EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY

Název projektu	Rozvoj vzdělávání na Slezské univerzitě v Opavě
Registrační číslo projektu	CZ.02.2.69/0.0./0.0/16_015/0002400

Psychiatrie pro speciální pedagogy

Distanční studijní text

Jiřina Hosáková

Opava 2019

SLEZSKÁ UNIVERZITA
FAKULTA VEŘEJNÝCH POLITIK V OPAVĚ

Obor: Pedagogika, psychiatrie, psychologie, sociální práce, ošetřovatelství.

Klíčová slova: Psychiatrie, duševní porucha, léčba, pacient, diagnóza, příznak.

Anotace:

Tento studijní text se zabývá otázkami speciální psychiatrie, tedy konkrétními duševními poruchami. Poskytuje stručný přehled o organických duševních poruchách, závislosti na návykových látkách schizofrenii a jiných psychotických poruchách a dále o afektivních poruchách. Část textu je věnována obsáhlému tématu úzkostných poruch. Následující kapitoly představují poruchy příjmu potravy, neorganické poruchy spánku a sexuální dysfunkce. Následuje opět obsáhlejší kapitola o poruchách osobnosti a chování u dospělých.

Další dvě kapitoly souvisí s dětským věkem. Popisují problematiku mentálních retardací a poruch psychického vývoje a dále se zabývají poruchami chování a emocí se začátkem obvykle v dětství. Poslední kapitola přináší krátký exkurz do transkulturální psychiatrie jako jednoho z podoborů sociální psychiatrie.

Předložený text zpřehledňuje srozumitelným způsobem studentům nezdravotnických oborů základní informace o celém spektru duševních poruch.

Autor: **Mgr. Jiřina Hosáková, Ph.D.**

Obsah

ÚVODEM 6
RYCHLÝ NÁHLED STUDIJNÍ OPORY 7
1 ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY 8
1.1 Demence 9
1.2 Delirium nevyvolané návykovými látkami 15
1.3 Jiné organické duševní poruchy 17
2 ZÁVISLOST NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH 20
2.1 Alkohol 23
2.2 Nealkoholové návykové látky 24
3 SCHIZOFRENIE A JINÉ PSYCHOTICKÉ PORUCHY 29
3.1 Schizofrenie 30
3.2 Další poruchy z okruhu psychóz 34
4 AFEKTIVNÍ PORUCHY – PORUCHY NÁLADY 38
4.1 Depresívní fáze 38
4.2 Manická fáze 40
4.3 Přehled afektivních poruch 41
5 ÚZKOSTNÉ PORUCHY, PORUCHY VYVOLANÉ STRESEM A SOMATOFORMNÍ PORUCHY 44
5.1 Úzkost 45
5.2 Přehled úzkostných poruch 46
5.3 Přehled poruch vyvolaných stresem 51
5.4 Přehled somatoformních poruch 55
6 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY 60
6.1 Mentální anorexie 61
6.2 Mentální bulimie 62
6.3 Záchvatovité přejídání 63
7 NEORGANICKÉ PORUCHY SPÁNKU 65
7.1 Dissomnie 66
7.2 Parasomnie 69
8 SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE 73
9 PORUCHY OSOBNOSTI A CHOVÁNÍ U DOSPĚLÝCH 77

9.1 Specifické poruchy osobnosti....78
9.2 Návykové a impulzívní poruchy....81
9.3 Poruchy pohlavní identity....82
9.4 Poruchy sexuální preference....83
9.5 Münchhausenův syndrom....85
10 MENTÁLNÍ RETARDACE. PORUCHY PSYCHICKÉHO VÝVOJE....87
10.1 Mentální retardace....88
10.2 Poruchy psychického vývoje....91
10.2.1 Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka....91
10.2.2 Specifické vývojové poruchy školních dovedností....93
10.3 Specifické vývojové poruchy motorických funkcí....95
10.4 Pervazivní vývojové poruchy....95
11 PORUCHY CHOVÁNÍ A EMOCÍ SE ZAČÁTKEM OBVYKLE V DĚTSTVÍ...104
11.1 Hyperkinetické poruchy....104
11.2 Poruchy chování....109
11.3 Smíšené poruchy chování a emocí....113
11.4 Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství....113
11.5 Poruchy sociálních vztahů se vznikem specificky v dětství a v adolescenci 117
11.6 Reaktivní porucha příchylnosti v dětství....118
11.7 Desinhibovaná příchylnost v dětství....119
11.8 Tikové poruchy....120
11.9 Neorganická enuréza....122
11.10 Neorganická enkopréza....123
11.11 Koktavost....124
12 TRANSKULTURÁLNÍ PSYCHIATRIE....127
LITERATURA....132
SHRNUTÍ STUDIJNÍ OPORY....133
PŘEHLED DOSTUPNÝCH IKON....134

ÚVODEM

Do rukou se vám dostal distanční text s názvem Psychiatrie pro speciální pedagogy.

Tato studijní opora je primárně určena studentům speciální pedagogiky. Předpokládá, že student již má základní obecné znalosti o oboru psychiatrie, které získal v předmětu Základy psychiatrie pro speciální pedagogy, jehož absolvování je pro tyto studenty povinné.

Předložený text je shrnutím základních informací o konkrétním daném okruhu duševních poruch. Rozhodně nepopisuje veškeré poruchy. V případě zájmu nebo potřeby doplnění si zde uvedených informací, slouží použitá literatura, která je uvedena na konci každé kapitoly. Pro dovzdělání může ale student použít kteroukoliv jinou učebnici speciální psychiatrie.

Každá kapitola je doplněná na konci o kontrolní otázky, které umožňují otestovat si úroveň získaných znalostí, případně poukázat na témata, kde má student ve vědomostech mezery.

Přeji vám příjemné studium duševních poruch.

RYCHLÝ NÁHLED STUDIJNÍ OPORY

Tato studijní opora navazuje obsahem na studijní oporu Základy psychiatrie pro speciální pedagogy. Obsahem textu, který aktuálně čtete, je přehled jednotlivých okruhů konkrétních duševních poruch.

Na následujících stránkách se seznámíte s organickými duševními poruchami. Dále získáte stručný přehled o problematice závislostí na návykových látkách.

Dvě z kapitol se zabývají poruchám z okruhu psychóz, tedy schizofrenii a jiným psychotickým poruchám a afektivním poruchám, tedy poruchám nálady.

Následuje obsáhlé téma úzkostných poruch, poruch vyvolaných stresem a somatoformních poruch. Těchto poruch se vyskytuje široké spektrum, ale přes svou rozmanitost mají všechny společný jeden příznak, kterým je úzkost.

Další tři kapitoly jsou věnovány stručnějším, ale zajímavým tématům poruch příjmu potravy, neorganickým poruchám spánku a sexuálním dysfunkcím.

Následuje opět rozsáhlejší kapitola poruch osobností a chování u dospělých. I když jsou zde představeny jen nejčastěji se vyskytující poruchy, jde o poměrně hodně informací.

Pro speciální pedagogy jsou pravděpodobně nejvýznamnější kapitoly věnované mentálním retardacím, poruchám psychického vývoje a poruchám chování a emocí se začátkem obvykle v dětství.

Poslední z kapitol dává nahlédnout do problematiky transkulturální psychiatrie jako jednoho z relativně nových podoborů sociální psychiatrie.

1 ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

V této kapitole jsou stručně popsány jednotlivé typy organických duševních poruch. Důraz je kladen hlavně na jejich příznaky a možnosti léčby.

CÍLE KAPITOLY

Cílem této kapitoly je představit jednotlivé organické duševní poruchy tak, aby student:

- Získal základní znalosti o rozdělení organických duševních poruch
- Byl schopen rozpoznat příznaky organických duševních poruch
- Uměl zaujmout správný přístup k osobám s organickou duševní poruchou

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

2 hodiny

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Mozek, poškození, demence, delirium, příznak, léčba

Výskyt organických duševních poruch je jednoznačně vyšší v dospělosti a ve stáří, než v dětském věku. Faktem ale je, že se s tímto jevem sice poměrně málo, ale setkáváme i u dětí. Což tedy nevylučuje, že se s takto poškozeným dítětem nemůže setkat i pedagog.

Tyto poruchy vznikají na principu poškození mozku jedince od druhého roku života. Příčiny poškození mohou být různé, např. zánět mozku, úraz hlavy, krvácení do mozku, toxické poškození, cévní mozková příhoda apod.

Nejčastějšími a nejvýznamnějšími organickými duševními poruchami v této kategorii jsou demence

1.1 Demence

Demence je závažná mozková choroba zapříčiněná degenerativními změnami v mozkové tkáni. Dělí se různými způsoby, základní dělení je ale na ***primární demenci*** a ***sekundární demenci.***

Primární demence je atroficko degenerativním procesem, kdy postupně dochází k úbytku mozkové tkáně. Patří zde například Alzheimerova choroba.

Sekundární demence vznikají na jiném principu, kdy je mozek postižen nemocí jako jakýkoliv jiný orgán v těle. Důvodem může být ischemické poškození cév nebo jiná příčina poškození, například avitaminóza, ukládání mědi v mozkové tkání apod.

Demence u Alzheimerovy choroby

Alzheimerova choroba je neurodegenerativní onemocnění mozku, při kterém dochází k postupné demenci. Získala jméno po jednom z lékařů, kteří jako první tuto chorobu popsali (Alois Alzheimer). Často bývá kombinovaná s vaskulárním postižením mozku, kdy je snížen průtok krve cévami v mozku z důvodu snížení jejich průsvitu nejčastěji sklerotickými pláty.

Hlavním rizikovým faktorem pro tuto chorobu je věk. Ve věku 60 – 65 let je postiženo zhruba 1 % populace, tato četnost se zdvojnásobuje přibližně každých 5 let. Z hlediska pohlaví bývají častěji postiženy ženy oproti mužům. Dalšími rizikovými faktory jsou úraz hlavy, genetická dispozice, nízká úroveň vzdělání, ale i nezdravý životní styl, vysoký krevní tlak, cukrovka nebo některé genetické poruchy.

Její nástup je skrytý a pomalý, rozvoj trvá několik let. První závažnější příznaky se objevují až po letech trvání choroby, kdy jsou již poměrně patrné degenerativní změny v mozkové tkáni nevratného charakteru.

V klinické praxi se rozlišují ***dvě formy*** onemocnění:

- **forma s časným začátkem do 65 let -** hranice senia dle WHO
- **forma pozdní** po 65. roce života

Výskyt onemocnění se v České republice odhaduje až na 150 tisíc, většina případů není diagnostikována a tudíž ani léčena. Podle odhadů Světové zdravotnické organizace (WHO) je na světě postiženo kolem 50 miliónů lidí

Přesná příčina Alzheimerovy nemoci není dosud známa, jde o nemoc multifaktoriální. Velký vliv má dědičná dispozice v kombinaci s vlivy prostředí. Nejčastější je sporadický výskyt bez přímé jednoznačné dědičnosti. Existuje i málo častá familiární (rodinná) forma v několika variantách, která se většinou manifestuje v relativně mladším věku a to ve 40. až 50 roku života.

Všechny neurodegenerativní demence jsou způsobeny patologickými změnami některých mozkových bílkovin (proteinů) a důsledkem je mimo jiné atrofie (zmenšování) mozku. Ke zmenšování (neurodegeneraci) mozku dochází vlivem stárnutí u všech lidí. Zde je však proces rychlejší.

Princip jednotlivých pochodů je v literatuře poměrně podrobně popsán. Pro potřeby pedagogů však tyto informace nejsou potřebné. Pokud by však někdo ze studentů měl zájem se o těchto procesech dozvědět více, doporučuji prostudovat literaturu uvedenou na konci kapitoly.

K nejčastěji se vyskytujícím ***příznakům*** patří *porucha paměti (*plíživá a progredující, zpočátku spíše v oblasti krátkodobé paměti, bývá ztráta náhledu nemocným) a *intelektu* (snížení).

Dále bývá postiženo mnoho dalších psychických funkcí – *myšlení* (zpomalení, strukturální poruchy – nevýpravné, ulpívavé, zabíhavé, případně bludy), *orientace a vědomí* (občasné stavy zmatenosti – typičtější u ischemicko-vaskulární demence), *osobnosti* (úpadek, ztráta sebekontroly), *emocí* (depresivita – typičtější u ischemicko-vaskulární demence), *vůle* (pokles), *jednání* (neklid, agresivita, bloudění), *vnímání* (halucinace) aj. Na rozdíl od jiných neurodegenerativních poruch zde nedochází k poruchám chůze. Člověk postupně celkově chátrá a vyžaduje celodenní péči.

Na nemoc se často příjde spíš náhodou. Jedinci většinou poměrně dlouho působí na okolí jako příjemní senioři, u kterých až po delším rozhovoru zjistíme, že si vlastně nic nového nepamatují a opakují stále vzpomínky z mládí. Charakteristické jsou výpovědi a tom, co dělali jako děti nebo mladí lidé, pokud však mají říci, co měli před hodinou na jídlo, to nejsou schopni říci.

Pokud jde o ***příčiny***, tak všechny neurodegenerativní demence jsou způsobeny patologickými změnami některých mozkových bílkovin (proteinů) a důsledkem je mimo jiné atrofie (zmenšování) mozku

Základem ***diagnostiky*** je získat podrobné informace od pečovatele. Podrobné psychiatrické vyšetření se zdoplňuje o základní neuropsychologické testy (např. MMSE – Mini Mental State Examination, test kresby hodin, vyšetření fatických funkcí. Dále je nutno vyloučit tělesnou příčinu stavu, proto se provádí neurologické a interní vyšetření a dále vyšetření krve, případně mozkomíšního moku.
Ze zobrazovacích metod se provádí nejčastěji CT, ale je možno podle nálezu použít i sofistikovanější zobrazovací metody, např. magnetickou rezonanci, pozitronovou emisní tomografii a další. Cílem těchto vyšetření je zjistit případné chorobné změny v mozkové tkáni.

Průběh nemoci je zatím nezvratný, demence se poměrně plynule zhoršuje a vždy končí smrtí. Doba přežití od objevení se Alzheimerovy choroby do úmrtí je zpravidla 5 až 15 let.

Rozlišují se 3 stádia nemoci:

- lehká demence
- středně těžká demence
- těžká demence

K nemoci patří výrazné hubnutí v těžších stádiích přes dostatečný příjem potravy, průběh komplikují často pády a úrazy. Bezprostřední příčinou smrti bývá často tělesné onemocnění nebo selhání, např. zápal plic, embolie, srdeční zástava apod.

Možnosti ***léčby*** jsou omezené. Při včasném stanovení diagnózy a léčbě lze zhoršování stavu přechodně pozastavit či zpomalit a takto oddálit stádium závislosti a institucionalizace pacienta.

Z léků se při mírné demenci používají tzv. kognitiva , což jsou právě ty preparáty, které dokážou u některých lidí proces zpomalit. Účinnost léků na zvýšení prokrvení mozku nebo hormonů nebyla prokázána. Další léky se dávají podle konkrétních potíží, např. léky na spaní, na zklidnění úzkosti, na potlačení halucinací, zlepšení nálady apod.

