Trvalá porucha s bludy nespécifikovaná

Akutní a přechodné psychotické poruchy

Pro tyto poruchy je charakteristický akutní začátek (do 2 týdnů, bylo prokázáno, že je spojen s dobrou prognózou), přítomnost typických syndromů (rychle se měnící "polymorfní" stav s typickými schizofrenními příznaky) a přítomnost přidruženého akutního stresu. Přidruženým akutním stresem je míněno, že první psychotické příznaky vznikly asi do dvou týdnů po jedné nebo několika událostech, které by většina osob za podobných okolností pokládala v kultuře dotyčné osoby za stresové. Takovými typickými událostmi jsou úmrtí blízké osoby, nečekaná ztráta partnera nebo zaměstnání, sňatek, psychické trauma z boje, terorizmu nebo mučení. Jako zdroj stresu sem nepatří dlouhotrvající potíže nebo problémy.

K úplnému uzdravení obvykle dochází do 2–3 měsíců, často během několika týdnů nebo dnů a pouze u malé části pacientů se vyvinou trvalé invalidizující stavy.

Nesmějí být přítomny organické příčiny, jako jsou stavy po otřesu mozku, deliria nebo demence. Často je přítomna zmatená soudnost, zaujetí sebou samým a nepozornost k bezprostřední konverzaci.

Akutní polymorfní psychot. porucha bez příznaků schizofrenie

Akutní polymorfní psychotická porucha s příznaky schizofrenie

Akutní schizofornní psychotická porucha

Jiné akutní psychotické poruchy s převahou bludů

Jiné akutní a přechodné psychotické poruchy

Akutní a přechodná psychotická porucha nespecifikovaná

Indukovaná porucha s bludy

Vzácná porucha s bludy, kterou sdílejí dvě osoby s těsnými emočními vztahy. Pouze jeden z páru trpí pravou psychotickou poruchou. V druhé osobě jsou bludy indukovány a obvykle zmizí, když jsou obě osoby odděleny. Psychotické onemocnění dominantního člena je většinou schizofrenní, ale není tomu nutně vždy. Původní bludy u dominantního člena a jeho indukovaného protějšku jsou obvykle chronické a jsou buď rázu perzekučního, nebo velikášského. Bludná víra se tímto způsobem přenáší pouze za neobvyklých podmínek. Téměř vždy mají dotyčné osoby nezvykle blízký vztah a jsou od ostatních izolovány jazykem, kulturou nebo místně. Jedinec, ve kterém jsou bludy indukovány, je obvykle také závislý na partnerovi s původní psychózou nebo je mu podřízen. Zahrnujeme sem folie a deux.

Schizoafektivní poruchy

Jsou to přechodné poruchy, u nichž jsou význačné jak afektivní, tak schizofrenní příznaky. Pacienti, kteří trpí periodickými schizoafektivními atakami, zvláště ti, u nichž jsou příznaky spíše manického než

depresivního typu, se obvykle plně uzdraví a pouze zřídka se u nich rozvine defektní stav.

Schizoafektivní porucha, manický typ
Schizoafektivní porucha, depresivní typ
Schizoafektivní porucha, smíšený typ
Jiné schizoafektivní poruchy
Schizoafektivní porucha nespecifikovaná

Jiné neorganické psychotické poruchy

Zde klasifikujte psychotické poruchy, které nesplňují kritéria ani pro schizofrenii, ani pro psychotické formy poruchy nálady (afektivní poruchy) a psychotické poruchy, které nesplňují symptomatická kritéria pro přetrvávající poruchu s bludy. Zahrnuje chronickou halucinatorní psychózu NS.

Léčba

Základem léčby schizofrenie je léčba antipsychotická, léčba neuroleptiky. Užívají se nitrosvalově při akutním rozvoji psychózy nebo depotní forma k udržovací léčbě a prevenci další epizody. Možné i přijímání tablet ústy.

Působí tlumivě, upravují pozitivní příznaky, méně poruchy myšlení a negativní příznaky. Důležitým aspektem působení neuroleptik jsou i jejich vedlejší účinky. Ospalost, únava letargie, rozostřené vidění, sucho v ústech, pocit ucpaného nosu, retence moči, zácpa, bolesti břicha, třes, dystonie, poruchy chůze, grimasy v obličeji, úzkost, hyperaktivita a neklid, extrapyramidové projevy, epileptické záchvaty (častěji u dětí), leukopenie a eozinofilie, zvýšení jaterních testů, maligní neuroleptický syndrom, tardivní dyskineze, zvýšení hmotnosti.

Psychoterapie působí podpůrně a bývá zaměřená na podporu pacienta a na získání lepšího kontaktu s realitou. Významná je rodinná terapie.

Téma č. 6: Afektivní poruchy

Základem těchto poruch je změna nálady nebo afektivity obvykle k depresi (spojené s úzkostí nebo bez ní) nebo ke zvýšení. Tuto změnu nálady obvykle doprovází změna celkové aktivity a celý soubor ostatních příznaků. Většina poruch má tendenci k relapsům a začátek jednotlivých fází má často vztah ke stresovým událostem nebo situacím.

Smutek a depresivní reakce mají ve společnosti svoji pevnou normu. Ve svém životě se s nimi setká pravděpodobně každý člověk. I skutečně depresivní nemocný bývá dlouhou dobu vystaven laickému působení. Bývá vyzýván, aby se vzchopil, aby na to nemyslel a aby si odpočinul, čehož ovšem dotyčný není schopný, protože je nemocný. Do péče zdravotníků se dostává pozdě, většinou až po agresivním nebo autoagresivním činu.

Smutek a deprese jsou normálními reakcemi na opuštění nebo ztrátu blízkého člověka. Nemusí se jednat jen o odchod nebo smrt, ztráta může proběhnout i na symbolické úrovni, když se životní partner nebo rodič chová nečekaným nebo nepřijatelným způsobem. Další zátěžovou situací je ztráta širších sociálních vazeb například stěhováním nebo emigrací. Nezaměstnanost, invalidita, odchod dětí z domova, hysterektomie, transplantace, amputace, to vše může vyvolat depresi.

Depresivní útlum je u zdravého člověka důležitým obranným mechanismem. Je signálem, který má přimět postiženého, aby se zastavil a změnil cestu. Umět prožít smutek je zároveň projevem zralosti. Pokud člověk reaguje dětsky, tedy popřením nebo agresí, je pozdější vznik deprese pravděpodobnější. Jako rodinný předpoklad je uváděna potřeba rodičů, aby dítě bylo vizitkou rodiny.

Nemocný svým vzhledem a apatií vyvolává v okolí pečovatelské postoje, které následně ještě více snižují jeho sebehodnocení a prohloubí jeho bezmoc, což vede k ještě většímu pečování a následně k ponižování a odmítání. Až v takové situaci se dostává na psychiatrii. Paradoxně je třeba, aby si depresivní člověk svoji depresi plně uvědomil a skutečně prožil smutek, případně i agresivitu a hněv. Na opačném pólu afektivity je mánie.