Z nefarmakologických metod je vhodné procvičování paměti různými způsoby, dále pravidelný denní režim, úprava životního stylu, dostatečná fyzická aktivita, racionální strava a dostatek tekutin.

Významné místo má edukace pacienta, ale i jeho blízkých o této chorobě, aby byli schopní upozornit na důležité změny a taky připravit se na chvíle, kdy bude nemocný vyžadovat celodenní péči.

Demence s Lewyho tělísky

Vyskytuje se častěji ve vyšším věku, uvádí se asi 10 až 15 % všech demencí.

Na rozdíl od Alzheimerovy choroby jsou přítomny i příznaky neurologického poškození (maskovitá tvář, svalová ztuhlost, cupitavá chůze s pády, třesy), komplexní zrakové halucinace lidí a zvířat, kolísání pozornosti a kvality vědomí. Často se však Alzheimerovou nemocí kombinuje.

Léčba je podobná jako u AN, ale nelze podávat některé typy léků na potlačení halucinací.

Skupina frontotemporálních lobárních degenerací (FTLD)

Tato onemocnění vznikají ve věku do 65 let a tvoří asi 10 % všech demencí. Mají charakteristické poškození v konkrétních částech mozku.

Pro nemoc je typická nápadná změna povahy – ztráta společenského chování, nepřiměřené aktivity, zhrubnutí, vulgarismy, ztráta hygienických návyků, nekritičnost, chybný úsudek, porucha řeči.

Poruchy paměti a orientace jsou zpočátku méně nápadné, než u Alzheimerovy choroby. Z hlediska léčby jsou kognitiva neúčiiná, podávají se pouze léky na ovlivnění konkrétních příznaků.

Demence u Huntingtonovy nemoci

Huntingtonova chorea (nemoc) je dědičné neurodegenerativní onemocnění s četností asi 1 případ na 10 000 obyvatel.

Příčina není známá. Většinou jsou první příznaky zaznamenány mezi 30 až 60. rokem života. V té době mají nemocní většinou již děti a nemoc se tak přenáší do dalších generací. Vždy končí smrtí.

Choroba má charakteristické projevy, kterými se odlišuje od ostatních demencí. Projevuje se především nekoordinovanými mimovolními pohyby končetin, které mohou připomínat taneční pohyby, mimovolními pohyby trupu i obličejového svalstva, zhoršením artikulace a polykání, rozvojem demence.

Na počátku může být zaměněna za jiná psychiatrická onemocnění, protože se mohou objevit poruchy nálady, halucinace i bludy.

Specifická léčba není známa.

Vaskulární demence (ischemicko-vaskulární demence)

Jde o druhou n**e**jčastější demencí po demenci u Alzheimerovy nemoci. Tvoří od několika málo procent až do 50 % všech demencí.

Příčinou vaskulární demence je cerebrovaskulární onemocnění nebo vaskulární encefalopatie. Často se vyskytuje současně s Alzheimerovou chorobou, kdy hovoříme o smíšené demenci.

Z uvedených důvodů se epidemiologické odhady prevalence VaD v různých zemích velmi liší a pohybují se v rozpětí od několika málo procent až do 50 % všech demencí

Příčinou jsou nejčastěji mozkové infarkty různého rozsahu a v různých částech mozku, arteriosklerotické změny mozkových tepen a žil a další.

Pro diagnostikování je nutná přítomnost jasných známek cévních mozkových změn, které se zjistí některou ze zobrazovacích metod.

K ***základním příznakům*** patří opět mnohočetné poruchy paměti, intelektu a dalších kognitivních funkcí a snížená úroveň společenské a pracovní výkonnosti. Typický je náhlý začátek, kolísavý průběh, schodovitá zhoršení v souvislosti s mozkovými infarkty. V anamnéze bývá vysoký krevní tlak, diabetes mellitus, cévní mozkové příhody. Bývají přítomny neurologické ložiskové příznaky a časté jsou i depresivní příznaky.

Osobnost pacienta bývá lépe zachována, než u AN a nemocní si bývají delší dobu svého kognitivního deficitu vědomi

Vyšetření jsou v podstatě stejná jako u Alzheimerovy choroby. Přítomny jsou hypertenze, ischemická nemoc srdce i končetin, nadměrné množství tuků v krvi.

Vaskulární patologické změny musí být výrazné, při diagnóze multiinfarktové demence by měly poinfarktové nekrotické změny postihovat alespoň 50 až 100 mililitrů mozkové tkáně

Průběh bývá schodovitě progredující, pacient se zhorší najednou a pak dje stav dlouhodobě stejný. Často dochází k přechodným zlepšením stavu, někdy dlouhodobým.

Léčba spočívá v léčbě základní příčiny stavu v používání stejných metod jako u Alzheimerovy choroby. Z léků se používají přípravky na zlepšení prokrvení mozku (např. ginkgo biloba), bezprostředně po cévní mozkové příhodě mohou pomoci i léky upravující metabolismus mozkových buněk jako např. piracetam.
Důležitá také bývá prevence tromboembolické nemoci, tedy antiagregační léčba - podávání kyseliny acetylsalicylové, nízkomolekulárních heparinů, případně warfarinizace. Při příznacích deprese jsou ordinována antidepresiva. Neklid ve stavu zmatenosti je možno tlumit nízkou dávkou antipsychotik.

Ostatní sekundární demence

Ostatní sekundární demence se vyskytují poměrně vzácně a jejich diagnostika může být obtížná. V literatuře je popisováno **40 až 50 různých příčin sekundárních demencí**

Nejčastější příčiny ostatních sekundárních demencí jsou tyto – zhoubné nádory mozku, úrazy mozkové tkáně, epilepsie, záněty mozku – většinou infekční včetně infekce HIV, metabolické příčiny (selhávání jater, selhávání ledvin s uremií), avitaminózy (niacin, B12, kyselina listová), hyponatrémie (například po některých diuretikách), prionové choroby (iatrogenní a „nová varianta“ Creutzfeldt-Jakobovy choroby) aj.

Klinické příznaky jsou podobné jiným demencím (poruchy paměti, intelektu, myšlení, orientace, řeči, úsudku, chování, vůle aj.)

Sekundární demence mohou být v některých případech **reverzibilní,** to znamená, že jsou léčitelné a dysfunkce mozku se může částečně nebo úplně upravit (některé vaskulární

demence, demence při normotenzním hydrocefalu, demence způsobené avitaminózou, hypothyreózou apod.; demence navozené návykovými látkami, v některých případech reverzibilní, se řadí do duševních poruch způsobených návykovými látkami)

Pomocná vyšetření jsou obdobná jako u jiných demencí, zásadní význam má vyšetření psychologické a použití zobrazovacích metod mozku

Léčba je symptomatická, podávají se léky podporující mozkovou činnost (nootropika, vitamíny skupin B a E)

Vzhledem ke svému významu je dále stručně popsána Creutzfeldt-Jakobova nemoc (nemoc šílených krav)

Je nejznámějším a nejdůležitějším prionovým onemocněním, tedy onemocnění postihujících lidi i zvířata. Creutzfeldt-Jakobova nemoc se vyskytuje většinou sporadicky, přesné vyvolávající faktory nejsou známy.

Objevuje se mezi 45. a 75. rokem života, nejčastěji v pátém a šestém decenniu. pohybují se v rozpětí od několika málo procent až do 50 % všech demencí. Výskyt je l případ na milión obyvatel za rok.

Průběh je rychlý, od prvních projevů do úmrtí trvá několik měsíců až rok. Demence je progresivní s rozsáhlými neurologickými příznaky (spastická paralýza končetin, extrapyramidové příznaky, myoklonus) a charakteristickými změnami na EEG.

Specifická léčba Creutzfeldt-Jakobovy nemoci není známa

1.2 Delirium nevyvolané návykovými látkami

Jsou popsány dvě základní formy – delirium bez přítomnosti demence a delirium nasedající na demenci (nejčastěji vaskulární), ty se liší zejména ve vyvolávající příčině a tím i léčbě, klinický obraz je však u obou forem obdobný.

Výskyt deliria je nejčastější psychiatrickou diagnózou na somatických odděleních všeobecných nemocnic. Ve zdravotnických a sociálních zařízeních pro seniory se delirium vyskytuje dle různých zdrojů v 10 až 44 % případů.

Formy deliria jsou:

- *Delirium bez přítomnosti demence* – bývá zejména u starších osob z různých příčin (stav po celkové anestézii, pooperační stav, selhávání kteréhokoliv významného tělesného orgánu, dehydratace, metabolický rozvrat, febrilie, infekce, změna prostředí aj.)
- *Delirium nasedající na demenci* – nejčastěji v rámci poškození mozkových cév při vaskulární demenci nebo u dementních při Alzheimerově nemoci a u smíšených demencí

Pokud jde o základní příznaky, tak delirium je stav porušeného vědomí, orientace, pozornosti, kognitivních schopností, myšlení, emocí, jednání, spánkového rytmu a vnímání. Typický je náhlý začátek většinou večer v noci nebo již odpoledne. Delirium v čase kolísá, někdy se objevuje opakovaně večer a v noci, dopoledne může být pacient plně při vědomí a orientovaný

Pacient má kvalitativně narušené vědomí, orientován bývá pouze vlastní osobou, jinak je dezorientován, neví kde je, nechápe svoji situaci. Stav bývá provázen úzkostí. Je těžce narušena pozornost, schopnost sledovat dotazy vyšetřujícího.

Myšlení (a tím také slovní projev) bývá roztříštěné, inkoherentní, dezorganizované, někdy reaguje postižený vztahovačně, paranoidně, cítí se být ohrožen, může se snažit bránit nebo utéci před domnělým nebezpečím.

Nemocní mívají iluze (zkreslené vnímání reality) a komplexní halucinace (např. cizí osoby na pokoji, střelba, pohyblivé výjevy na zdi pokoje)

Rozlišujeme delirium hyperaktivní, hypoaktivní a smíšené:

- ***Hyperaktivní delirium*** bývá provázeno výrazným psychomotorickým neklidem, bezcílným přecházením, křikem
- ***Hypoaktivním delirium*** - nemocný je naopak apatický, skleslý a pasivní
- ***Smíšené delirium*** - někdy se u jednoho pacienta v čase střídají hyperaktivní i hypoaktivní projevy zároveň

Pro diagnostiku je důležitá kvalitní anamnéza od pečující osoby, která může informovat o stabilitě či fluktuaci poruchy a době jejího trvání, což jsou nejdůležitější rozlišovací kritéria.

Delirium bez přítomnosti demence – zejména pátráme po somatické příčině deliria (stanovení případné dehydratace, biochemické vyšetření krve a moči, krevní obraz a diferenciální krevní obraz, bakteriologické a virologické vyšetření, zobrazovací metody mozku, neurologické a interní vyšetření, při somatických chorobách příslušná somatická vyšetření – EKG, ultrazvuk, RTG plic a srdce, další zobrazovací metody tělesných orgánů aj.)

Delirium nasedající na demenci – platí výše uvedené a rovněž vyšetření při vaskulární demenci

Trvání je různě dlouhé (dny až týdny, výjimečně měsíce), intenzita měnlivá.

Léčba deliria je komplexní, důležitá je také symptomatická a podpůrná léčba. Týká se nemocného, ale pečuje se i o jeho blízké.

1.3 Jiné organické duševní poruchy

Patří sem nemoci, které se podobají duševním poruchám „neorganického“ původu, ale je u nich prokázáno nebo předpokládáme jako jejich příčinu organické postižení mozku. Paměť a intelekt nebývají výrazněji postiženy, maximálně do úrovně mírné kognitivní poruchy. Diagnóza demence již vylučuje diagnostikování níže uvedených poruch, které někdy mohou v demenci přecházet.

Organická halucinóza

Halucinace jsou zrakové, sluchové, čichové, komplexní. Někdy bývají spojeny s bludy. Časté jsou halucinace cizích osob v bytě, které nemocného okrádají. Léčba je obtížná, užívají se antipsychotika 2. generace.

Organická katatonní porucha

Je podobná katatonii u schizofrenie, bývá stupor i produktivní projevy. Léčí se opět antipsychotiky 2. generace.

Organický syndrom s bludy podobný schizofrenii

Onemocnění podobné schizofrenii s bludy a halucinacemi, kde je ale prokázaná organická příčina nemoci. Bludy jsou častější, pestřejší a pevněji zakotvené, než u organické halucinózy. Ve vyšším věku často přechází v demenci. V léčbě se opět užívají novější antipsychotika.

Organické afektivní poruchy

Jde o patické afektivní stavy v důsledku organického postižení mozku nebo celkového onemocnění – např. po zánětu jater, po klíšťovém zánětu mozku. Často se vyskytují depresivní stavy. Méně často hypomanické a manické obrazy. Léčba je podobná jako u neorganických afektivních poruch.

Postkontuzní syndrom

Stavy po úrazech hlavy, kdy došlo ke zhmoždění (kontuzi) části mozku. Jsou dnes poměrně časté po dopravních, pracovních a sportovních úrazech. Závažnost syndromu a jeho trvání záleží na lokalizaci a rozsahu zhmoždění mozkové tkáně, na míře individuální odolnosti a na věku, kdy ke kontuzi došlo.

Nejčastějšími příznaky bývají bolesti hlavy, poruchy soustředivosti, paměti, poruchy nálady (většinou úzkostně-depresivní stavy), snížená schopnost učit se novému. Stav může přetrvávat měsíce až roky, někdy jsou následky trvalé. Podobné, ale mnohem mírnější a kratší dobu trvající příznaky může mít postkomoční syndrom po otřesu mozku.

Léčba probíhá klidem, lékypodporující prokrvení cév v mozku (piracetam, vinpocetin, preparáty ginkgo biloba apod.). U úzkostně-depresivních stavů podáváme antidepresiva.

OTÁZKY

1. Co je příčinou organických poškození mozku:

   a) Poškození srdeční tkáně

   b) Poškození mozkové tkáně

   c) Onemocnění krve

2. Creutzfeldt-Jakobova nemoc patří mezi:

   a) Demence,

b) Deliria

c) Jiné organické poruchy

3. Postkontuzní syndrom je způsoben:

a) Zhmožděním mozku

b) Cukrovkou

c) Poškozením cév sklerotickými platy

SHRNUTÍ KAPITOLY

Informace v této kapitole přinesly orientační přehled o dělení organických poškození mozku, jejich základních příznacích a možnostech léčby.

ODPOVĚDI

1 b, 2 a, 3 a.

DALŠÍ ZDROJE

HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER. J. a kol.. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., JANOTOVÁ, D. Psychiatrie. *Minimum pro praxi.* 5. vydání. Praha: Triton, s.r.o., 2012. 240 s. ISBN: 978-80-7387-582-4.

2 ZÁVISLOST NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

V této kapitole jsou stručně popsány jednotlivé typy návykových látek a projevy při jejich užívání. Zároveň jsou popsány možnosti léčby závislosti na návykových látkách. První kontakt s návykovými látkami mají už děti ve školním věku. V období dospívání je možné se setkat již i ze závislými.

CÍLE KAPITOLY

Cílem této kapitoly je představit jednotlivé typy návykových látek a závislosti na nich tak, aby student:

- Získal základní znalosti o rozdělení závislostí na návykových látkách
- Byl schopen rozpoznat příznaky užívání návykových látek
- Uměl zaujmout správný přístup k osobám závislým na návykových látkách

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

2 hodiny

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Návyková látka, alkohol, drogy, abstinenční stav, léčba

Za návykové látky jsou označovány všechny látky, na které vzniká závislost. V medicíně se k tomu slovnímu spojení často připojuje slovo psychoaktivní, neboť návykové látky

vždy ovlivňují funkci a činnost mozku. Patří zde například alkohol, ale i nealkoholové návykové látky, pro které se používá častěji laické označení drogy, tabák a jiné.

Nadužívání psychoaktivních látek a závislost se vyskytují v každém věku. Pokud však začne nadužívat návykovou látku dítě, nejen že může být ohrožen jeho zdravý vývoj, ale závislost vzniká nepoměrně rychleji než u dospělých. Proto je vhodné si těchto dětí všímat, a pokud má pedagog podezření na zneužívání těchto látek, tak upozornit rodiče a společně s vedením školy zavést preventivní opatření, případně pomoci při zajištění léčby.

V ČR se v průměru vypije ročně 10–16 litrů čistého alkoholu na obyvatele. Polovina spotřeby alkoholu připadá na pivo, třetina na lihoviny. Předpokládá se, že v ČR je asi 300 tisíc osob závislých na alkoholu, vysoká míra konzumace alkoholu je u mladistvých do 16 let věku.

Prevalence kouření cigaret u populace v naši zemi dosahuje kolem 30 %. Ročně zemře v ČR v důsledku onemocnění spojených s užíváním tabákových výrobků 18 000 lidi. Zdraví škodlivá je i expozice tabákovému kouři. Kouři také nezanedbatelná část děti a mládeže.

Rozsah užívání nealkoholových návykových látek je v ČR dlouhodobě stabilní. Nejčastěji užívané v obecné populaci jsou konopné látky (23–34 % všech drog). Metamfetamin (pervitin) užívá asi 31 000 osob. Opiáty užívá asi 9 000 jedinců. V ČR je přibližně 40 000 injekčních uživatelů drog.

Důvodem prvního užití psychoaktivní látky může byt zvědavost, snaha dosáhnout příjemné změny psychického stavu, nebo naopak snaha zmírnit existující nepříjemné pocity. Motivem opakovaného užíváni jsou psychoaktivní látkou vyvolané příjemné změny psychického stavu. Nejčastěji se jedná o únik od životních problémů, ovlivněni nudy, bezradnosti, nízkého sebevědomí a sebehodnoceni, minimalizace negativních a maximalizace pozitivních zkušenosti. Psychoaktivní látky nabízejí úlevu, euforii, odstranění bolesti a nepříjemných tlaků, sblížení s jinými, usnadňují komunikaci, rozpouštějí sexuální zábrany. Pod vlivem návykové látky si člověk nepřipouští své problémy (nezaměstnanost, dluhy, bezdomovectví, trestná činnost, sociální izolace aj.). Postupně však závislý člověk neužívá návykovou látku proto, aby se cítil příjemně, ale proto, aby se necítil nepříjemně a jeho psychicky stav se alespoň vrátil k bývalé normě.

Na vzniku závislosti se podílejí ***tři skupiny faktorů***:

1) ***Vlastnosti návykových látek***
2) ***Charakteristika jedince***
3) ***Sociální a kulturní faktory***

Vlastnosti návykových látek - jednotlivé psychoaktivní látky mají různě silný potenciál k vyvolání závislosti. U tzv. tvrdých drog vzniká závislost za kratší dobu a u většiny uživatelů (např. u heroinu už po několika týdnech pravidelného nitrožilního užívání, a to prakticky u každého uživatele). Při užívání tzv. měkkých drog vzniká závislost až po mnoha měsících až letech, a to jen u části uživatelů (60–80 % podle konkrétní drogy).

Charakteristika jedince **-** závislostí jsou ohroženi lidé s nedisciplinovanými postoji k životu, podceňující rizika, preferující okamžité a lehce dosažitelné požitky před úspěchem, který vyžaduje dlouhodobé a soustavné úsilí. Určitou roli hraje i dědičnost nebo biologická predispozice.

Sociální a kulturní faktory – tedy faktory prostředí. Při prvním užití návykové látky rozhoduje její dostupnost, cena, vědomosti o účincích a postoje společnosti. Lehce dostupné a legální návykové látky jsou proto nejčastěji užívanými a závislost na nich je také častější, než závislost na hůře dostupných psychoaktivních látkách (dostupné jsou například alkohol či nikotin). Důležitý je také vliv rodiny a vrstevníků. Uplatňuje se i negativní vzor rodiče.

Z hlediska diagnostiky se rozděluje závislost do několika stavů a od toho se obvíjí i léčba a přístup. Pokud jednorázově jedinec přijme větší množství psychoaktivní látky, hovoříme **o *akutní intoxikaci*.** Jestliže dlouhodobě užívá návykovou látku, ale není závislý, hovoříme o ***škodlivém užívání*.** Pokud má jedinec po vysazení návykové psychoaktivní látky abstinenční příznaky, hovoříme o ***syndromu závislosti.***

Závislost se dělí na:

- ***Psychickou*** – po odnětí návykové látky dochází k psychickým potížím, např. úzkosti, halucinacím, neklidu.
- ***Fyzickou*** – po odnětí návykové látky dochází k tělesným problémům, např. zvracení, křečím, bolesti, třesu.

2.1 Alkohol

Účinky užití alkoholu jsou individuální. Závisí na pohlaví, konstituci, připadne únavě nebo aktuálním příjmu potravy. Nižší dávky alkoholu působí stimulačně, nastupuje excitace, elace (vzestup) nálady, mnohomluvnost, zvýšené sebevědomí, pokles sebekritičnosti a zábran, rovněž případná agresivita. Vyšší dávky alkoholu naopak tlumí CNS, bývá přítomna únava, somnolence, spánek. Při dalším zvyšování hladiny alkoholu může nastat bezvědomí či smrt.

Alkohol má tlumivé, euforizující a analgetické účinky. Velmi rychle se vstřebává z trávicího ústrojí. Koncentrace alkoholu v krvi je nejvyšší 45–75 minut po požití. Po ústupu akutní intoxikace se běžně rozvine tzv. kocovina s dysforickou úzkostnou náladou, hrubou poruchou pozornosti, bolesti hlavy, nevolnosti, zvracením, slabosti, pocením a nechutenstvím.

Po vysazení alkoholu po jeho mnohaleté nadměrné konzumaci se rozvíjí odvykací stav. Prostý odvykací stav se projevuje obtížemi v podobě tachykardie, kolísání krevního tlaku, pocení nebo třesu. Z dalších příznaků je běžná nespavost, úzkost, poruchy soustředění a celková nevýkonnost. Může se komplikovat výskytem epileptických záchvatů. Závažnou formou odvykacího stavu při závislosti na alkoholu je delirium tremens.

To při těžké závislosti na alkoholu propuká zpravidla do 24–48 hodin od posledního požití alkoholu. Příčinou může byt například skutečnost, že postižena osoba je přijata do nemocnice pro somatickou chorobu a alkohol ji v nemocnici není podáván. Jindy stav vzniká poté, co se alkoholik náhle rozhodne abstinovat. Příčinou není situace, že „člověk hodně pije alkohol“, ale stav, kdy „člověk hodně pije alkohol a poté jej náhle vysadí“. Delirium tremens trvá zpravidla několik dnů. Končí spánkem a ostrůvkovitou nebo úplnou amnézií na průběh. V nepříznivých případech přejde do Korsakovovy psychózy, někdy končí smrtí. Komplikované stavy deliria tremens se léčí na interní JIP.

V souvislosti s dlouhodobým užíváním alkoholu může dojít i ke vzniku psychotických stavů, konkrétně například alkoholické halucinózy, alkoholické paranoidní psychózy či Korsakovovy psychózy.

Léčba je dlouhodobá, základem je minimálně tříměsíční ústavní léčba, na kterou navazuje ambulantní léčba. Úspěšnost ústavní protialkoholní léčby je přibližně 1/3 dlouhodobě

abstinujících, 1/3 vůbec neabstinujících a 1/3 opakovaně porušujících abstinenci a mezitím abstinujících. U žen alkoholiček je léčba o něco méně úspěšná, především kvůli obvykle delšímu trvání problému. Je zde častěji tajné pití, utajování pití rodinou kvůli ostudě. Také mají častější psychiatrickou a somatickou komorbiditu, závažnější důsledky pití.

2.2 Nealkoholové návykové látky

Stejně jako u alkoholu, i zde můžeme zaznamenat akutní intoxikaci, škodlivé užívání nebo závislost na dané psychoaktivní návykové látce.

Do této kategorie řadíme:

- Opioidy
- Kanabinoidy
- Stimulancia
- Léky
- Halucinogeny
- Nikotin
- Těkavé látky

Opioidy – jde o přírodní, polosyntetické nebo syntetické látky. Zdrojem přírodních opioidů je bílý mák. Opiáty přírodního původu jsou opium, morfin nebo kodein. Syntetickými opiáty jsou například heroin nebo dihydrokodein. Opiáty se užívají kouřením, perorálně či injekčně nitrožilně. Závislost je nesmírně silná a těžko léčitelná. Po vysazení dochází jak k tělesným, tak duševním potížím. Heroin je možno v moči prokázat 2-3 dny po požití.

Kanabinoidy – účinné látky obsahují některé typy konopí. Koncentrace účinné látky je ovlivněna i podmínkami, ve kterých je pěstováno. Kanabis se nejčastěji užívá kouřením – v ručně balených cigaretách, vodní dýmkou, případně z ohřátého alobalu. Per os se užívá v nápojích nebo jídlech. Konzumace má společenský charakter spojený s pseudointelek-

tuálními aktivitami. Postupně dochází ke vzestupu tolerance. Abstinenční stav většinou znamená pouze psychické potíže. Často jde o vstupní drogu pro užívání jiných návykových látek a jejich užívání je poměrně často i spouštěčem závažných duševních poruch z okruhu psychóz. Užití marihuany se dá moči zjistit po dobu až 30 dní.

Léky – zde patří užívání všech léků, které nebyly ordinovány ke zvládnutí konkrétního stavu nebo jsou užívány ve vysokých dávkách, Patří zde hlavně léky na úzkost, na navození spánku, některé léky od bolesti a na uklidnění. Dlouhodobé užívání vede nejen ke zvyšování dávky a k duševním potížím, ale i k poškození jednotlivých orgánů. Častý je výskyt této závislosti u žen a seniorů.

Stimulancia – látky způsobující nabuzení organismu. Jedinec nepotřebuje spát, odpočívat, jíst, je euforický, společenský. Po odeznění účinku dokáže spát i několik desítek hodin. Rizikem je celkové vyčerpání organismu. Užívají se ústy nebo šňupáním. Patří zde například pervitin, který je možno v moči prokázat až 21 dní po užití nebo kokain, který je možno v moči detekovat maximálně 24 hodin po užití.

Halucinogeny - vyvolávají změny a poruchy vnímání, nálady a kognitivních funkcí. Patří zde například tzv. taneční droga LSD, psilocybin z hub, meskalin z kaktusů. Při užití je člověk euforický a zažívá pocit blaha, charakteristická je přítomnost halucinací. Nejčastěji se užívají perorálně. Při vysazení nebývají odvykací příznaky, jen psychická nepohoda.

Jako „bad trip“ se označuje akutní intoxikace halucinogeny s panickými atakami, neklidem, děsivými iluzemi, halucinacemi, tranzitorními bludy, toxickým deliriem, poruchou orientace, poruchou pozornosti, halucinacemi a poruchami chování (hyperaktivita, dezorganizace).

Nikotin – jde o alkaloid listů rostliny tabáku z čeledi lilkovitych. Má psychostimulační a euforizujicí účinky. Nikotin je silně toxická látka. V jedné cigaretě se nachází 1–2 mg nikotinu, smrtící dávka je 50–60 mg. Po inhalaci se nikotin za sedm vteřin dostane do mozku a navodí stimulující účinek. Běžný kuřák kouří zpočátku do 10 cigaret denně. Závislost se vytvoří u všech, kdo kouří 20 a více cigaret denně. Silná je psychická závislost, stoupá tolerance. Silný kuřák vykouří 60–80 cigaret denně, což u nenavyklého překračuje smrtelnou dávku. Následkem kouření dochází nejen k poškození vnitřních orgánů, ale je prokázaná souvislost se vznikem rakoviny a kardiovaskulárních poruch. Léčba je poměr-

ně neúspěšná, obzvláště pokud probíhá bez dozoru lékaře. Nikotin se přijímá kouřením nebo přes sliznice žvýkáním.

Těkavé látky - k nejčastěji zneužívaným těkavým látkám patři benzen, toluen, benzin a aceton, dříve lepidla Kanagon, Chemopren aj. V současné době vidíme toxikomany užívající těkavé látky jen zřídka, eventuálně v obdobích nedostupnosti primární psychoaktivní látky. Po vdechnutí se těkavé látky dostávají do mozku za jednu až tři minuty. Navozuji euforicky a tlumivý efekt, později nastupuje halucinatorní účinek s živými barevnými halucinacemi. Postižený zapáchá po použité těkavé látce, pozorujeme závratě, poruchy motoriky, chůze a řeči, nevolnost, bolest hlavy. Častý je způsob inhalace pod přikrývkou či s igelitovým sáčkem nataženým přes hlavu. Užívání vede k rychlému organickému poškození mozku.

Diagnostika se provádí na základě získaných informací od pacienta, které je vhodné ověřit u jiné osoby, neboť závislí bohužel poměrně často nemluví pravdu. K dispozici jsou i diagnostické testy, které pomáhají rozlišit závažnost problému. Pro zpřesnění se využívá i psychologické vyšetření. Návykové látky je možno detekovat v krvi a v moči, alkohol v dechu.

Průběh - závislost na návykových látkách je celoživotní duševní porucha. Postižený se nemůže uzdravit do původního stavu, pouze při příznivém výsledku léčby je schopen dlouhodobě abstinovat. Riziko relapsu zneužívání bývá například v životních stresových situacích nebo paradoxně v období klidu („vše se mi daří, dlouhodobě úspěšně abstinuji, nejsem přece žádný alkoholik, jedno pivo po obědě si dat mohu, už se dokážu ovládnout a včas přestat pit…“).