Manický nemocný má tendenci chovat se podle okamžitých nápadů a sám není schopen předvídat průběh a následky vlastní činnosti. Je hrubým omylem domnívat se, že manický pacient se cítí dobře a vesele. Za předstupeň mánie můžeme považovat vorkoholismus, který je společností hodnocen převážně pozitivně, přestože je rizikovým faktorem při vzniku ICHS. Je to jen jiný typ obrany před prožitím skutečných emocí. Manický člověk dokáže zcela zaměstnat naši pozornost svými výstřelky natolik, že nemáme čas věnovat se jeho skutečným problémům. A to je i smysl a "zisk" mánie.

Manická fáze

Jsou zde specifikovány tři stupně závažnosti onemocnění, jejichž společnou charakteristikou je povznesená nálada a vyšší tělesná a duševní aktivita.

Hypomanie

Mánie bez psychotických příznaků

Mánie s psychotickými příznaky

Bipolární afektivní porucha

Porucha charakterizovaná opakovanými (tj. nejméně dvěma) epizodami, při kterých je hluboce narušena pacientova nálada a úroveň činnosti. Tato porucha spočívá někdy v elaci a zvýšené energii a aktivitě (mánie nebo hypomanie), jindy zase ve skleslé náladě, energii a aktivitě (deprese). Remise mezi fázemi je obvykle úplná a prevalence je u obou pohlaví přibližně stejná, na rozdíl od jiných poruch nálady.

Manické fáze začínají obvykle náhle a trvají 2 týdny až 4–5 měsíců (průměrné trvání je 4 měsíce). Deprese mají tendenci k delšímu trvání (průměrná délka kolem 6 měsíců), i když zřídka déle než rok (s výjimkou starších osob). Oba druhy epizod často přicházejí po stresové životní události nebo jiném duševním traumatu, ale přítomnost nebo nepřítomnost stresu není pro diagnózu podstatná. První fáze se může vyskytnout v kterémkoli věku od dětství až k seniu. Frekvence fází a model remisí a relapsů je velmi variabilní, i když remise mají s postupem času tendenci ke kratšímu trvání a deprese se stávají častější a trvají po dosažení středního věku déle.

Bipolární afektivní porucha, současná fáze hypomanická

BAP současná fáze manická bez psychotických příznaků

BAP současná fáze manická s psychotickými příznaky

BAP současná fáze středně těžké nebo mírné deprese

BAP současná fáze těžké deprese bez psychotických příznaků

BAP současná fáze těžké deprese s psychotickými příznaky

Bipolární afektivní porucha, současná fáze smíšená

Bipolární afektivní porucha, současně v remisi

Depresivní fáze

U typických epizod všech tří forem, a to mírné, středně těžké nebo těžké deprese trpí jedinec skleslou náladou, snížením energie a aktivity. Je zhoršena schopnost radovat se, dochází k poklesu zájmů a ke zhoršení koncentrace. Příznačná je i ztráta zájmu nebo ztráta radosti z aktivit, které jsou normálně příjemné, chybí emoční reaktivita na normálně utěšené okolí a události. Obvykle dochází k rannímu probouzení o dvě hodiny (nebo i více) dříve než obvykle, deprese je horší ráno. Existuje objektivní průkaz jasného psychomotorického zpomalení nebo agitovanosti (o tom se zmiňují nebo informují jiné osoby), výrazná je ztráta chuti k jídlu, úbytek na váze (často se uvádí 5 % nebo i více z tělesné váhy v posledním měsíci), výrazná ztráta libida a značná unavitelnost i po nepatrné námaze. Další obvyklé příznaky jsou: zhoršené soustředění a pozornost, snížené sebevědomí a sebedůvěra, pocity viny a bezcennosti (i při atace mírného typu), smutný a pesimistický pohled do budoucnosti,

myšlenky na sebepoškození a sebevraždu, poruchy spánku, snížená (zvýšená) chuť k jídlu.

Pacienti s mírnou depresivní atakou jsou běžně v primární péči a všeobecné lékařské praxi, zatímco psychiatrická lůžková zařízení se zabývají hlavně pacienty trpícími těžkými stupni.

Mírná depresivní fáze (bez somatických příznaků, se somatickými příznaky)

Středně těžká depresivní fáze (bez somatických příznaků, se somatickými příznaky)

Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků

Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky

Jiné depresivní fáze

Periodická (rekurentní) depresivní porucha

Porucha charakterizovaná opakovanými epizodami deprese, bez samostatných fází povznesené nálady a zvýšené aktivity, které splňují kritéria pro máni. Věk při začátku onemocnění a závažnost, trvání a frekvence fází deprese jsou velmi proměnlivé. Všeobecně se první epizoda objevuje později než u bipolární poruchy, průměrný věk při začátku onemocnění je pátá dekáda. Jednotlivé fáze také trvají od 3 do 12 měsíců (průměrné trvání okolo 6 měsíců), ale méně často se opakují. I když uzdravení mezi fázemi je většinou úplné, může se u menší části pacientů rozvinout trvalá deprese (zvláště ve stáří). Jednotlivé fáze jakékoli tíže jsou často vyvolány stresovými životními událostmi a v mnohých kulturách jsou obvykle dvakrát častější u žen než u mužů.

Patří sem periodické epizody depresivní reakce, psychogenní reakce, reaktivní deprese, sezónní depresivní poruchy.

Periodická depresivní porucha, současná fáze mírná

Periodická depresivní porucha, současná fáze středně těžká

PDP, současná fáze těžká bez psychotických příznaků

PDP, současná fáze těžká s psychotickými příznaky

Periodická (rekurentní) depresivní porucha, současně v remisi

Trvalé poruchy nálady (afektivní poruchy)

Jsou to trvalé a obvykle kolísavé poruchy nálady, u nichž jednotlivé fáze jsou zřídka (pokud vůbec někdy) dostatečně vážné, aby mohly být popsány jako manické nebo i mírné depresivní fáze. Protože trvají nepřetržitě léta a někdy větší část dospělého života pacienta, přece jen mají za následek značnou subjektivní stísněnost a snížení schopností. V některých případech však periodické nebo jiné ataky manické poruchy nebo mírné či těžké depresivní poruchy mohou nasedat na trvalou afektivní poruchu. Trvalé afektivní poruchy jsou klasifikovány spíše zde než u poruch osobnosti vzhledem k tomu, že výsledky studií rodin dokazují, že trvalé afektivní poruchy jsou geneticky příbuzné s poruchami nálady, protože reagují na léčbu stejným způsobem. Byl popsán jak raný, tak pozdní začátek cyklotymie a dystymie.

Jiné poruchy nálady (afektivní poruchy)

Periodické krátké depresivní epizody se vyskytují během roku asi jednou za měsíc. Všechny jednotlivé depresivní fáze trvají méně než 2 týdny (typicky 2–3 dny s úplným uzdravením), ale splňují symptomatická kritéria pro mírnou nebo středně těžkou depresivní fázi. Patří sem například premenstruální syndrom.

Terapie poruch nálady

Lehké a středně těžké deprese je možno léčit ambulantně, těžké deprese a mánie je třeba hospitalizovat, kritériem je nebezpečí sebevraždy u depresí a únosnost společenského chování u mánií. Základ terapie tvoří antidepressiva a anxiolytika. Stále je užívána i elektrokonvulzivní terapie. K léčbě manické fáze používáme neuroleptika a lithium.