Léčba – probíhá v psychiatrických ambulancích či specializovaných ambulancích pro léčbu závislostí (tzv. AT ambulance – alkoholismus,toxikománie nebo), dále v lůžkových zařízeních (psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic, specializovaná oddělení psychiatrických nemocnic (donedávna „léčeben“). Léčba závislosti na návykových látkách bývá převážně dobrovolná. Výjimku tvoří těžké a život ohrožující stavy (delirium tremens, toxické psychózy), kdy je indikace k nedobrovolné hospitalizaci na akutním psychiatrickém oddělení. V případě spáchání trestného činu pod vlivem psychoaktivní látky může soud vyměřit ochranné protialkoholní či protitoxikomanické léčení ambulantní či

ústavní. Ochranné léčení trvá tak dlouho, dokud nesplní svůj účel a soud je nezruší. Následují doléčovací programy, které trvají několik měsíců až let.

Substituční léčba - část závislých na opiátech není schopna bez nenávykové psychoaktivní látky žít, ale je ochotná na léčbě spolupracovat. Tito nemocní jsou zařazení do tzv. substituční léčby, kdy se ilegální opiát nahradí lékařem ordinovaným opiátem s dlouhým biologickým poločasem odbourávání (metadon, subutex) s možností podávat jej pouze jednou denně ústy (na rozdíl od užívání ilegálního opiátu, který závislý potřebuje několikrát denně a zpravidla do žíly). Ordinovaný opiát má známou dávku, ve které nenavozuje euforii, ale odstraní abstinenční příznaky, užívání nezpůsobuje infekční komplikace nesterilního i.v. užití, je cenově dostupné (u metadonu zdarma). Nastavení na substituci umožní léčeným pacientům docházet do zaměstnání, žít normální život bez páchání trestné činnosti.

Nejnižší práh nezdravotnických intervencí pro osoby závislé na návykových látkách mají tzv. **terénní programy**. Jde například o výměnu stříkaček, poskytování informací, sociální a zdravotní poradenství.

Léčba závislosti je nejúčinnější při **komplexním přístupu** s řešením psychických, tělesných i sociálních problémů. K tomu je nutná týmová multidisciplinární spolupráce.

OTÁZKY

1. Pokud dojde po odnětí návykové látky k např. úzkosti, halucinacím, neklidu, jde o závislost:

   a) Fyzickou

   b) Psychickou

2. Příkladem syntetických opiátů je:

   a) Marihuana

   b) Pervitin

   c) Heroin

3. Substituční léčba se ordinuje u spolupracujících pacientů se závislostí:

    a) Na stimulanciích

    b) Na halucinogenech

    c) Na opiátech

SHRNUTÍ KAPITOLY

V této kapitole byly shrnuty základní poznatky o problematice užívání návykových látek. Byly popsány možnosti léčby a druhy závislostí. Dále byly v krátkosti představeny základní typy návykových látek, včetně jejich stručné charakteristiky.

ODPOVĚDI

1 b, 2 c, 3 c.

DALŠÍ ZDROJE

HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER. J. a kol.. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

OREL, M. a kol. PSYCHOPATOLOGIE. Praha: Grada Publishing, a.s., 2016. 344 s. ISBN 978-80-247-5516-8.

PETR, T., MARKOVÁ, E. A KOL. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.

3 SCHIZOFRENIE A JINÉ PSYCHOTICKÉ PORUCHY

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

V této kapitole jsou stručně popsána schizofrenie a další typy psychotických poruch. Jsou popsány jednotlivé poruchy, jejich příznaky a možnosti léčby.

CÍLE KAPITOLY

Cílem této kapitoly je představit jednotlivé typy psychotických poruch tak, aby student:

- Získal základní znalosti o rozdělení psychotických poruch
- Byl schopen rozpoznat příznaky jednotlivých psychotických poruch
- Uměl zaujmout správný přístup k osobám s psychotickou poruchou

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

2 hodiny

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Psychóza, schizofrenie, porucha, příznak, léčba

Psychózy jsou nejzávažnějšími duševními onemocněními. Jde o širokou skupinu nemocí, která je charakterizovaná hlavně tím, že se duševní stav pacienta zásadním způsobem změní a současně si pacient této změny není vědom, nebo je si jí sice vědom, ale považuje ji za důležitou. Říkáme, že pacient je k onemocnění nekritický. V akutním sta-

diu nemoci může být pacient dokonce nebezpečný sobě nebo někomu druhému. Nemoc vážně zasahuje téměř do všech oblastí života a život v průběhu trvání znehodnocuje.

Choroby z toho okruhu se téměř nevyskytují u malých dětí, jejich nástup začíná spíš až v období dospívání. Čím nižší věk první ataky choroby je, tím horší je prognóza choroby do budoucna. Nemoci se rozvíjejí několik let a lidé z okolí pacienta si většinou na postupné změny, které se s jedincem dějí, zvykne. Pokud už ale choroba propukne, potřebuje lékař co nejvíce podrobných informací a zde mohou být jedním ze zdrojů právě učitelé.

Tyto poruchy mají chronický charakter a většinou nemocného provází po celý život. U některých poruch je běžné, že po jejich diagnostikováni je pacientovi přiznán invalidní důchod a to i v mladém věku. Část pacientů např. se schizofrenií vůbec za svůj život nenastoupí do zaměstnání. Pokud je nepříznivý průběh, ztrácí schopnost sebepéče a jejich stav vyžaduje dlouhodobou dopomoc při aktivitách běžného dne.

Psychózy jsou charakterizované hlavně přítomností bludů, halucinací, dezorganizovaným slovním projevem a chováním, poruchou vnímání reality

3.1 Schizofrenie

Jde o duševní onemocnění z okruhu psychóz charakterizované poruchami téměř všech psychických funkcí, především myšlení, vnímání, emotivity a jednání. Tato choroba bývá označována jako jedna z nejzávažnějších duševních poruch. Její výskyt v populaci se pohybuje kolem 1% a to bez rozdílu pohlaví a rasy.

Příčiny nejsou zcela jasné, ale je prokázáno, že na vzniku se podílí vždy celá řada faktorů biologických, psychologických a sociálních. Částečně je zvažován vliv změn v organismu v období dospívání v kombinaci se zevní zátěží. Patrný je vliv geneticky, neboť je prokázán její vyšší výskyt v rodinách. Ke schizofrenii potomka může vést i chřipkové onemocnění jeho matky ve druhém trimestru těhotenství (zejména v zimě), předpokládají se autoimunitní mechanismy. Vědci vidí příčiny v různých abnormalitách mozkových funkcí. Předpokládají se neurovývojové změny v mozku. Zároveň byl prokázán vyšší výskyt schizofrenie u nižších společenských vrstev, tzv. **sociální skluz**, jde však o důsledek vlastní choroby s negativními dopady na kognitivní a sociální kompetence, kdy dochází k propadu na společenském žebříčku.

Diagnostika poruchy se stanovuje na základě výskytu konkrétních příznaků, které jsou dané MKN-10. Tyto příznaky musí být nejen přítomny, ale musí i po nějakou dobu přetrvávat. Nemohou mít tedy jednorázový charakter.
Déle než jeden měsíc musí být přítomen alespoň jeden z níže uvedených příznaků:

- ***slyšení vlastních myšlenek, intrapsychické halucinace*** (pocit odnímání a vkládání myšlenek z a do vlastní hlavy jinými osobami, vysílání myšlenek)
- ***bludy kontrolovanosti a ovlivňování, případně prožitky pasivity a přesvědčení, že je subjekt ovládán***
- ***halucinované hlasy, které komentují chování pacienta, případně o něm rozmlouvají***
- ***bludné přesvědčení, které se vymyká dané kultuře***

nebo přítomnost minimálně dvou následujících příznaků:

- ***přetrvávající halucinace***
- ***formální poruchy myšlení*** (inkoherence, zárazy, neologizmy)
- ***katatonní projevy***
- ***negativní příznaky v podobě apatie, ochuzení řeči*** (alogie), ***autizmu a emočního oploštění až vyhaslosti***
- ***nápadná změna v chování*** (ztráta citových vztahů, zájmů, sociální stažení, nečinnost, bezcílnost)

Příznaky schizofrenie se dělí do čtyřech skupin na:

- ***Pozitivní příznaky*** – kam patří poruchy vnímání - halucinace, poruchy myšlení - bludy a dezorganizace myšlení, v myšlení je něco navíc
- ***Negativní příznaky*** - ochuzení psychiky, nejvýrazněji v emotivitě a volní složce, apatie, ztráta motivace, abulie, ztráta prožitku radosti, sociální stažení, ochuzení řeči a myšlení, tedy v psychice jakoby něco schází
- ***Kognitivní příznaky/dysfunkce*** - jde o příznak přítomný již před manifestací psychózy, narušení poznávacích schopností, skládá se z řady jednotlivých měřitelných komponent - paměť (schopnost uchovat informace), exekutivní funkce (schopnost iniciovat, plánovat a řešit úkoly), pozornost (komplexní komponenta ovlivňující ostatní psychické funkce) aj.

- ***Afektivní příznaky*** - často je přítomna deprese, hlavně v iniciální fázi onemocnění, po odeznění psychotické symptomatiky se může dostat více do popředí (postpsychotická deprese), až 10 % nemocných se schizofrenní poruchou spáchá suicidium.

U mnoha pacientů se schizofrenií představují negativní příznaky společně s kognitivní dysfunkcí přetrvávající komponentu, která nereaguje na léčbu a zhoršuje začleňování do běžného a pracovního života, znemožňuje vykonávat placené zaměstnání a tím poškozuje kvalitu života při nedostatku finančních prostředků a sociálního začlenění.

Podle převažujících příznaků se schizofrenie dělí do několika typů:

- ***Paranoidní schizofrenie*** - charakterizovaná převážně paranoidními bludy, sluchovými halucinacemi
- ***Hebefrenní schizofrenie*** - nejčastěji svými projevy karikuje pubertální období, bývá nepřiléhavé chování (neodpovědné a nepředvídatelné, časté bývá manýrování, inkoherentní verbální projev, vulgární řeč, agresivita, bizarní zájmy)
- ***Katatonní schizofrenie*** - v popředí jsou poruchy motoriky, hybnosti, grimasování, manýrování, stupor, časté bývají stereotypie ve verbálním projevu a chování, může být přítomna vosková ohebnost, nástavy – viz symptomy u poruch jednání
- ***Nediferencovaná schizofrenie*** - nemívá obvykle vyhraněnou podobu, příznaky jsou pestré
- ***Postschizofrenní deprese*** – po odeznění akutní psychózy přetrvává deprese
- ***Reziduální schizofrenie*** - chronický stav po ústupu akutních příznaků, podívínství, zanedbávání sebe i okolí, převládají negativní a kognitivní příznaky
- ***Simplexní schizofrenie*** - změny chování, vyplývající z postupného stažení se do sebe, redukce volní složky, oploštění emotivity, převládají negativní a kognitivní příznaky

Pro stanovení správné diagnózy se mimo klinického vyšetření využívá i psychologické vyšetření, které dokáže v testech zachytit schizofrenní symptomatiku. K vyloučení tělesné příčiny příznaků se používá neurologické vyšetření, vyšetření očního pozadí, laboratorní toxikologické vyšetření moči k vyloučení vlivu návykové látky, zobrazovací metody mozku.

Průběh onemocnění - u většiny pacientů se jedná o celoživotní onemocnění s perzistující

symptomatikou a narušeným fungováním, jsou ohroženi opakováním psychotické epizody (relapsem).

Obecně platí, že přibližně jedna třetina nemocných se po jedné, dvou či po několika málo atakách dokáže vrátit k normálnímu životu. U další třetiny se střídají epizody schizofrenie s neúplnými remisemi, v nichž se obvykle nejsou schopni vrátit ke svému předchozímu zaměstnání, často jim je přiznán invalidní důchod. U poslední třetiny postižených osob ani přes léčbu nedochází k vymizení příznaků psychózy, tito nemocní nejsou schopni samostatného života a jsou celý život odkázáni na pomoc rodiny, popřípadě zdravotnického zařízení.

Schizofrenie postihuje řadu psychických funkcí, které jsou podstatné v každodenním životě.

Je spojena s vysokým rizikem sebevražedného jednání. Někteří jedinci mohou relativně dobře sociálně fungovat i při přetrvávající pozitivní symptomatice. K nepříznivým prognostickým faktorům patří mužské pohlaví, nízký věk začátku onemocnění, nenápadný/plíživý začátek, nepřítomnost spouštěcích faktorů, premorbidní život bez partnera, špatné sociální fungování, schizofrenie v rodinné anamnéze, převaha negativních příznaků, škodlivé užívání návykových látek a život v dysfunkční rodině s vysokým stupněm emočního napětí.

Léčba choroby je odlišná v akutní fázi a jiná ve fázi stabilizace a jiná ve fázi stabilní.

Cílem léčby v akutní fázi je odstranění pozitivních příznaků (agitovanost, agresivita, hyperaktivita), to lze zvládnout v průběhu hodin a dní, ovlivnění halucinací a bludů trvá déle. Z léků se používají antipsychotika, které ovlivňují výskyt halucinací a bludů. Ke zklidnění pacienta možno podat benzodiazepiny.

Další používanou metodou je aplikace elektrokonvulzivní léčby či repetitivní transkraniální magnetické stimulace u farmakologicky rezistentních dekompenzací schizofrenií.

Tyto biologické léčebné postupy jsou doplněny o psychoterapii. Psychosociální intervence spočívá v minimalizaci stresů, jasné komunikaci, strukturovaném prostředí, toleranci, podpoře. Nemocný by měl dostat informace o léčbě (dle jeho schopnosti asimilovat

informace) a měl by být povzbuzován ke spolupráci. Důležité je navázání vztahů s rodinou, edukace.

Cílem léčby ve fázi stabilizace je snaha udržet získané zlepšení. Ještě přetrvávají negativní příznaky a kognitivní deficit, které ustupují pomalu (6-12 měsíců) a u některých nemocných mohou v různé intenzitě přetrvávat. V této fázi je nemocný většinou propouštěn z hospitalizace a ohrožen relapsem. Farmakoterapeutická antipsychotická léčba je nadále nezbytná. Psychosociální intervence je podpůrná, strukturovaná, provádíme edukaci ohledně průběhu, prognózy, adherence k léčbě (spolupráce pacienta).

Cílem léčby ve fázi stabilní je prevence relapsu, dosažení remise a její udržení. Farmakoterapie spočívá v dlouhodobé, udržovací léčbě minimálními ještě účinnými dávkami antipsychotika. U nespolupracujících nemocných je možno použít depotní (dlouhodobě působící) injekce antipsychotik. Psychosociální intervence je zaměřena na rodinu, je snaha o pracovní integraci – běžnou, případně chráněnou (chráněné zaměstnání, nácvik sociálních dovedností, kognitivní rehabilitace, kognitivně-behaviorální psychoterapeutické přístupy)

3.2 Další poruchy z okruhu psychóz

Porucha s bludy

Jde o onemocnění, které se poprvé u nemocného objevuje v období dospělosti, nejčastěji mezi 35. – 45. rokem života a to u 12 % populace. Příčina není známá, ale předpokládá se premorbidní osobnost a pravděpodobně nějaká mozková dysfunkce.

Pro diagnostiku je zásadní výskyt minimálně jednoho bludu po dobu nejméně 3 měsíců, nesmí být však přítomny žádné halucinace. Zároveň nesmí být diagnostikovaná jiná duševní porucha. Bludy myjí různý charakter, mohou být perzekuční, hypochondrické, velikášské, kverulantské aj.. Vždy však vytvářejí propracovanou síť, takže při prvním kontaktu s nemocným nemusí ani psychiatr poznat, že se jedná o bludy. Nebývají negativní a kognitivní příznaky. Mimo vlastní bludný systém je osobnost nepostižena, takže bez problémů funguje v běžném denním životě.

Stejně jako u schizofrenie, i zde je průběh často celoživotní a rozvinutí choroby trvá až několik let.

Léčba je podobná jako u schizofrenie, ale choroba je poměrně špatně léčitelná. Někdy je považováno za úspěch již to, že nemocný o svém bludu hovoří s menší intenzitou.

Akutní a přechodné psychotické poruchy

Jde o akutní propuknutí psychózy, kdy nemusí být známá příčina. U některých jedinců jde o jednu ataku choroby za život, často jde ale o první projev psychózy, například schizofrenie.

Příčina není známá, opět se hovoří o dispozici jedince a vlivu stresu z vnějšího prostředí. Příznaky jsou stejné jako u schizofrenie, trvají však kratší dobu, maximálně do 1 měsíce. Rozdíl je v tom, že ke zhoršení dojde maximálně během dvou týdnů. I diagnostika i léčba jsou stejné jako u schizofrenie.

Schizoafektivní porucha

Jde o onemocnění, které patří do okruhu psychóz, má však lepší výhled do budoucna. Vyskytuje se v průměru u 0,7% populace a první ataka choroby může být v jakémkoliv věku. U dětí se vyskytuje od dospívání.

Příčiny, diagnostika i léčba jsou stejné jako u schizofrenie, stejně tak jako příznaky. Navíc je zde však porucha nálady, nejčastěji ve smyslu poklesu nálady, tedy deprese. Může se vyskytnout ale i mánie. Podle toho se navíc do léčby přidávají antidepresiva, případně stabilizátory nálady, pokud je přítomna i manická fáze.

Jak již bylo uvedeno, jde o jedny z nejzávažnějších duševních poruch. Od pedagoga se neočekává jejich diagnostikování. Mohou však být pro lékaře neocenitelným zdrojem informací o nemocném. Proto se nebojte upozornit i na sebemenší změny v chování dospívajících, protože můžete poskytnout právě ty informace, které lékař postrádal.

OTÁZKY

1. Který z příznaků nepatří k duševním poruchám z okruhu psychóz:

   a) Halucinace

   b) Abstinenční příznaky

c) Bludy

2. Která z následujících poruch se může vyskytnout za život pouze jednou a nemá chronický charakter:

   a) Akutní psychotická porucha

   b) Porucha s bludy

   c) Schizoafektivní porucha

3. Jsou u schizoafektivní poruchy přítomny i poruchy nálady?

   a) Ano

   b) Ne

   c) Někdy

SHRNUTÍ KAPITOLY

Tato kapitola byla věnována okruhu nejzávažnějších duševních poruch, psychózám. Poskytla základní informace o schizofrenii a ve zkratce o dalších nejčastěji se vyskytujících chorobách tohoto okruhu.

ODPOVĚDI

1 b, 2 a , 3 a

DALŠÍ ZDROJE

HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER. J. a kol.. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

HOSÁKOVÁ, J. HOSÁK, L. a kol. *Ošetřovatelská péče v psychiatrii.* Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik, 2018. 192 s. ISBN 978-80-7510-281-2.

582-4.

PETR, T., MARKOVÁ, E. A KOL. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.

4 AFEKTIVNÍ PORUCHY – PORUCHY NÁLADY

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Tato kapitola přináší základní přehled o afektivních poruchách, tedy poruchách nálady. Mimo popis fází poruch nálady jsou zde uvedeny i konkrétní choroby, které do tohoto okruhu patří.

CÍLE KAPITOLY

Cílem této kapitoly je představit jednotlivé afektivní poruchy tak, aby student:

- Získal základní znalosti o rozdělení afektivních duševních poruch
- Byl schopen rozpoznat příznaky afektivních duševních poruch
- Uměl zaujmout správný přístup k osobám s afektivní duševní poruchou

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

2 hodiny

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Nálada, afekt, porucha, deprese, mánie

Afektivní poruchy (poruchy nálady) se projevují změněnou náladou, která neodpovídá reálné životní situaci nemocného a narušuje jeho uvažování, jednání i tělesné funkce. Jejím důsledkem jsou poruchy přizpůsobení a sociální selhávání.

4.1 Depresívní fáze

Nejčastěji se vyskytující poruchou je pokles nálady, tedy deprese. Vyskytuje se u asi 15% populace, častější výskyt je u žen. První záchyty bývají většinou o období středního věku, stále častěji se ale vyskytují i u mladších lidí, někdy i dospívajících.

Příčiny jsou známy pouze částečně. Byl prokázán určitý vliv genetických faktorů, některé poruchy endokrinního systému, zvětšení objemu tkáně v oblasti spánkového laloku mozku, celkové oslabení imunity, vliv stresu, nepříznivé životní události v dětství i v dospělosti. Pro vznik onemocnění je předpokládá jejich kombinace. Mohou ale vzniknout i bez známé příčiny.

Příznaky mají různou povahu, ale za základní jsou považovány dlouhodobě stabilní chorobně smutná nálada nevyplývající ze zevních okolností, která trvá alespoň 6 týdnů. K příznakům poukazujícím na zhoršení nálady patří i úzkost a poruchy spánku. Dále zde patří snížení energie a aktivity, zhoršení schopnosti radovat se, pokles zájmů, poruchy koncentrace, značná unavitelnost i po nepatrné námaze, snížení sebevědomí, pocity viny a bezcennosti, pesimistický pohled do budoucnosti, snížená chuť k jídlu, hmotnostní úbytek, ranní pesima nálady (špatná nálada), psychomotorický neklid nebo naopak útlum, tělesné obtíže (pocit sevření na hrudi, pocit neklidných nohou, zácpa, bolesti bez organického podkladu), pokles sexuálního zájmu, v některých případech psychotické příznaky, myšlenky na sebevraždu a sebevražedné jednání.

U těžších forem se mohou vyskytovat psychotické příznaky v podobě halucinací a bludů. Jejich obsah koresponduje se smutnou náladou („hlasy“ obviňují, vyhrožují, nabádají k sebevraždě, bludy mají depresivní obsah). Sebevražedné pokusy se mohou vyskytnout, obzvláště u mužů, lidí osamělých, s tělesnou chorobou nebo zneužívajících návykové látky.

Depresívní fáze se dělí ***dle závažnosti příznaků***:

- *na mírnou* - léčí se spíše ambulantně
- *středně těžkou* - hospitalizace bývají častější
- *těžkou bez psychotických příznaků* - pacient je vždy hospitalizován
- *těžkou s psychotickými příznaky* – hospitalizace nutná a to i nedobrovolná.

Pro ***diagnostiku*** slouží mimo klinických příznaků vyšetření hormonů štítné žlázy. Orientačně lze závažnost stavu zhodnotit některou ze škál, např. Beckovým sebeposuzovacím dotazníkem deprese

Pro ***léčbu*** je základní podávání antidepresiv a léků na úpravu spánku (hypnotik) a úzkosti (anxiolytik). U těžkých depresí je indikována elektrokonvulzivní terapie. Zároveň se používají metody psychoterapie. Pokud není deprese léčená, přetrvává porucha několik měsíců, po této době může sama odeznít. Léčba nemusí být vždy plně úspěšná, někdy mohou některé příznaky přetrvávat i po celkovém zlepšení stav.

4.2 Manická fáze

Oproti depresivní fázi se tato fáze vyskytuje podstatně méně. Celoživotní prevalence mánie dosahuje 1 %. Vyskytuje se nejčastěji ve věku kolem 30. roku života, jsou ale známy případy i u dvacetiletých. Naopak minimálně se vyskytuje první ataka u lidí nad 50 let. Vzácný je výskyt pouze jediné ataky za život. Tato porucha se nevyskytuje samostatně, ale vyskytuje se u pacientů se schizoafektivní poruchou, kdy je pacienta někdy fáze deprese, jindy mánie. Celkově se ale vyskytuje méně často než deprese.

Příčiny poruchy nejsou známé, předpokládá se opět porucha mozkových funkcí, genetická dispozice a vliv stresu.

Příznaky mánie jsou charakteristické nadměrnou aktivitou. Vyskytuje se chorobně povznesená nálada, pocit zvýšené tělesné i duševní energie, zvýšená aktivita, místy až nesmyslná podnikavost, zrychlené myšlení, mnohomluvnost, pocity zdraví a výkonnosti, zvýšená až nevhodná sociabilita, výmluvnost, přílišná důvěrnost, odbrzděnost v jednání, nedostatek sebekontroly, ztráta zábran v jednání, zvýšená sexuální energie, snížená potřeba jídla a spánku, zvýšená výbavnost paměti, snížení koncentrace a pozornosti, nadměrné utrácení peněz, nepřiměřeně zvýšené sebevědomí, nepřiměřené velikášské plány, nadměrné představy o svých schopnostech, přehnaný optimismus, v některých případech agresivita, v nejtěžších případech psychotické příznaky.

Pokud se vyskytnou i psychotické příznaky, opět odpovídají náladě nemocného, mohou tedy být "hlasy" například nabádají ke spasení světa, zastavení válek, dle pacienta na něj takto mluví Bůh, případně papež nebo ředitel CIA, bludy mohou být extrapotenční (o

nadměrných schopnostech), megalomanické (nadměrný význam pacienta), originární (vznešený původ), inventorní (vynálezecké) nebo religiozní (s náboženským obsahem).

Dle závažnosti příznaků se rozlišuje:

- ***Hypománie*** - mírný stupeň, na první pohled se nemusí jevit jako chorobný pokud pacienta dobře neznáme
- ***Mánie bez psychotických příznaků*** – jde o závažnější postižení
- ***Mánie s psychotickými příznaky***.

Pro ***diagnostiku*** se mimo uvedených příznaků doplňuje vyšetření o toxikologické vyšetření, vyšetření hladin hormonů štítné žlázy a CT mozku k vyloučení choroby mozku.

V léčbě jsou využívaná antipsychotika a stabilizátory nálady, případně léky na zklidnění (anxiolytika).

4.3 Přehled afektivních poruch

Periodická (rekurentní) depresivní porucha

Jde o opakovaný výskyt depresivních fází, a to bez známého důvodu, není přítomná žádná nepříznivá situace. Výskyt jednotlivých epizod deprese má různý časový odstup. Někdy jde o měsíce, v jiných případech nemá pacient pokles nálady i několik let. Intervaly mezi chorobnými příznaky se zkracují s přibývajícím věkem. Tato porucha je celoživotní.

Bipolární afektivní porucha

U této poruchy dochází ke střídání fází deprese a mánie. Manických fází bývá méně, někdy pouze jedna za život. Porucha se vyskytuje u 1% populace bez rozdílu pohlaví.

V mezidobí mezi jednotlivými atakami choroby (v remisi) může být jedinec bez jakýchkoliv příznaků duševní poruchy. Toto bezpříznakové období může trvat i několik let.

Léčba záleží na fázi poruchy, tedy buď aplikace antidepresiv nebo antipsychotik a stabilizátorů nálady, jak již bylo uvedeno výše.

Cyklotymie

Poruchy, kdy se střídají fáze mírné deprese s fázemi mírné mánie (hypomanie). Příznaky jsou tedy mírnější. Pro cizí lidi nemusí jedinec jako nemocný vůbec působit.

Diagnostika i léčba se volí podle fáze poruchy. Choroba se diagnostikuje, pokud potíže trvají alespoň dva roky.

Dystymie

Afektivní poruchy, kdy subklinická chronická deprese, nedosahující závažnosti ani mírné depresivní fáze, trvá nejméně dva roky. Vyskytuje se u 3 % populace, častěji u žen.

Porucha začíná již v dětství a dospívání, trvá několik let, často celoživotně. Střídají se různě dlouhá období mírné deprese (měsíce) a normální nálady (dny, týdny).

OTÁZKY

1. Nadměrná aktivita je charakteristická pro:

   a) Depresi

   b) Mánii

   c) Dystymii

2. Může mít mánie s psychotickými příznaky?

   a) Ano

   b) Ne

3. Pro bipolární afektivní poruchu je charakteristické:

   a) Střídání fáze deprese s bezpříznakovým obdobím

   b) Střídání fáze mánie a bezpříznakovým obdobím

   c) Střídání fáze deprese s fází mánie.

SHRNUTÍ KAPITOLY

Tato kapitola poskytla studentům stručný přehled poruch nálad. Seznámila s nejčastěji se vyskytujícími příznaky i charakteristikou jednotlivých poruch. Tyto informace pomohly pochopit prožívání a možnosti nemocných jednotlivými typy poruch.

ODPOVĚDI

1 b, 2 a, 3 c

DALŠÍ ZDROJE

HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER. J. a kol.. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

PETR, T., MARKOVÁ, E. A KOL. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.

RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., JANOTOVÁ, D. Psychiatrie. *Minimum pro praxi.* 5. vydání. Praha: Triton, s.r.o., 2012. 240 s. ISBN: 978-80-7387-582-4.

5 ÚZKOSTNÉ PORUCHY, PORUCHY VYVOLANÉ STRESEM A SOMATOFORMNÍ PORUCHY

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Tato obsáhlá kapitola je věnována poruchám, pro které se v dřívějších dobách používal název neurózy. Jde o široké spektrum poruch, v tomto textu budou představené jen ty, které se vyskytují nejčastěji.

CÍLE KAPITOLY

Cílem této kapitoly je představit jednotlivé poruchy tak, aby student:

- Získal základní znalosti o rozdělení těchto duševních poruch
- Byl schopen rozpoznat příznaky uvedených duševních poruch
- Uměl zaujmout správný přístup k osobám s jednotlivými typy prezentovaných duševních poruch

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

4 hodiny

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Úzkost, stres, somatoformní porucha, onemocnění, fobie

Úzkostné poruchy patří mezi nejčastější psychiatrická onemocnění. Jeden ze čtyř dospělých lidí trpí někdy v životě úzkostnou poruchou. U žen jsou úzkostné poruchy nejčastější ze všech psychiatrických poruch, u mužů jsou na druhém místě po návykových nemocech. Část z uvedených poruch se může projevit již v dětství a dospívání a právě pedagogové si mohou všimnout, že s dítětem něco není v pořádku a požádat o pomoc školního psychologa nebo praktického lékaře pro děti a dorost. I když jde většinou o chronické

poruchy, vhodnou terapií je možné jejich následky zmírnit. Nutností je ale právě včasná léčba.