Antidepressiva mohou mít trojí účinek: tymoleptický (odstranění patické depresivní nálady), anxiolytický a psychostimulační.

Nežádoucí účinky: sucho v ústech, pocení, třes, zácpa, poruchy akomodace, vertigo, retence moči. Nepříjemné je to, že se efekt dostavuje až po 3 až 4 týdnech. Proto je vhodné zpočátku k medikaci přidat neuroleptika nebo trankvilizéry (benzodiazepiny). Občas je užívána spánková deprivace nebo fototerapie.

Manická fáze bývá léčena neuroleptiky společně s lithiem, které působí i profylakticky. Jako prevence další epizody se užívají i antiepileptika.

Téma č. 7: Neurotické, fobické úzkostné poruchy. Obsedantně - kompulsivní porucha. Reakce na stres. Somatoformní poruchy

Fobické úzkostné poruchy

Skupina poruch, u nichž je úzkost vyvolána určitými situacemi nebo objekty vně pacienta, které běžně nejsou nebezpečné. Pacient se proto těmito situacím a objektům vyhýbá nebo je snáší s pocitem hrůzy. Pacientův zájem se může soustředit na jednotlivé symptomy, např. palpitace nebo pocity na omdlení a často se přidružuje sekundární strach ze smrti, ze ztráty sebekontroly nebo ze „zbláznění“. Úzkost se nezmírňuje, i když si osoba uvědomuje, že ostatní nepokládají danou situaci za nebezpečnou nebo hroživou. Už pouhé pomyšlení, že se dostane do fobické situace, vyvolá úzkost.

Fobická úzkost se často vyskytuje společně s depresí. Dříve existující fobická úzkost se téměř vždy zhoršuje při současně probíhající depresivní fázi. Většina fobických poruch, s výjimkou sociálních fobií, je častější u žen.

Agorafobie

Sociální fobie

Specifické (izolované) fobie

Jiné úzkostné poruchy

Poruchy, u nichž jsou hlavními symptomy projevy úzkosti a které nejsou omezeny na žádnou určitou okolní situaci.

Panická porucha (epizodická paroxysmální úzkost)

Generalizovaná úzkostná porucha

Smíšená úzkostně depresivní porucha

Obsedantně-kompulsivní porucha

Podstatným rysem jsou opakovaně se vyskytující obsedantní myšlenky nebo nutkavé akty. Obsedantní myšlenky jsou nápady, představy nebo impulzy, které se znovu a znovu vtírají do mysli. Vyvolávají tíseň, protože jsou násilného nebo obscénního rázu nebo prostě proto, že jsou vnímány jako nesmyslné a nedají se potlačit. Pacient je uznává jako své vlastní, i když jsou mimovolné a často odpuzující. Nutkavé akty nebo rituály jsou stereotypní úkony, které se znovu a znovu opakují. Nejsou spojeny s příjemnými pocity ani nevedou k realizaci užitečných cílů. Pacient na ně často pohlíží jako na prevenci nějaké objektivně nepravděpodobné události, která často představuje škodu pro něho samého nebo škodu, kterou by mohl sám způsobit. Obvykle, i když ne vždy, si uvědomuje, že jeho chování je nesmyslné a neúčinné a opakovaně se pokouší

mu odolat. U velmi dlouho trvajících případů může být odpor minimální. Obvykle je přítomna úzkost. Pacienti s obsedantně-kompulzivní poruchou mají často příznaky deprese a u pacientů, trpících periodickou depresivní poruchou se mohou během epizod deprese rozvinout obsedantní myšlenky.

Obsedantně-kompulzivní porucha je stejně obvyklá u mužů jako u žen. Počátek je obvykle v dětství nebo rané dospělosti. Průběh je různý a při nepřítomnosti výrazných depresivních symptomů spíše chronický.

Převážně obsedantní myšlenky nebo ruminace

Převážně nutkavé akty (kompulzivní rituály)

Smíšené obsedantní myšlení a jednání

Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení

Tato kategorie obsahuje poruchy, které lze identifikovat nejen na podkladě symptomatologie a průběhu, ale také na základě příčinných vlivů, tj. mimořádně stresujícího životního zážitku, který vyvolal akutní stresovou reakci, nebo významné životní změny, vedoucí k trvale nepříjemným okolnostem a mající za následek poruchu přizpůsobení. Jsou to maladaptivní reakce na těžký nebo trvalý stres, protože narušují mechanismy úspěšného vyrovnávání se s ním, a tím vedou ke zhoršenému sociálnímu fungování.

Akutní reakce na stres

Jedná se o přechodnou poruchu významné závažnosti, která vzniká u jedince bez jakékoli zjevné psychické poruchy jako odpověď na výjimečný fyzický nebo duševní stres a která obvykle odeznívá během několika hodin nebo dnů. Stresorem může být zdrcující traumatický zážitek, např. živelná pohroma, úraz, ozbrojený konflikt, přepadení, znásilnění, nebo neobvykle náhlá a ohrožující změna v sociálním postavení anebo v mezilidských vztazích jedince, např. ztráta mnoha blízkých osob nebo požár v domácnosti. Riziko rozvoje poruchy je větší, při fyzickém vyčerpání nebo ve stáří.

Individuální zranitelnost a schopnost zvládat stres ovlivňují výskyt a závažnost akutních reakcí na stres. Symptomy vykazují velkou variabilitu, ale typicky zahrnují úvodní stav „ustrnutí“ se zúžením vědomí a pozornosti, neschopnost chápat podněty a dezorientaci. Na tento stav může dále navazovat další stažení se, odklon od situace a prostředí v rozsahu až dissociativního stuporu, nebo agitace a hyperaktivita, tedy útěková reakce nebo fuga. Obvykle jsou přítomny vegetativní příznaky panické úzkosti (tachykardie, pocení, zčervenání). Symptomy se obvykle objeví během několika minut po dopadu stresujícího podnětu nebo události a mizí během 2–3 dnů (často během několika hodin). Na toto období může být částečná nebo úplná amnézie.

Posttraumatická stresová porucha
Poruchy přizpůsobení
Krátkodobá depresivní reakce
Protrahovaná depresivní reakce
Smíšená úzkostná a depresivní reakce
S převládající poruchou jiných emocí
S převládající poruchou chování
Se smíšenou poruchou emocí a chování

Dissociativní (konverzní) poruchy

Společným rysem těchto poruch je částečná nebo úplná ztráta normální integrace mezi vzpomínkami na minulost, vědomím identity a bezprostředních pocitů a ovládním pohybů těla. Normálně existuje značný stupeň vědomé kontroly nad tím, kterým vzpomínkám a pocitům se může věnovat okamžitá pozornost a které pohyby se mají vykonat. U dissociativních poruch se předpokládá, že tato schopnost vědomé a selektivní kontroly je zhoršena do míry, která se může měnit ze dne na den nebo dokonce z hodiny na hodinu. Je obvykle velmi obtížné odhadnout rozsah, do kterého může ztráta některých funkcí být pod volní kontrolou.

Dissociativní poruchy mají „psychogenní“ původ, protože bývají časově úzce spjaty s traumatizujícími událostmi, neřešitelnými a nesnesitelnými problémy nebo narušenými vztahy. Pro některé z těchto poruch je široce používán termín „konverze“ a předpokládá se, že nepříjemný afekt daný problémy a konflikty, které pacient nemůže vyřešit, je nějakým způsobem transformován do symptomu.