5.1 Úzkost

Úzkost je běžná emoce, kterou většina lidí zažívá ve svém životě poměrně často. Je univerzální součástí lidského bytí. Vyostřením smyslů a mobilizací energie připravuje tělo na reakci „útok nebo útěk“. Za normálních okolností je varovným signálem. Úzkostí začíná komplexní behaviorální program, který slouží ke kontrole a odvracení nebezpečí. Prožitky úzkosti a strachu jsou svými projevy stejné, proto bývají často zaměňovány. Strach je odpověď na známou, vnější, reálnou a konkrétní hrozbu. Strach se objevuje náhle a trvá jen po dobu trvání hrozby. Úzkost je odpověď na vnitřní, neznámé a neurčité ohrožení.

Příznaky úzkosti jsou charakteristické komplexním prožitkem s psychickými, tělesnými, kognitivními a behaviorálními projevy. Projevy na sebe navazují a navzájem se prolínají. Mohou být intenzivní, ale i mírné.

V akutní fázi úzkosti se někdy objevuje chvilková nehybnost, snížení tepové frekvence, tlaku i svalového tonu, nekontrolovaná mikce nebo defekace. Může být ale i zvýšené pocení, rozšíření zornic, zvýšení krevního tlaku a tepové frekvence zrychlené a hluboké dýchání (hyperventilace). Po delší době trvání vedou tyto příznaky k únavě a vyčerpání.

Při hyperventilaci může dojít až k záchvatu tetanie, kdy má jedinec jakoby poruchu vnímání. Tento stav není nijak zásadně nebezpečný, ale je nepříjemný pro okolí.

Zvládání úzkosti závisí na osobnosti jedince a charakteru vyvolávající situace. Nízká hladina úzkosti pomáhá vyrovnat se s nepřízní osudu a nutí jedince k aktivnímu hledání řešení dané situace. Vysoká hladina úzkosti může vést k desorganizaci. Zvládnutí ohrožující situace vede k pocitu kontroly, který snižuje úzkost a zvyšuje sebevědomí. Pocit, že jedinec může kontrolovat danou situaci, je důležitější než reálná kontrola této situace. Snížení nejistoty vede ke snížení úzkosti. Toto taky bývá cílem psychoterapie.

Příčina úzkosti není známá, ví se ale, že jde o obrannou reakci organismu. Úzkost slouží jako biologický varovný systém, který je aktivovaný nebezpečím. Objevuje se po životně významné ztrátě (ztráta blízké osoby, zaměstnání, domova apod.). Vzniká z kon-

fliktu mezi vnitřními pudy a vnějšími požadavky nebo z konfliktu hodnotového systému. Ohrožením může být i nedostatek podpory nebo cokoli neznámé.

Léčba úzkosti je zaměřená hlavně na nefarmakologické zvládání stavu, tedy osvojení si technik, které úzkost zmirňují. Pokud to nestačí, ordinuje lékař léky na zklidnění (anxiolytika) která jsou však silně návyková a proto se užívají pouze ve výjimečně. Pokud je potřeba léky podávat dlouhodobě, měl by léčbu vždy nastavit psychiatr, který má možnost volit z jiných typů léků.

Samotná úzkost je častým nespecifickým příznakem, doprovázejícím různá somatická i psychiatrická onemocnění. Je třeba také myslet na nežádoucí účinky některých psychofarmak, která mohou úzkost vyvolat. Sklon reagovat úzkostí v různých situacích se nazývá úzkostná reaktivita a může být součástí úzkostné poruchy nebo osobnostních rysů a povahy jedince.

5.2 Přehled úzkostných poruch

Úzkostné poruchy se dříve označovaly jako neurotické poruchy a dodnes se tento termín u laické veřejnosti hojně používá. Zahrnují fobie a různé formy nadměrné úzkosti a strachu, které nastupují náhle a brání vykonávání běžných denních činností. Vyskytují se buď od raného věku, nebo je náhle spustí konkrétní zatěžující situace. Mají dlouhodobý, chronický charakter a zhoršují se v období stresu. Je pro ně charakteristické, že i když jsou pro nemocného nepříjemné, nemají za následek zkreslení vnímání reality jako je tomu u chorob z okruhu psychóz.

Jejich spektrum je nesmírně široké a svým charakterem odlišné, všechny však mají určité společné znaky. Pacienti často trpí příznaky několika úzkostných poruch najednou. Vyšetřovací metody a léčba jednotlivých úzkostných poruch jsou podobné

Příčiny neurotických poruch nejsou plně známé, ale je vypozorován vliv působení psychosociálních vlivů a osobnosti jedince. Během vývoje a socializace se lidská osobnost utváří v opakovaném střetu s náročnými životními situacemi - stresy, frustracemi a konflikty. Jedinec si osvojuje a vypracovává většinou nevědomé techniky vyrovnávání s náročnými životními situacemi. Mezi tyto techniky patří obranné mechanismy jako kompenzace, racionalizace, popření, regrese, odpor a další. Pokud dojde k chybnému sociál-

nímu učení v rodině, zafixují se nesprávné techniky, které mohou vést ke vzniku úzkostných poruch. Příčinou ale může být i opakovaná nadměrná zátěž, psychotraumata nebo dlouhodobý stres a konflikty. Vliv genetiky je minimální. Spouštěcím sociálním faktorem u dospělých osob může být rozvod či rozchod s partnerem.

Z ***příznaků*** je typická iracionální a nadměrná úzkost s tělesnými příznaky a postižení každodenního fungování jako důsledek úzkosti. Kromě úzkosti samotné patří do spektra úzkostných příznaků panická ataka, fobie, obsese, kompulze, disociace, somatizace, depersonalizace a derealizace. Pacient má náhled na iracionalitu svých úzkostných příznaků, avšak nedokáže zabránit jejich vzniku. Snaží se obávané situaci vyhnout nebo její řešení přesunout na někoho jiného. To sice vede ke krátkodobému snížení úzkosti, avšak dlouhodobě se problémy opakují a kvalita života snižuje.

Diagnostika spočívá ve zhodnocení podrobných informací získaných komplexním psychiatrickým vyšetřením, kdy se mimo obtíží snaží psychiatr získat informace o reakci organismu na úzkost a na způsob omezení potíží. Zároveň je nutno jako příčinu vyloučit tělesnou nemoc. Pro některé typy poruch se využívají i různé hodnotící škály a stupnice.

Léčba úzkostných poruch probíhá obvykle v psychiatrických a psychologických ambulancích, hospitalizace je vyžadována jen minimálně. Problémem je skutečnost, že se lidé za své potíže stydí a do odborné péče se svěří v době, kdy je porucha masivně rozvinuta a její léčba složitější. Nicméně pokud se již lékaři svěří, cílem jeho péče je zmírnění příznaků úzkosti, odstranění vyhýbavého a zabezpečovacího chování, řešení problémů v životě a prevence sekundárních důsledků jako je například abusus alkoholu.

Základ léčby je v psychoterapii a jednou z nejvýznamnějších aktivit je osvojit si způsob zvládání úzkosti. Buď některou z relaxačních metod, dechovými cvičeními nebo dýcháním do igelitového sáčku v případě hyperventilace pacienta. Použitých technik je ale více, záleží na typu poruchy, u fobií se používá například expoziční terapie, kdy je jedinec vystaven působení faktoru, kterého se obává (např. Při fobii z pavouků musí být po nějakou dobu v místnosti, kde pavouka vidí). U závažnějšího průběhu je nutné naordinovat psychofarmaka, ideálně nenávyková. Proto se někdy užívají mimo anxiolytik i antidepresiva.

Panická porucha

Panická porucha je jedna z nejčastěji se vyskytujících duševních poruch a je charakterizována opakovanými záchvaty silného strachu a vnitřní nepohody, které vznikají náhle bez zjevné příčiny. Silně vyvinutá obava může vyústit až do tzv. panické ataky, tedy maximálního pocitu strachu a úzkosti. Vyskytuje se asi u 3% populace a častější výskyt je u žen. První ataka poruchy bývá nejčastěji kolem 20. roku života, ale může vzniknout kdykoliv.

Příznaky - během panické úzkostné poruchy člověk prožívá velmi intenzívní úzkost a nedokáže říct, co je její příčinou. Nemá obavu z něčeho konkrétního (z nemoci, ze ztráty kontroly nad situací, z osoby nebo něčeho nepříjemného). Svůj pocit strachu, nervozity nebo hluboké úzkosti nedokáže ovládat.

Diagnostika je problematická hlavně proto, že pacient přichází do psychiatrické ambulance až poté, co byl opakovaně důkladně vyšetřen tělesné, což může trvat mnoho měsíců až několik let.

Průběh je chronický, jen u minima nemocných jde o jednorázovou záležitost. Častá je ztráta zaměstnání, problémy v partnerském vztahu včetně sexuálního nesouladu nebo finanční problémy. Je zvýšené riziko suicidálního jednání. Až 90 % pacientů s panickou poruchou trpí ještě jinou psychiatrickou poruchou.

Fobické úzkostné poruchy

Pro fobické úzkostné poruchy platí, že úzkost vyvolává jen určitá konkrétní situace, která v daném okamžiku není nebezpečná. Bývá přítomna anticipační úzkost. Úzkost se může vystupňovat až do panické ataky. Vyhýbavé chování a úzkostné prožívání vede k výrazné emoční nepohodě a narušuje každodenní běžné, pracovní nebo sociální aktivity či vztahy.

Existuje mnoho druhů fobií, od abstraktních po absolutně konkrétní. Nejrozšířenější fobií je agorafobie, druhou nejčastější je sociální fobie. Další jsou specifické fobie zaměřené na pavouky (arachnofobie), motýly, chlupy, bílé pláště, psy, atd.

Agorafobie

Jde o strach z prostoru. Pacienti se typicky vyhýbají obchodním centrům, kinu či divadlu, davu nebo cestování veřejným dopravním prostředkem bez doprovodu. Vyžadují od

svého okolí doprovod do těchto míst či situací. Důsledkem může být neschopnost opustit domov. Agorafobie je jedna z nejvíce handicapujících fobii, protože výrazně omezuje schopnost pacienta fungovat v zaměstnání, starat se o rodinu a naplňovat svůj život. U 95 % pacientů s agorafobií se současně vyskytují i panické ataky.

Porucha většinou vzniká kolem 30. roku života, výjimečně se ale může projevit i v dětství nebo po 45. roku života. Jde o chronickou poruchu, až pětina těchto nemocných musí být invalidizována. Léčba spočívá hlavně v psychoterapii a v podávání farmak.

Sociální fobie

Jde o strach z vlastního chování v sociální interakci, jak se budu chovat a reagovat, co si ostatní pomyslí, jak se ztrapním, ponížím, selžu, atd. Často se jedná o situace, při nichž je vystaven kontaktu s neznámými lidmi nebo zvědavosti ze strany druhých. To vede k vyhýbání se společenským situacím jako je projev na veřejnosti, přednášení, vystupování. U těžších forem bývá i nízké sebevědomí a strach z kritiky. V rozvoji poruchy nehraje roli inteligence, vzdělání, ekonomické zázemí a zaměstnání. Vyskytuje se asi u desetiny populace.

První projevy poruchy se vyskytují již kolem 15. roku života, odbornou pomoc však jedinec vyhledá často až v dospělosti. Průběh je chronický, projevy se s časem zmírňují. Neléčená sociální fobie může vést k vyřazení jedince z normálního života, neboť nemocný není schopen navázat partnerský vztah, dosáhnout odpovídajícího vzdělání, najít si a fungovat v zaměstnání. Významný je dopad na ekonomickou situaci pacienta.

Specifická (izolovaná) fobie

Úzkost je prožívaná ve vztahu k vysoce specializovaným situacím, konkrétním věcem a situacím. Jde o nejčastější úzkostnou poruchu. Celoživotní prevalence je 11 %. Je častější u žen, než u mužů, v poměru přibližně 2:1. Porucha začíná obvykle. V dospělosti často spontánně odeznívá. Má ve většině případů dobrou prognózu. Jen relativně málo jedinců se specifickou fobii vyhledá léčbu.

Postižený jedinec má výrazný, trvalý, přehnaný a nesmyslný strach z určitého objektu nebo situace, které nejsou běžně nebezpečné. Nápadně se této situaci nebo objektu vyhýbá a má anticipační úzkost. Mezi typické situace patří blízkost určitých živočichů (psi,

hadi, hmyz, myši), výšky, bouřka, tma, cestování letadlem, uzavřené prostory, močení nebo defekace na veřejných záchodcích, zubní ošetření, pohled na krev aj. Při expozici této vysoce specifické situaci se objevuje ochromující úzkost s typickými tělesnými příznaky, která se může vystupňovat až do panické ataky. Nejedná se o agorafobické a sociálně fobické situace.

Patří zde například strach ze zvířat (zoofobie), z výšky (akrofobie), z ptáků (ornitofobie), z hadů (ofidiofobie), uzavřených prostor (klaustrofobie), ze špíny (mysofobie), z ohně (pyrofobie), z hmyzu (entomofobie), ale těchto poruch je nepřeberné množství.

Generalizovaná úzkostná porucha

Hlavním rysem této poruchy je dělání si starostí a neustále zabývání se stresujícími myšlenkami. Vyskytuje se až u 15% populace, častější je výskyt u žen a to v poměru 1:2. První ataka nemoci se dostavuje kolem 25. roku života, fakticky ale může vzniknout kdykoliv.

Těmto pacientům často chybí sociální dovednost říci „ne“ a snášet kritiku. Rizikovými faktory jsou fyzické týrání a sexuální zneužívání v dětství, rozvod a ovdovělost, nezaměstnanost a status ženy v domácnosti. Pacienti mívají rysy perfekcionismu, potřebu nadměrně kontrolovat svoje prostředí a potíže tolerovat nejistotu. Pacienti mají obavy z běžných, každodenních událostí a problémů a jejich zvládání. Úzkost se může také týkat objektivně nevýznamných tělesných příznaků. Často se mění subjektivní příčina úzkosti. Jedinec pociťuje četné somatické i emoční příznaky úzkosti. Obává se, že on sám nebo jeho příbuzní onemocní nebo utrpí úraz. Bývá zhoršen spánek. Obavy a starosti jsou nadměrné a komplikují pacientovi život. Potíže se objevují nenápadně a pozvolna, porucha má chronický charakter. Nemocní bývají léčeni somatickými lékaři, k psychiatrovi se opět dostávají pozdě. V některých případech generalizovaná úzkostná porucha předchází rozvoji depresivní epizody.

Smíšená úzkostně-depresivní porucha

U smíšené úzkostně depresivní poruchy jsou přítomny příznaky úzkosti i příznaky deprese, ale ani jedněch není tolik, aby zdůvodňovaly diagnózu depresivní poruchy či některé z úzkostných poruch. Výskyt v populaci je kolem 4 % nemocných, častější je výskyt u osamělých žen.