Začátek a ukončení dissociativních stavů jsou často náhlé, ale zřídka je můžeme postřehnout, s výjimkou záměrných interakcí nebo postupů, jako jsou hypnóza nebo odreagování. Změna dissociativního stavu nebo jeho vymizení mohou být omezeny na dobu trvání takovýchto postupů. Všechny typy dissociativních stavů mají tendenci k úpravě během několika týdnů nebo měsíců, obzvláště pokud vznikly v souvislosti s traumatickou životní událostí. Chroničtější stavy, obrny a anestezie, se mohou rozvinout, jestliže je začátek spojen s neřešitelnými problémy nebo interpersonálními obtížemi. Dissociativní stavy, které trvaly více než 1-2 roky před tím, než jim byla věnována pozornost ze strany psychiatrie, jsou často terapeuticky rezistentní.

Pacienti s dissociativními poruchami často překvapivě popírají problémy nebo těžkosti, které mohou být jiným zřejmé.

Může být obtížné najít přesvědčivý důkaz o psychologickém působení, i když je na ně silné podezření. Patří sem histerie.

Dissociativní amnézie
Dissociativní fuga
Dissociativní stupor
Trans a stavy posedlosti
Dissociativní poruchy motoriky a citlivosti

Dissociativní poruchy motoriky
Dissociativní křeče
Dissociativní porucha citlivosti a poruchy senzorické
Ganserův syndrom
Mnohočetná porucha osobnosti

Somatoformní poruchy

Hlavním rysem je opakované uvádění tělesných symptomů se stálými žádostmi o lékařské vyšetření navzdory opakovaným negativním nálezům a ujišťování lékaře, že příznaky nemají žádný tělesný podklad. Jestliže existují nějaké tělesné poruchy, pak nevysvětlují povahu a rozsah symptomů nebo tíseň a starost pacienta. I když začátek a trvání symptomů mají úzkou souvislost s nepříjemnými životními událostmi, obtížemi nebo konflikty, pokusy diskutovat o možnosti psychologických příčin pacient obvykle odmítá. Může to platit, i když jsou přítomny zřejmé depresivní a úzkostné symptomy. Míra porozumění ať už fyzickým, nebo psychologickým příčinám, které lze dosáhnout, je často pro pacienta i lékaře frustrující a přináší jim zklamání. U těchto poruch bývá také často určitý stupeň snahy získat pozornost (histriónské chování), zvláště u pacientů, kteří jsou rozmrzelí, že se jim nedaří přesvědčit lékaře o tom, že jejich onemocnění je v podstatě fyzického rázu a že potřebují další vyšetřování nebo zkoumání.

Somatizační porucha
Nediferencovaná somatizační porucha
Hypochondrická porucha
Somatoformní vegetativní dysfunkce
Srdce a kardiovaskulární systém
Horní gastrointestinální trakt
Dolní gastrointestinální trakt
Respirační systém
Urogenitální systém
Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha
Jiné somatoformní poruchy

Jiné neurotické poruchy

Neurastenie
Depersonalizační a derealizační syndrom
Jiné specifikované neurotické poruchy

Téma č. 8: Poruchy příjmu potravy. Poruchy spánku. Specifické poruchy osobnosti, návykové a impulzivní poruchy

1. Poruchy příjmu potravy

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

Mentální anorexie

Atypická mentální anorexie

Mentální bulimie

Atypická mentální bulimie

Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami

Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami

2. Neorganické poruchy spánku

Tato skupina poruch zahrnuje:

1. dyssomie: primárně psychogenní stavy, u nichž se převládající porucha týká množství, kvality nebo časování spánku a je vyvolána emočními vlivy, tj. nespavost, hypersomie a porucha rytmu spánků-bdění,

2. parasomie: abnormální epizodické události, ke kterým dochází během spánku a které v dětství souvisí hlavně s vývojem dítěte, zatímco v dospělosti jsou převážně psychogenní, tj. somnambulismus, noční děsy a noční můry.

Tento oddíl zahrnuje pouze ty poruchy spánku, u nichž jsou emoční faktory hodnoceny jako primární. Nadměrný spánek a jeho nevhodné časování, které nejsou psychogenního původu, včetně narkolepsie a kataplexie a poruchy spánkového rytmu, jsou vedeny v neurologii, jako i spánková apnoe a epizodické poruchy motoriky, zahrnující noční myoklonus. Enuréza je uvedena v seznamu s jinými emočními a behaviorálními poruchami se specifickým začátkem v dětství a adolescenci.

V mnoha případech je porucha spánku jedním z příznaků jiné poruchy buď duševní, nebo tělesné. I když se specifická porucha spánku zdá klinicky nezávislá, může k jejímu výskytu přispět mnoho přidružených psychiatrických a/nebo tělesných faktorů.

Neorganická nespavost

Neorganická hypersomie

Neorganické poruchy rytmu spánků-bdění

Somnambulismus (náměsícnictví)

Noční děsy

Noční můry (úzkostné sny)

3. Sexuální dysfunkce nevyvolaná organickou poruchou nebo nemocí

Sexuální dysfunkce zahrnuje různé stavy, kdy se jedinec nemůže podílet na sexuálním vztahu tak, jak by si přál. Může postrádat zájem, uspokojení, chybí mu fyziologické reakce potřebné pro účinný sexuální vztah (např. erekce) nebo není schopen ovládat a prožít orgasmus.

Obvykle se na příčině sexuální dysfunkce podílejí jak psychologické, tak somatické děje.

Nedostatek nebo ztráta sexuální touhy

Odpor k sexu/sexualitě a nedostatek sexuální slasti

Odpor k sexualitě

Nedostatečné prožívání sexuální slasti

Selhání genitální odpovědi

Dysfunkční orgasmus

Předčasná ejakulace

Neorganický vaginismus

Neorganická dyspareunie

Hypersexualita

4. Duševní poruchy a poruchy chování spojené s šestinedělním neklasifikované jinde

Mírné duševní poruchy a poruchy chování spojené s šestinedělním neklasifikované jinde

Závažné duševní poruchy a poruchy chování spojené s šestinedělním neklasifikované jinde

5. Psychické a behaviorální faktory spojené s poruchami nebo nemocemi klasifikovanými jinde

Tato kategorie se užívá ke klasifikaci psychopatologických nebo behaviorálních vlivů, které hrály úlohu v etiologii tělesných poruch a které mohou být klasifikovány pod jinými kapitolami. Výsledné duševní poruchy jsou obvykle mírné a často dlouhotrvající (např. starost, emoční konflikt, obavy atd.).

Příklady užití této kategorie jsou astma, dermatitidy a ekzém, vředová choroba žaludku, mukózní kolitida, ulcerózní kolpitida a kopřivka.

6. Abúzus látek nevyvolávajících závislost

Sem může být zahrnuto velké množství léků, běžně užívaných látek a přírodních přípravků, ale jsou tři důležité skupiny: psychotropní látky, které nevyvolávají závislost, např. antidepresiva; projímadla; analgetika, která mohou být prodávána bez lékařského předpisu, např. aspirin nebo paracetamol. Přesto, že tyto léky mohly být předepisovány nebo doporučovány zpočátku lékařem, dochází k dlouhodobému zbytečnému nadužívání, často ve velmi vysokých dávkách. To je usnadňováno dostupností těchto látek bez lékařského předpisu.