Mimo úzkost a depresi se vyskytují starosti, obavy do budoucna, problémy se soustředěním, podrážděnost, zvýšená únava, narušený spánek, beznaděj a snížené sebevědomí. Pacienti jsou opět často opakovaně vyšetřováni tělesně, neboť jejich potíže ukazují na somatickou chorobu. Většinou se léčí u praktických lékařů nebo somatických lékařů jiné odbornost. K psychiatrovi se dostávají sporadicky. Průběh je chronický a často vede k invaliditě.

Obsedantně-kompulzivní porucha

Obsedantně - kompulzivní porucha je duševní porucha, jejímž hlavním rysem jsou opakované vtíravé myšlenky a nutkavé činy. Vyskytuje se u asi 3% populace, mírně častěji u žen. První epizody se vyskytují v dospívání, není ale výjímečný ani začátek v dětství.

Základními příznaky jsou nutkavé, vtíravé myšlenky – *obsese* (zavřel jsem dveře, plyn, mám doklady, peníze ...) a následné nutkavé ritualizované jednání – *kompulze* (opakované mytí, neustálé kontrolování zavření dveří při odchodu z domu, nekonečné umývání nádobí přesně zavedeným postupem, počítání předmětů apod.), úzkost a vyhýbavé chování. Obsese pacient neutralizuje kompulzemi, což přináší dočasné snížení úzkosti. Jsou opakované, nepříjemné a způsobují zřetelné těžkostí v životě. Často ho zdržují, vyčerpávají a narušují každodenní sociální aktivity. Jedinec může mít částečný náhled na své příznaky a často se snaží obsesím a kompulzím neúspěšně čelit.

Porucha významně snižuje kvalitu života, tito jedinci bývají často sociálně izolováni, bez partnera. Jejich psychický život je vyplněn obsesemi a kompulzemi, běžné prožívání je výrazně omezeno.

Z hlediska léčby se používají stejné postupy jako u všech úzkostných poruch. Pokud je však stav nezvladatelný, musí se zde přistoupit elektrokonvulzivní terapii, někdy i k neurochirurgické stereotaktické operaci.

5.3 Přehled poruch vyvolaných stresem

Akutní reakce na stres

Je to přechodná porucha, která vzniká u jedince bez jakékoli zjevné duševní poruchy jako odpověď na výjimečný fyzický nebo duševní stres. Obvykle odeznívá během několika hodin nebo dnů. Nejdůležitější jsou závažnost a trvání stresové okolnosti a vzdálenost a způsob účasti jedince na této události. Záleží i na odolnosti jedince, osobnostních charakteristikách, sociální podpoře a zážitcích v dětství.

Porucha se projevuje akutní sociální izolací (např. nesmyslný útěk z daného místa), zúžením pozornosti, zřetelnou desorientací, hněvem nebo verbální agresí, zoufalstvím, nepřiměřenou nebo nesmyslnou hyperaktivitou, nekontrolovatelným nebo nadměrným zármutkem.

Porucha je přechodná, s dobrou prognózou. Vzniká náhle po expozici těžkému stresoru. Příznaky začínají odeznívat nejdéle do 8 hodin, pokud expozice stresu byla ukončena, nebo do 48 hodin v případě, že expozice stresu pokračuje.

Posttraumatická stresová porucha

Porucha je opožděnou reakcí na zážitek mimořádné traumatické události. Událost má výjimečně nebezpečný nebo katastrofický charakter, který by pravděpodobně způsobil hluboké rozrušení téměř u kohokoliv. Většinou jedinec prožije nebo je svědkem události, při které byl někdo vážně zraněn či usmrcen, nebo kdy to hrozilo jemu či jiným. Událost může být krátkodobá (znásilnění, autonehoda, živelní katastrofa) i dlouhodobá (domácí násilí nebo válka). Může vzniknout v jakémkoliv věku.

Jedinci se událost neodbytně vybavuje nebo ji opakovaně znovuprožívá v podobě živých vzpomínek (tzv. flashbacky), snů nebo nočních můr. Jedinec pociťuje úzkost v situacích, které připomínají okolnosti traumatické události, a záměrně se jim vyhýbá.

Jsou přítomny příznaky zvýšené psychické citlivosti jako obtíže s usínáním a udržením spánku, podrážděnost, návaly hněvu, obtíže s koncentrací, nadměrná bdělost a úleková reaktivita. Příznaky vznikají v průběhu 6 měsíců od stresové události. Důsledkem bývá vyhýbání se blízkým vztahům, pocity odcizení se a sociální stažení. Poruchy emotivity, sebehodnocení a spánku jsou častými příčinami komorbidní závislosti na návykových látkách (alkohol, drogy). Poměrně časté jsou sebevražedné pokusy.

V našem kraji se s touto poruchou často setkáváme u horníků po závalech.

Porucha přizpůsobení

O poruchách přizpůsobení hovoříme v případě stavů, které navazují na významnou životní změnu nebo stresovou životní událost (včetně ohrožení vážnou tělesnou nemoci) a projevují se subjektivní tísní a dalšími poruchami emocí, které narušují sociální fungování a výkon v důležitých životních rolích. Jedná se o častou duševní poruchu. Postižení často nenavštíví žádného lékaře.

V období adaptace na významnou životní změnu (svatba, „prázdné hnízdo“, emigrace, započetí náročného studia, odchod do důchodu) nebo na stresovou životní událost (rozvod, ztráta zaměstnání, vážná nemoc, úmrtí blízké osoby) se objevují subjektivní obtíže a poruchy emotivity, které negativně ovlivňují společenský styk a pracovní výkon jedince. Závažnost reakce nemusí zcela odpovídat objektivní tíži stresoru. Mezi příznaky patří stav mírné deprese, úzkost, obavy, napětí a strach. Bývá určité zhoršení výkonu každodenní činnosti. Hlavně u adolescentů může dominovat agresivní nebo asociální chování. U dětí se může objevit regresivní chování jako pomočování nebo cucání palce. Relativně častou komplikací je sebepoškozování a sebevražedné pokusy, časté je i zneužívání návykových látek.

Disociativní (konverzní) poruchy

Disociativní poruchy jsou nazývány disociativní, neboť téměř vždy se v jejich případě jedná o disociaci od pacientovy osobnosti nebo jeho minulosti, případně o její úplné odvržení. Disociativní onemocnění přicházejí v mnoha formách, z nichž nejznámější je zřejmě mnohočetná porucha osobnosti. Samotný proces disociace je v moderní psychiatrii chápán jako obranný mechanismus jedince. Pacienti se disociují většinou od intenzivních negativních zážitků, často až traumatických, které takto ze svého vědomí vytlačují do podvědomí. V minulosti se tyto stavy označovaly jako hysterické poruchy. V 90 % disociativními poruchami trpí ženy. Častý je začátek již v dospívání.

Projevy přinášejí pacientovi určitý zisk, typicky zvýšenou péči ze strany jiných osob. Příznaky spíše odpovídají laickým představám o dané poruše, než skutečnému tělesnému onemocnění. Pacienti nemají obavy o své zdraví, nejsou naléhaví na vyšetřování a léčbu. Je zajímavé, že i když nemocný například „nevidí“, vždy se dostane do jídelny v pravý čas, když se podává jídlo. Nicméně, nejedná se o vědomou simulaci, nemocný tyto své příznaky nemá pod kontrolou.

Typy **disociativních poruch** jsou následující:

Disociativní amnézie - ztráta paměti na nedávné stresující nebo traumatické události či problémy

Disociativní fuga - fuga je poruchou integrity určitých aspektů paměti, ztrátou obvykle identity a odbržděním automatismů chování. Jedinec například podnikne nečekanou cestu na delší vzdálenost, než je jeho běžným denním zvykem. Na období fugy je úplná amnézie. Nezávislým pozorovatelům se chování jedince jeví jako zcela normální.

Disociativní stupor - u stuporu dochází ke snížení až vymizení volních pohybů, řeči a normálních reakcí na zevní podněty jako je světlo, hluk a dotyk. Je zachován normální svalový tonus, postoj, dýchání. Bývá zřejmá souvislost vzniku s nedávnými stresovými událostmi a problémy.

Trans a stavy posedlosti - trans je stav dočasného narušení vědomí. Projevuje se ztrátou obvyklého pocitu osobní identity, zúženým uvědomováním si okolí a omezeným repertoárem pohybů, postojů a řeči. Bývají výrazné tělesné příznaky jako znehybnění, kolaps, ječení a křik. Posedlost je přesvědčení jedince, že do něj vstoupil duch, zvláštní síla, bůh nebo že ho uhranula jiná osoba. Na stav bývá plná amnézie.

Disociativní poruchy motoriky – jde o úplnou nebo částečnou ztrátu schopnosti vykonávat volní pohyby včetně řeči. Příznaky mohou napodobovat např. epileptické záchvaty, obrny či různý stupeň nekoordinovanosti. Důsledkem je neschopnost žít bez cizí pomoci.

Disociativní křeče - jedinec předvádí náhlé nebo nečekané křečovité pohyby, které připomínají epileptický záchvat, nenásleduje však po nich ztráta vědomí, pokousání jazyka, pomočení či zranění při pádu.

Disociativní porucha citlivosti a senzorické poruchy - jde se o úplnou nebo částečnou ztrátu normálních kožních počitků (dotyk, bodnutí, vibrace, teplo, chlad) na části těla nebo na celém těle. Hranice necitlivých okrsků kůže svědčí spíše o pacientových představách o tělesných funkcích, než o klinických znalostech. U smyslových orgánů se jedná o částečnou nebo úplnou ztrátu zraku, sluchu nebo čichu.

5.4 Přehled somatoformních poruch

Somatoformní poruchy jsou charakterizovány přítomností tělesných příznaků bez prokazatelných organických patologických změn.

Příznaky patří mezi tzv. medicínsky nevysvětlitelné příznaky. Nejsou pod vědomou ani volní kontrolou postiženého. Součástí klinického obrazu je zvýšené sebepozorování a interpretace normálních nebo stresem vyvolaných fyziologických projevů jako důkazů tělesné poruchy. Podkladem těchto poruch je somatizace. Rozvoji poruchy může předcházet ztráta, zklamání, bezmoc nebo izolace. Predispozičními faktory jsou zážitek nemoci u pacienta nebo člena rodiny v dětství, nedostatek rodičovské péče nebo zneužívání v dětství.

Pacient nesimuluje ani nepodvádí. Zasluhuje stejnou lékařskou péči, jako jakýkoliv jiný pacient. Až polovina návštěv u praktického lékaře je pro medicínsky nevysvětlitelné příznaky. Pacienti bývají pro lékaře „obtížní“ kvůli vyžadování opakovaných vyšetření a spotřebě neadekvátního množství péče. Jejich chování v rámci mezilidských vztahů je problematické (zdůrazňují svoji osobu, manipulují). Nepřijímají psychogenní podíl svého stavu, bývají v odporu a neochotní podstoupit vyšetření psychiatrem. U zdravotníků vyvolávají „antipatie“ včetně pocitů nenávisti a opovržení. Bývá těžké s nimi navázat terapeutický vztah.

Cílem léčby je předejít roli nemocného, zabránit invalidizaci pacienta a minimalizovat nezbytné náklady a komplikace, které vyplývají z opakovaných vyšetření. Léčba bývá dlouhodobá a obtížná. Pomalu a postupně je vhodné zaměřit pacientovu pozornost od tělesných příznaků k osobním a mezilidským problémům. Vhodné je nevyvracet pacientova přesvědčení. Návykové léky jsou nevhodné.

Somatizační porucha

Tato porucha postihuje zejména mladé ženy, začíná zpravidla před 30. rokem věku. Trpí mnohočetnými, opakovanými a často se měnícími tělesnými příznaky, které nelze vysvětlit. Nejčastěji jde o trávící problémy (bolesti, říhání, pocity na zvracení nebo zvracení), abnormální pocity na kůži (pálení, svědění, štípání, znecitlivění, bolestivost). Běžné jsou také sexuální a menstruační potíže a gynekologický výtok. Pacienti jsou opět opako-

vaně léčeni v ordinacích somatických lékařů, psychickou příčinu odmítají. Potíže musejí trvat minimálně 2 roky. Často se druhotně objeví deprese a úzkost.

Hypochondrická porucha

Postižený se stále obává a zabývá možností, že trpí nějakou závažnou tělesnou nemocí. Pokud se jedna choroba vyloučí, zjistí na sobě příznaky poruchy jiné. Její výskyt v populaci je do 5%. Určitý stupeň obav o zdraví je v populaci častý, vyskytuje se u 10 – 20 % lidí. Muži a ženy jsou postiženi stejně. Normální tělové pocity, které u většiny lidí zůstávají pod prahem pozornosti, tito jedinci monitorují a ony se stálým sledováním zesilují. Hypochondrická porucha vede k těžkému utrpení postiženého, který žije v neustálém strachu z hrozící katastrofy vážné nemoci. Často je přítomná deprese a úzkost.

Tato porucha vede k opakovanému vyhledávání lékařského vyšetření nebo ošetření či pomoci léčitelů. Pacient trvale odmítá ujištění, že jeho domnělé somatické příznaky nemají tělesnou příčinu. Život pacienta se točí kolem snahy zabránit obávané nemoci. Nemocní soustavně monitorují své fyziologické funkce (měří si tep, teplotu aj.). Vážně bývají postiženy mezilidské vztahy. Porucha začíná v dospělém věku. Je zde vysoká míra rizika sebevraždy.

Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha

Postižení si stěžují na stálou, těžkou a skličující bolest, která však neodpovídá žádnému fyziologickému procesu ani tělesné nemoci. Bolest se objevuje v souvislosti s emočními konflikty nebo závažnými psychosociálními problémy. Je reakcí na nadměrný stres, který však sám postižený často vytěsňuje a popírá. Důležitá je pro něj podpora a pozornost ze strany lékaře nebo jiných osob. Porucha je poměrně častá, trpí jí asi 1% pacientů, přicházejících k praktickému lékaři (např. 10 – 15 % dospělých, kteří jsou v pracovní neschopnosti pro bolesti zad). Muži jsou postiženi 2x častěji, než ženy. Porucha je častější u dělnických profesí.

Bolest může přinášet sekundární zisky. Psychogenní bolest nekolísá v intenzitě při změně polohy a nereaguje na podání analgetik.

Neurastenie

Neurastenie je nejčastější druh neurózy. Jejími příznaky jsou střídání podrážděnosti a únavy, bolesti hlavy, poruchy soustředění, poruchy spánku, vyšší emocionální citlivost a vegetativní obtíže.Prevalence se odhaduje na 2 % v populaci. Přibližně 20 % populace však udává někdy v životě výraznou a přetrvávající únavu, přestože netrpí závažným tělesným onemocněním.