Dlouhodobé a neopodstatněné užívání těchto látek je obvykle spojeno se značnými výdaji. Často vede ke zbytečným kontaktům se zdravotnickými pracovníky a je někdy provázeno škodlivými tělesnými příznaky. Zákazy a zastrásování před užíváním těchto látek se často setkávají s odporem. Pro projímadla a analgetika to platí i přes varování před možným vznikem tělesného poškození, jako jsou renální poruchy nebo poruchy elektrolytové rovnováhy. Přestože je obvykle jasné, že pacient má značnou motivaci k užívání podobných látek, nevyvinou se ani závislost, ani odvykací příznaky.

Antidepresiva

Laxativa

Analgetika - aspirin, paracetamol, fenacetin

Antacida

Vitaminy

Steroidy nebo hormony

Přírodní nebo lidové preparáty

Jiné látky nevyvolávající závislost např. diuretika

Téma č. 9: Sexuální poruchy. Sexuální dysfunkce. Poruchy pohlavní identity. Abnormality sexuální preference. Psychologické problémy a problémy spojené se sexuálním vývojem a orientací

1. Sexuální dysfunkce: stavy, které zabraňují jedinci podílet se na sexuální aktivitě dle vlastních představ

Příčiny: stres, neznalost vlastních sexuálních funkcí, poruchy nálad

Stádia sexuální odezvy: touha, vzrušení, orgasmus, uvolnění

Sexuální dysfunkce se mohou vyskytnout v prvních třech stádiích (touha, vzrušení, orgasmus).

Nedostatek nebo ztráta sexuální touhy

Projevy: snížená frekvence vyhledávání sex. stimulů, vymizení myšlenek na sex, vymizení sex. fantazií, odpor k sexu = vyhýbání se sex. aktivitě

Výskyt: u žen mnohem častěji

Příčina: dlouhodobá úzkost, deprese, užívání léků, při těžkých nemocech, po operacích, bolestivých stavech, u manželských dvojic při manželských neshodách

Selhání genitální odpovědi

Příčiny: muži – obtížné dosažení a udržení erekce; ženy – suchost vagíny

Výskyt: častěji u žen

Předčasná ejakulace

neschopnost dostatečně ovládat ejakulaci

Výskyt: až 30% mužů

Orgasmus retardatus

k vyvolání orgasmu u muže je nutná abnormálně dlouhá a intenzivní stimulace

Výskyt: u zdravých mužů při opakované souloži; odlišná sexuální orientace (u homosexuálů)

Priapismus

dlouhotrvající a spontánně neustupující erekce

Příčiny: topořivá tělíska nejsou prokrvována a to působí bolest

Při erekci delší než 4 hodiny může dojít k poškození struktur penisu

Výskyt: u nemocí se zvýšenou krevní srážlivostí (leukémie, anémie) a při léčbě psychofarmaky (neuroleptika, tricyklická antidepresiva). Vyžaduje neodkladnou léčbu!

Hypersexualita

nadměrný sexuální pud

Satyriáza u mužů, nynfomanie u žen

Výskyt: okolo 20 let; někdy v rámci duševního onemocnění

Bolestivé sexuální poruchy

Neorganický vaginismus

Příčiny: křeč svalů dna pánevního způsobené: sexuálním traumatem, neshody sexuálního páru, u nábožensky založených osob, zavedení penisu je bolestivé či zcela nemožné

Noreganická dyspareurie

Výskyt: u žen i mužů

Příčiny: psychické, u žen po operacích dna pánevního, při zánětu pánevních orgánů

2. Poruchy sexuální preference

Fetišismus

objektem sex. vzrušení je neživý předmět (spodní prádlo, šaty, obuv, moč (*urofilie*), stolice (*exkrementofilie*), odpadky (*misofilie*), mrtvá těla (*nekrofilie*), oheň (*pyrofilie*))

Výskyt: u mužské populace

Příčiny: příliš časté masturbační fantazie spojené s určitým objektem; nezvládnutí tzv. kastročního komplexu

Léčba: individuální psychoterapie

Fetišistický transvestitismus

převlékání do šatů opačného pohlaví

snaha o maximální nápodobu opačného pohlaví (paruka, rtěnka...)

je ztotožněn s vlastním pohlavím

Výskyt: výlučně u mužů

Exhibicionismus

odhalování genitálu na veřejnosti

Výskyt: výhradně u heterosexuálních mužů

Léčba: individuální psychoterapie, ignorace ze strany obtěžovaného

Voyerství (skoptofilie)

nutkavá tendence sledovat erotické i neerotické aktivity jiných lidí

Výskyt: nejčastěji u mužů mladších 35 let

Pedofilie

velmi závažná porucha sex. preference zaměřená na předpubertální objekty(děti), zaměření většinou heterosexuální, zaměření celoživotní povahy, vzrušení dosahuje masturbací a odhalováním genitálu před dětmi k pohlavnímu styku dochází zřídka

Léčba: snaha odborníků o adaptaci muže na sex s dospělým objektem či na autoerotiku

Zoofilie

sex. preference zaměřena na zvířata

Hebefilie a efebofilie

Hebefilie představuje zaměření sexuální pozornosti na dospívající dívky, tzn. na dívky, u kterých jsou již patrné náznaky ženského tvaru prsu, jemné ochlupení apod.

Efebofilie představuje naopak zaměření na dospívající chlapce

Gerontofilie

Jedinec se sexuálně uspokojuje pohlavním stykem s osobou, jevící typické známky stáří tzn. šedivé vlasy, vráscitá kůže apod.

Nekrofilie

Jedná se o velmi závažnou sexuální úchylku, kdy se jedinec sexuálně uspokojuje sexem s mrtvým tělem.

Incest

Jedná se o navazování pohlavního styku s osobami velmi blízce pokrevně příbuznými.

3. Poruchy pohlavní identity

Transsexualismus

touha žít a být akceptován jako opačné pohlaví
nespokojenost s anatomickým pohlavím

Řešení: hormonální léčba, chirurgický zákrok

Výskyt: vzácně

Projevy: již v dětství = tíhnutí k hrám opačného pohlaví

Léčba: psychoterapie zde nezabírá, celoživotní problém

Transvestitismus dvojí role

Projevy: občasné převlékání do šatů opačného pohlaví za účelem chvilkového potěšení

jedinec je zcela ztotožněn s vlastním pohlavím, převléká se za účelem vžití se do pocitů opačného pohlaví

4. Patologická sexuální agresivita

Tušeři a froteři

tisknutí se na ženy v situacích zcela neosobních (autobus, fronta v obchodě), vyhýbání se komunikaci s obětí, nebývají nebezpeční

Sadismus (algolagnie)

sexuální aktivita zahrnuje omezování lidské svobody, působení bolesti a pokořování

Druhy sadismu: fetišistický sadismus, pseudopedagogický sadismus, agresivní sadismus

Masochismus

k sexuálnímu vzrušení, uspokojení dochází trýzněním vlastní osoby

Sexuální vrah

- sociálně uzavřený introvert, citově plochy, hypochondrický, prudérní, moralistický
- bývá i v dospělosti velmi závislý na své matce
- projevy fetišismu, frotérství a voyerství. Má pocit méněcennosti a sadistický čin mu tak dává pocit nadvlády, vítězství
- vraždí většinou po situaci, kdy měl pocit útoku na vlastní sebevědomí.
- po uvěznění velice vzorný

Tato deviace přináší celoživotní obtíže při navazování heterosexuálních partnerských vztahů!

5. Jiné deviace v aktivitě

Erotografomanie a telefonní skotofilie

U erotografomanů dochází k sexuálnímu vzrušení při psaní dopisů s erotickým obsahem anonymním ženským objektům. Při psaní často masturbuje, vzrušuje se představou, co asi prožívá adresátka při čtení jeho dopisu. Často se domnívá, že adresátku jeho dopis také vzrušuje dopisy sadistického charakteru.

Jistou nápodobou erotografomanie je telefonní skotofilie (skatologie, erotofonie), při které se jedinec sexuálně vzrušuje telefonováním anonymním ženám.

Klyzmafilie a uretrální manipulace

Klyzmafilie (z řec. klisma = klistýr) = vaginální nebo anální stimulací přijímáním klistýru, obvykle naplněného teplou vodou ale někdy i např. čajem, alkoholem či vzduchem.

- masturbační praktiky, někdy je však klystýr praktikován při heterosexuálních či homosexuálních partnerských aktivitách
- pocity při provádění klystýru jsou podobné jako při masturbaci či dráždění při souloži.
- podobné rysy jsou i u ureálních manipulací, kdy se jedinec sexuálně uspokojuje vsunováním předmětů do močové trubice (prst, svíčka, tužka apod.).

Triolismus

kombinace více deviací

Projevy: muž se vzrušuje sledováním své partnerky s jiným mužem při sexuálním styku v jiných případech ukazováním své nahé partnerky jiným mužům

Téma č. 10: Mentální retardace. Pervazivní vývojové poruchy

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

Inteligenci nelze charakterizovat jednoduše, nýbrž na základě velkého počtu různých více méně specifických dovedností. I když je obecná tendence, aby se všechny tyto dovednosti rozvíjely souměrně, mohou vykazovat velké rozdíly, zvláště u mentálně retardovaných osob. Ty mohou v jedné určité oblasti, např. řeči, vykazovat těžké narušení, jinde mohou být mnohem dovednější, např. při jednoduchých zrakově prostorových úkolech. Vyhodnocení intelektuální úrovně by se mělo opírat o všechny dostupné informace, včetně klinických nálezů, adaptačního chování s ohledem na kulturní zázemí jedince a výsledků psychometrických testů.

Pro definitivní diagnózu by měla být přítomna snížená úroveň intelektových funkcí, vedoucí ke snížené schopnosti přizpůsobit se denním požadavkům běžného sociálního prostředí. Přidružené duševní nebo tělesné poruchy mají velký vliv na klinický obraz a používání jakýchkoli dovedností. Zvolená kategorie by měla být proto založena na globálním zjištění schopností a nikoli pouze na jedné oblasti specifického postižení či dovednosti. Uvedené úrovně IQ jsou jen orientačním vodítkem. Níže uvedené kategorie představují umělé rozdělení komplexního kontinua a nemohou být definovány s absolutní přesností. IQ by mělo být stanoveno standardizovanými, individuálně aplikovanými inteligenčními testy, determinovanými místními kulturními normami. Vhodný test by měl být zvolen podle úrovně funkcí jedince a přídatných podmínek specifického narušení, např. problémů expresivní řeči, narušení sluchu a tělesného postižení. Stupnice sociální zralosti a adaptace, opět lokálně standardizované, by měly být, doplněny rozhovorem s rodičem nebo pečovatelem, který je seznámen s dovednostmi jedince v jeho každodenním životě. Bez použití standardizovaných prostředků musí být vyhodnocení považováno pouze za provizorní odhad.

Lehká mentální retardace

Lehce mentálně retardovaní si osvojují mluvu opožděně, ale většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě, udržovat

konverzaci a podrobit se klinickému rozhovoru. Většina z nich také dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, mytí, oblékání, ovládání močového měchýře a střev) a v praktických a domácích dovednostech, i když je vývoj proti normě mnohem pomalejší. Hlavní potíže se obvykle projevují při teoretické práci ve škole. Mnozí postižení mají specifické problémy se čtením a psaním. Mírně retardovaným však může velmi pomoci výchova a vzdělávání zaměřené na rozvíjení jejich dovedností a kompenzování nedostatků. Většinu jedinců na horní hranici lehké mentální retardace lze zaměstnat prací, která vyžaduje spíše praktické než teoretické schopnosti, včetně nekvalifikované nebo málo kvalifikované manuální práce. V sociokulturním kontextu, kde se klade malý důraz na teoretické znalosti, nemusí mírný stupeň retardace působit žádný problém. Důsledky retardace se však projeví, když je postižený také značně emočně a sociálně nezralý, např. není schopen vyrovnat se s požadavky manželství nebo výchovy dětí, obtížně se přizpůsobuje kulturním tradicím a očekáváním.

Obecně jsou behaviorální, emocionální a sociální potíže lehce mentálně retardovaných bližší problémům jedinců s normální inteligencí, než specifickým problémům středně a těžce retardovaných. Organická etiologie je zjišťována u narůstajícího počtu pacientů, avšak ještě ne u většiny.

Středně těžká mentální retardace

U jedinců zařazených do této kategorie se pomalu rozvíjí chápání a užívání řeči a jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené. Podobně je také opožděna schopnost starat se sám o sebe a zručnost. Někteří jedinci potřebují dohled po celý život. Také pokroky ve škole jsou omezené, ale někteří si osvojí základy čtení, psaní a počítání. Vzdělávací programy mohou poskytnout postiženým příležitost k rozvíjení omezeného potenciálu a k získání základních dovedností a jsou vhodné pro pomalé žáky s omezenou výkonností. V dospělosti jsou středně retardovaní obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže jsou úkoly pečlivě strukturovány a jestliže je zajištěn odborný dohled. V dospělosti je zřídka možný úplně samostatný život. Zpravidla bývají plně mobilní a fyzicky aktivní a většina z nich prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktu, ke komunikaci s druhými a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách.

IQ se pohybuje v rozmezí 35-49. V této skupině jsou obvykle podstatné rozdíly ve schopnostech. Někteří jedinci dosahují vyšší úroveň v dovednostech sensoricko-motorických než v úkonech závislých na verbálních schopnostech, zatímco jiní jsou značně neobratní, ale jsou schopni sociální interakce a jednoduché konverzace. Úroveň rozvoje řeči je variabilní. Někteří jsou schopni jednoduché konverzace, zatímco druzí jsou schopni domluvit se jen o svých základních potřebách. Někteří se nenaučí mluvit nikdy, i když mohou porozumět jednoduchým verbálním instrukcím a mohou se naučit používat gestikulace k částečnému kompenzování své neschopnosti domluvit se řečí. U většiny středně mentálně retardovaných lze zjistit organickou etiologii. U podstatné části

pacientů je přítomen dětský autismus nebo jiné pervazivní vývojové poruchy, které velmi ovlivňují klinický obraz a způsob, jak s postiženým jednat. Epilepsie, neurologické a tělesné hendikepy se také obvykle vyskytují, i když většina z postižených může chodit bez pomoci. Někdy je možno zjistit jiná psychiatrická onemocnění, avšak vzhledem k omezené verbální schopnosti pacienta je diagnóza obtížná a závisí na informacích od těch, kteří ho dobře znají.

Těžká mentální retardace

Tato kategorie je v mnohém podobná středně těžké mentální retardaci, pokud jde o klinický obraz, přítomnost organické etiologie a přidružené stavy. Snížená úroveň schopností je v této skupině běžně mnohem výraznější. Většina jedinců z této kategorie trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými defekty, které prokazují přítomnost klinicky signifikantního poškození či chybného vývoje ústředního nervového systému. IQ je obvykle v rozmezí 20–34.

Hluboká mentální retardace

IQ je odhadováno pod 20, což prakticky znamená, že postižení jedinci jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům nebo instrukcím nebo jim vyhovět. Většina osob z této kategorie je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu. Nemocní bývají inkontinentní a při nejlepším jsou schopni pouze velmi rudimentární neverbální komunikace. Mají nepatrnou či žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a stálý dohled. Lze dosáhnout nejzákladnějších jednoduchých zrakově prostorových dovedností v třídění a srovnávání a postižený jedinec se může při vhodném dohledu a vedení podílet malým dílem na domácích a praktických úkonech. Ve většině případů lze určit organickou etiologii. Běžné jsou těžké neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, jako např. epilepsie a poškození zraku a sluchu. Obzvláště časté, a to především u mobilních pacientů, jsou nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, zvláště atypický autismus.

Pervazivní vývojové poruchy

Vyskytují se vzácněji, ale více narušují vývoj dítěte. Výrazně mění chování postiženého jedince, omezují jeho možnosti vzdělání a mnohdy zabraňují zařazení do společnosti.

Dětský autismus

Objevuje se před třetím rokem věku, 3-4x častěji u chlapců. Od útlého dětství je pozorována nedostatečná emoční odpověď na emoce jiných lidí a nedostatečné přizpůsobení sociálnímu kontaktu. Děti trvají na svých rituálech, nesnášejí nové situace a změny prostředí, vykonávají stereotypní pohyby. Školní znalosti si osvojují s obtížemi, někdy vůbec.

Rettův syndrom

Vyskytuje se pouze u dívek, po krátkém období normálního vývoje následuje ztráta manuálních a verbálních dovedností. Začátek je mezi 7 a 24 měsíci, následuje těžká mentální retardace.

Jiné dezintegrační poruchy v dětství

Předchází krátké období normálního vývoje, následuje ztráta získaných dovedností v oblasti komunikační, přidružují se odchylky sociální interakce, ztráta řeči, někdy se onemocnění zastaví, výsledkem je většinou těžká mentální retardace.

Aspergerův syndrom

Vyskytuje se převážně u chlapců. Má podobné příznaky jako autismus, není však přítomno celkové opoždění řeči a kognitivního vývoje. Prognóza je lepší než u infantilního autismu, ale psychotické epizody se mohou vyskytovat i v dospělosti. Výsledkem bývá autistická, schizoidní porucha osobnosti.

Téma č. 11: Dětská a dorostová psychiatrie. Forenzní psychiatrie

1. Dětská a dorostová psychiatrie

Dětská a dorostová psychiatrie je obor zabývající se péčí o duševní zdraví dětí.

Prevence, terapie, diagnostika a výzkum duševních poruch, nemocí a odchylek dětí a mladistvých.

Vývojové poruchy, psychotické, afektivní a úzkostné poruchy, zneužívání alkoholu a návykových látek, poruchy příjmu potravy, poruchy chování, psychické poruchy se somatickými projevy.

Specifické problémy dětské psychiatrie (sebevraždy dětí a dospívajících, týrání a zneužívání dětí).

2. Forenzní psychiatrie

Právní postavení duševně nemocných má některé odlišnosti od postavení ostatních nemocných, protože duševně nemocní nemohou za určitých okolností činit adekvátní rozhodnutí, někdy se dostávají do konfliktu s právními předpisy a společenskými zvyklostmi a v důsledku poruch mohou jednat ke škodě společnosti nebo své.

Zdravotníci pracovníci jsou povinni zachovávat mlčenlivost s výjimkou případů, kdy byli mlčenlivosti zproštěni dotyčným pacientem nebo nadřízeným orgánem v důležitém státním zájmu.

Soudní psychiatrie zkoumá duševní stav osob v jeho vztahu ke skutečnostem zjišťovaným v trestním nebo občanskoprávním řízení.

Soudně psychiatrická expertíza je ztížena řadou skutečností. Agravace, simulace nebo disimulace. Objektem posuzování se může stát obviněný, poškození i svědek (věrohodnost), rodiče a děti ve sporech péče o dítě, zemřelý člověk při posuzování platnosti závěti, vydědění, kupní nebo darovací smlouvy. Vznikají tu otázky ohledně přičetnosti, snížené přičetnosti a ochranným opatřením.

Kdo pro duševní poruchu v době spáchání činu nemohl rozpoznat jeho nebezpečnost pro společnost nebo ovládat své jednání, není za tento čin odpovědný. Nepatří sem však stav opilství.

Psychóza může vzniknout i po spáchání trestného činu jako vazbová duševní reakce, vzácně dochází k propuknutí první nebo další epizody psychotického onemocnění.

Duševní poruchy, které vedou nejčastěji ke ztrátě rozpoznávacích a ovládacích schopností:

Dlouhodobé duševní poruchy: schizofrenie, trvalé duševní poruchy s bludy, akutní a přechodné psychotické poruchy, schizoafektivní poruchy, manická fáze, bipolární afektivní porucha, některé těžší případy depresivní fáze, periodická depresivní porucha, pokročilejší formy demencí.

Krátkodobé duševní poruchy: patická opojenost, patický afekt, mráкотné stavy, postkomoční nebo postkontuzní zmatenost, duševní poruchy při akutní intoxikaci průmyslovými jedy.

Chorobné duševní stavy: těžká mentální retardace a hluboká mentální retardace.

Téma č. 12: Psychoterapie. Biologická léčba. Elektrokonvulze. Fototerapie

Psychoterapie

Léčba psychologickými prostředky vztahem, rozhovorem, využívá někdy pomocných technik (hypnózy, autogenního tréninku, muzikoterapie, arteterapie). Psychoterapii dělíme na individuální, rodinnou a skupinovou. Umožňuje nemocnému, aby si hlouběji uvědomil podstatu svého onemocnění, změnit některé postoje, nabízí mu korektivní zkušenost nebo seberozvoj.

Biologická léčba

Psychofarmakoterapie

Termínem psychofarmaka označujeme skupinu léků, jejichž hlavním předpokládaným účinkem je změna psychického stavu. Moderní psychofarmaka byla objevena v období let 1949-1957. Lithium 1949, chlorpromazin 1952, meprobamat 1954, imipramin 1957.

Psychofarmaka se rozdělují do tří skupin na antipsychotika, antineurotika a antidepresiva. K těmto hlavním skupinám patří ještě hypnotika, nootropika a stimulantia.

Účinek každého psychofarmaka je záležití nejen na jeho vlastním terapeutickém působení, ale i na osobnosti pacienta a na tom, co od podaného léku očekává. Placebo je indiferentní látka upravená do formy standardního preparátu, příznivě na ně reagují pacienti trpící neurotickými a psychosomatickými obtížemi.

Elektrokonvulzivní léčba

Významná léčebná metoda při terapii depresí a některých forem schizofrenie. Předností je rychlý nástup účinku. Indikována je u nemocných se suicidálními tendencemi. U schizofrenie prolomí autismus, negativismus a agresivitu a umožní tak aplikaci jiných léčebných metod.

ECT je aplikována v myorelaxaci a lehké anestezii. Hlavní kontraindikací je závažné kardiální onemocnění.

Elektrokonvulze je vyvolána aplikací střídavého proudu 300 až 400 mA, 50 Hz, mezi dvěma elektrodami přiloženými častěji unilaterálně nad nedominantní hemisférou. Dochází ke ztrátě vědomí, apnoe a tonicko-klonickým křečím a spánku.

ECT je aplikována 2 až 3 krát týdně do celkového počtu 10 až 12.

Nežádoucí účinky - mnestické poruchy, vznik epileptického ložiska.

Fototerapie

Aplikace umělého světla o intenzitě 2 500 až 500 luxů 1 krát denně po dobu 1 až 2 hodin. Aplikuje se u sezónních depresí.

Základy psychiatrie – ukázka testu

1. a) Somnolentní člověk působí dojmem spícího, nelze jej probudit bolestivými podněty.
b) Kóma je stav bezvědomí, ze kterého nelze postiženého přivést ani těmi nejsilnějšími podněty.
c) Při soporu člověk působí dojmem ospalého, reaguje na oslovení.
2. a) Mdloba patří mezi kvalitativní poruchy vědomí.
b) Ganserův syndrom je nevědomá simulace
c) K příznakům deliria nepatří halucinace.
3. a) Pseudoiluze je patický vjem, při kterém si člověk uvědomuje, že jde o zkreslení reálného podnětu.
b) Přítomnost iluzí je jasnou známkou přítomnosti duševní choroby.
c) Halucinace představují závažnou poruchu myšlení.
4. a) Hyperprosexie je porucha pohlavního pudu.
b) Hypoprosexie je nedostatek pohlavního pudu.
c) Aproxie je závažná porucha pozornosti.
5. a) Mentální retardace a demence se liší dobou vzniku.
b) Mentální retardace a demence se liší mírou snížení intelektu.
c) Mentální retardace a demence se neliší.
6. a) Při afektu si člověk neuvědomuje co dělá a neumí posoudit následky svého konání.
b) Patický afekt způsobuje krátkodobou poruchu vědomí a amnézií.
c) Afektivní stupor se projevuje motorickým neklidem.
7. a) Blud je porucha obsahu myšlení, je nevývratný.
b) Blud je porucha vnímání a dá se ovlivnit psychoterapií.
c) Bludy bývají pravidelně součástí poruch osobnosti.
8. a) Demence je degenerativní onemocnění mozku, bývá provázena depresí.
b) Demence pravidelně způsobuje poruchu vědomí.
c) Delirium nepatří mezi příznaky demence.
9. a) Vaskulární demence se od Alzheimerovy liší jen v prvotní příčině.
b) Při vaskulární demenci se častěji vyskytuje deprese.
c) Vaskulární demence postihuje rovnoměrně všechny oblasti mozku.
10. a) Delirium se vyskytuje jen při závislostech na různých drogách.
b) Organicky podmíněná porucha osobnosti se vyskytuje při epilepsii.
c) Postkomoční syndrom je následkem infekčního onemocnění mozku.

11. a) Pervitin má psychostimulační účinky.
b) Marihuana nezpůsobuje poruchu paměti.
c) Závislost vzniká nejčastěji na pervitinu a marihuaně.
12. a) Mezi příznaky závislosti na alkoholu nepatří poruchy metabolismu tuků.
b) Mezi příznaky závislosti na alkoholu nepatří postupné zvyšování dávek.
c) Mezi příznaky závislosti na alkoholu nepatří obliba červené barvy.
13. a) Pozitivní příznaky schizofrenie způsobují větší citlivost jedince k umění.
b) Pozitivní příznaky schizofrenie jsou halucinace a bludy.
c) Pozitivní příznaky schizofrenie jsou apatie a ztráta zájmů.
14. a) Příznaky schizofrenie u dětí a dospělých se liší.
b) Příznaky schizofrenie u dětí a dospělých se neliší.
c) Následky schizofrenie u dětí a dospělých se neliší.
15. a) Hebefrenní schizofrenie vzniká v souvislosti s projevy demence ve stáří.
b) Paranoidní schizofrenie je nejobvyklejším typem schizofrenie.
c) Katatonní příznaky se vyskytují jen při katatonní schizofrenii.
16. a) Schizotypní porucha se vyskytuje častěji u příbuzných schizofreniků.
b) Akutní a přechodné psychotické poruchy vznikají převážně na organickém podkladu.
c) Schizofrenie je nevyléčitelná duševní choroba.
17. a) Schizofrenie je rozštěp osobnosti.
b) Schizofrenie je rozštěp myšlení.
c) Schizofrenie je afektivní porucha.
18. a) Součástí manické fáze je nižší tělesná a psychická aktivita.
b) Při manické poruše se nevyskytují bludy.
c) Manické fáze jsou obvykle kratší než fáze depresivní.
19. a) Při depresi je vysoké riziko sebevraždy.
b) Podávání antidepresiv ihned značně snižuje riziko sebevraždy.
c) Při těžké depresi se neobjevují halucinace.
20. a) Agorafobie je izolovaný strach z uzavřených prostor.
b) Sociální fobie vznikají často v adolescenci.
c) Obsedantně kompulzivní porucha se častěji vyskytuje u žen.

21. a) Posttraumatická stresová porucha vzniká okamžitě po prožití závažné stresující události.
b) Dissociativní poruchy mají psychogenní původ.
c) Dissociativní poruchy nevyvolávají příznaky poškození nervů.
22. a) Somatizační porucha se projevuje častými stesky na somatické symptomy.
b) Hypochondrická porucha způsobuje nadužívání nejrůznějších léků.
c) Hypochondrická porucha vede postiženého často až k zbytečným chirurgickým zákrokům.
23. a) Mentální anorexie se vyskytuje jen v adolescenci.
b) Při bulimii je váha trvale pod hranicí normy.
c) Mentální anorexie narušuje vnímání tělového schématu.
24. a) Somnambulismus je stav porušeného vědomí s častějším výskytem v dětství.
b) Noční děsy jsou úzkostné sny.
c) Noční můry jsou epizody děsu a paniky ve spánku.
25. a) Fetišismus je projevem sexuální dysfunkce.
b) Porucha pohlavní identity v dětství je častější u dívek.
c) Transvestitismus vede k žádosti o chirurgickou změnu pohlaví.