Neurastenii charakterizuje dráždivost a slabost v tělesné i psychické oblasti. Dráždivost se projevuje snížením prahu pro tělesné podněty a podněty ze smyslových orgánů. Nepřiměřeně nepříjemně jsou prožívány hlasité tóny, silnější světlo, pachy aj. Psychicky se projevuje podrážděnosti. Jsou přítomny trvalé stížnosti na pocity vyčerpání, únavy a tělesné slabosti po minimální duševní nebo tělesné námaze. Příznaky vznikají při provádění běžných denních úkonů, které jinak nevyžadují zvláštní duševní úsilí nebo fyzickou námahu. Jsou pro pacienta stresující. Duševní únava bývá popisována jako nepříjemné, vtíravé a rušivé asociace nebo vzpomínky, obtíže s koncentrací a všeobecně neefektivní myšlení. Dále jsou přítomny bolesti ve svalech, bušení srdce, svírání na hrudi, závratě, tenzní bolesti hlavy, poruchy spánku, neschopnost uvolnit se. Pacient není schopen zotavit se z únavy pouhým odpočinkem, relaxací nebo zábavou. Dochází ke zhoršení pracovního výkonu a schopnosti efektivně řešit denní problémy. Vyskytují se obavy ze zhoršení duševního a tělesného zdraví, podrážděnost, deprese a úzkosti.

I zde jde o chronické onemocnění.

OTÁZKY

1. Úzkost je odpověď na:

   a) Vnitřní, známe ohrožení

   b) Vnitřní, neznámé ohrožení

   c) Vnější, známé ohrožení

2. Pro kterou poruchu jsou charakteristické vtíravé myšlenky a nutkavé jednání:

   a) Specifickou izolovanou fobii

b) Dissociativní poruchu

c) Obsedantně-kompulzivní poruchu

3. Pokud se jedinec neustále zabývá možností, že trpí nějakou závažnou tělesnou nemocí, hovoříme o:

a) Přetrvávající somatoformní bolestivé poruše

b) Hypochondrické poruše

c) Somatizační poruše

SHRNUTÍ KAPITOLY

V této poměrně obsáhlé kapitole byl představen přehled nejvýznamnějších úzkostných poruchy, poruch vyvolaných stresem a somatoformních poruch. Pro všechny okruchy je charakteristickým příznakem úzkost. Část z uvedených se může poprvé vyskytnout již v období staršího školního věku a dospívání, proto je žádoucí, aby o jejich existenci měli ponětí i pedagogové.

ODPOVĚDI

1 b, 2 c, 3 b.

DALŠÍ ZDROJE

HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER. J. a kol.. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

HOSÁKOVÁ, J. HOSÁK, L. a kol. *Ošetřovatelská péče v psychiatrii*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik, 2018. 192 s. ISBN 978-80-7510-281-2.

582-4.

PETR, T., MARKOVÁ, E. A KOL. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.

6 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Následující kapitola se zabývá poměrně aktuálním tématem poruch příjmu potravy. Jsou zde zpřehledněny základní poznatky o mentální anorexii, mentální bulimii a záchvatovitém přejídání.

CÍLE KAPITOLY

Cílem této kapitoly je představit jednotlivé poruchy tak, aby student:

- Získal základní znalosti o rozdělení poruch příjmu potravy
- Byl schopen rozpoznat příznaky uvedených poruch příjmu potravy
- Uměl zaujmout správný přístup k osobám s jednotlivými poruchami příjmu potravy

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

2 hodiny

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Porucha, potrava, dospívající, BMI

Poruchy příjmu potravy jsou duševní choroby související s patologií v příjmu potravy a patří mezi nejčastěji se vyskytující duševní poruchy u dospívajících. Řadí se sem mentální *anorexie* (úmyslné snižování váhy, které může vést až k úplnému odmítání potra-

vy), *bulimie* (přejídání a následné vyzvracení potravy) a *záchvatovité přejídání* (vlčí hlad). V laické populaci často převládá názor, že kdyby se nemocní snažili, dokáží tyto problémy překonat sami. Jde však o mylný názor. Žádná z uvedených poruch není vůlí ovlivnitelná a vyžaduje dlouhodobou psychiatrickou péči.

Jde o skupinu poruch, která se často vyskytuje u dospívajících dětí a jelikož se rozvíjí postupně, není jednoduché odhadnout, kdy jde ještě o situaci běžnou pro daný věk a kdy už jde o poruchu, která může být život ohrožující. Pedagogové s dětmi tráví mnoho času a mohou si všimnout odchylek v chování těchto nemocných a taky mohou být cenným zdrojem informací pro zdravotníky.

6.1 Mentální anorexie

Anorexie (celý název mentální anorexie) je duševní porucha, kdy jedinec odmítá potravu a má zkreslené představy o svém těle. Vyskytuje se u přibližně 1 % žen a začátek je nejčastěji ve věku 13 – 18 let, může ale začít dříve i později. Nejde ovšem výhradně o poruchu u žen, může se vyskytnout i u mužů, u dívek je však 10 x častější.

Příčina není známá, jde pravděpodobně o souhru více faktorů. Vliv na vznik má genetická dispozice, některé osobnostní rysy, patologické vztahy v rodině, ale i vliv médií. Spouštěcím faktorem je často nějaká drobná kritická poznámka rodiče nebo kamaráda o nadměrných tělesných proporcích budoucí nemocné.

Základním ***příznakem*** je hodnota BMI pod 17,5. Pacient snižuje hmotnost omezováním stravy, ale i nadměrným cvičení, vyvoláváním zvracení nebo průjmů. I při nízké hmotnosti je pacient přesvědčen o své tloušťce. Vlivem dlouhodobého hladovění dochází i k hormonálním změnám, u žen ke ztrátě menstruace, metabolickým poruchám a v případě odmítání léčby může porucha končit smrtí, což se u minimálně 6 % nemocných skutečně stává. Zvenčí je viditelné zhoršení pleti, nehtů, vypadávání vlasů. U nemocných se vyskytují prudké změny nálady, únava a někdy obsedantní rituály. Příkladem může být krájení si jídla na malé kousky a jeho pomalé žvýkání, kdy si jedinec počítá, kolikrát přežvýkal jedno sousto nebo kolikrát jednoho sousto kousnul. Po jídle většinou rychle odchází od stolu, aby mohl jídlo vyzvracet. Klasické je nošení volného oblečení, ideálně hrubého, které má skrýt nadměrnou hubenost.

Pokud má být ***léčba*** úspěšná, má probíhat za hospitalizace a skládá se z jídelního režimu, psychoterapie a farmakoterapie. Až polovina nemocných se může uzdravit, u čtvrtiny pacientek je vyléčení pouze částečné, u zbývající části je průběh velmi nepříznivý. U části pacientek mentální anorexie přechází v mentální bulimii. V současnosti jsou pravidelně otevírané skupinové psychoterapie pouze v rámci Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Občas se otevírají i v jiných lůžkových psychiatrických zařízeních. Ambulantní léčba má bohužel malou úspěšnost.

6.2 Mentální bulimie

Jde o duševní poruchu, která se projevuje především záchvaty přejídání s následným zvracením, případně vyvoláním průjmu. Tato porucha se vyskytuje ve věku mezi 15 až 30 lety, výskyt v populaci se uvádí do 3 %. I tato porucha se vyskytuje častěji u dívek a žen oproti mužům. Většina postižených bývá obvykle úspěšnými ve studiu nebo v zaměstnání.

Mezi charakteristické příznaky patří neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle, intenzivní pocit hladu, epizody přejídání se s konzumací extrémního množství stravy během krátké doby s následným zvracením, zneužíváním laxativ a diuretik a obdobím hladovění. Záchvat přejídání může trvat několik desítek minut až málo hodin, v extrémních případech ale až několik dní. V období klidu nemocný přijímá stravu v podstatě normálně, i když může mít tendence k preferenci racionální, vegetariánské nebo veganské stravy. Tito lidé mají většinou normální BMI a pro okolí nepůsobí jako někdo s poruchou příjmu potravy. Výkyvy v hmotnosti se vyskytují většinou do +/- 5 kilogramů. Jediným signálem můžou být neustálé proklamace o obavách ze zvýšené tělesné hmotnosti. Při častých epizodách zvracení se i zde vyskytují tělesné komplikace související se zažívacím aparátem, sníženým množstvím vápníku v krvi, chorobami v dutině ústní.

Na rozdíl od mentální anorexie se zde zvyšuje počet epizod přejídání při zvýšeném stresu. Asi třetina nemocných má minimálně jednu epizodu denně. Pokud je u jedince diagnostikovaná nějaká další duševní porucha (deprese, zneužívání návykových látek), část postižených ukončí svůj život sebevraždou.

Léčba je stejná jako u mentální anorexie.

6.3 Záchvatovité přejídání

Je charakteristické nutkavou potřebou zkonzumovat větší množství jídla a to bez pocitu hladu. Někdy je laicky označována za „vlčí hlad“. Jak již bylo uvedeno, tato potřeba není podmíněna pocitem hladu, ale převážně psychologickými aspekty, kdy jedinec jídle snižuje pocit úzkosti. S poruchou se setkáváme u obou pohlaví, i když častější je výskyt u žen, z hlediska věku se vyskytuje spíše v dospělosti, ne v období dospívání.

Klasickým příznakem je střídání záchvatu přejídání a následného dodržování přísné diety nebo hladovky a k těmto extrémům může docházet i během jednoho dne. Nepravidelnou stravou trpí mnoho lidí v běžném životě. Tato porucha se odlišuje tím, že nemocný není schopen přestat jít, pokud zkonzumuje běžnou porci. Uklidní se až po delší době, během které konzumoval velké množství jídla, často kaloricky vydatného. Jí tak dlouho, dokud nemá pocit, že se „do něj již nic nevejde“, tedy kdy již není schopen pozřít další sousto. U rozvinuté poruchy jejich BMI svědčí pro obezitu, je tedy 30 a více. Zde totiž není za přejídáním pocit hladu, ale právě zmírnění vnitřního neklidu. Neklid může být způsoben nepříjemným, ale i příjemným prožitkem.

Takto postižení jedinci se často za množství sněženého jídla stydí, proto si kupují jídlo tajně, cítí se zahanbeně, pokud je někdo při nadměrné konzumaci vidí, něco jedí téměř neustále, opakovaně hovoří o tom, jak dodržují dietu, ale přesto nehubnou.

Poruch souvisejících s potravou se vyskytuje více. Výše uvedené jsou ty nejčastěji se vyskytující a ohrožující i dospívající.

OTÁZKY

1. Pro kterou poruchu je charakteristické přejídání do té míry, že už jedinec nedokáže polknout další sousto?

   a) Mentální bulimie

   b) Záchvatovité přejídání

   c) Mentální anorexie

2. Jaká hodnota hmotnosti je charakteristická pro mentální bulimii?

a) Hodnota BMI 17,5 a méně

b) Normální hodnota BMI

c) Hodnota BMI 30 a více

3. Může končit mentální anorexie smrtí?

a) Ano

b) Ne

SHRNUTÍ KAPITOLY

Tato kapitola ve stručnosti popsala nejčastěji se vyskytující poruchy příjmu potravy. Byly zde popsány základní informace o mentální anorexii, mentální bulimii a záchvatovitém přejídání, včetně nejvýraznějších příznaků, které může okolí nemocných zachytit.

ODPOVĚDI

1 b, 2 b, 3 a.

DALŠÍ ZDROJE

HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER. J. a kol.. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

PETR, T., MARKOVÁ, E. A KOL. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.

RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., JANOTOVÁ, D. Psychiatrie. *Minimum pro praxi.* 5. vydání. Praha: Triton, s.r.o., 2012. 240 s. ISBN: 978-80-7387-582-4.

7 NEORGANICKÉ PORUCHY SPÁNKU

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Tato poměrně obsáhlá kapitola je věnována neorganickým poruchám spánku. Budeme se zde zabývat konkrétně neorganickou nespavostí, neorganickou hypersomnií, neorganickou poruchou rytmu spánek-bdění a dále somnambulismem, spánkovými děsy a nočními můrami.

CÍLE KAPITOLY

Cílem této kapitoly je představit jednotlivé poruchy tak, aby student:

- Získal základní znalosti o rozdělení neorganických poruch spánku
- Byl schopen rozpoznat příznaky neorganických poruch spánku
- Uměl zaujmout správný přístup k osobám s neorganickými poruchami spánku

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

2 hodiny

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Spánek, neorganická porucha, pacient, dyssomnie, parasomnie

Spánek je definován jako opakovaně se vyskytující stav organismu, charakterizovaný sníženou pohybovou aktivitou a omezenou reaktivitou na podněty zvenčí. Jde o poměrně složitý děj daný součinností několika oblastí mozku. Je okamžitě vratným dějem, na podnět je možné spícího jedince probudit, čímž se odlišuje od kómatu.

Poruchy spánku jsou poměrně časté a rozšířené. Odhaduje se, že ve vyspělých zemích trpí poruchou spánku v průběhu svého života více, než třetina obyvatel. Poruchy spánku

mají značný dopad na kvalitu života. Působí následné narušení kognitivních funkcí, snižují psychickou i fyzickou výkonnost. Jejich důsledkem je i častější výskyt tělesných i psychických obtíží (např. bolesti hlavy, špatnou náladu ale i kardiovaskulární poruchy). Postižení bývají častěji a déle v pracovní neschopnosti a častěji vyhledávají lékařskou péči. U jedinců s poruchami spánku jsou častější úrazy a dopravní nehody (např. mikrospánek u řidičů).

Potřeba spánku je u jednotlivých lidí velmi variabilní a výrazně závisí i na věku. U dospělého člověka se udává v průměru potřeba spánku kolem 8 hodin denně, u dětí je větší, ve stáří klesá. Existují ale i tzv. krátkodobí spáči, kteří potřebují méně než 6 hodin spánku za den a i přes tuto krátkou dobu netrpí žádnými obtížemi. Oproti tomu dlouhodobí spáči potřebují více, tedy nad 9 hodin spánku denně.

Poruchy spánku jsou častým příznakem různých duševních poruch, například deprese, demence nebo schizofrenie. U pacientů, které sledujeme pro duševní poruchu, může být rozvoj poruchy spánku časným varovným příznakem dekompenzace základního onemocnění.

Poruchy spánku můžeme podle převažujících příznaků rozdělit na ***dyssomnie*** (neorganická nespavost, neorganická hypersomnie, neorganická porucha rytmu spánek-bdění) a ***parasomnie*** (somnambulismus, spánkové děsy, noční můry).

7.1 Dissomnie

Jak bylo uvedeno v předcházejícím textu, do této kategorie poruch patří neorganická nespavost, neorganická hypersomnie a neorganická porucha rytmu spánek-bdění.

Neorganická nespavost (insomnie)

Pro tuto poruchu je charakteristický nekvalitní a neosvěžující noční spánek s jistou nepohodou v průběhu dne v trvání alespoň jednoho měsíce s výskytem minimálně třikrát týdně. Z hlediska výskytu touto poruchou může trpět v ČR až 40 % obyvatel, častěji ženy.

Častou příčinou této duševní poruchy je klasicky stres, významně záleží také na osobnosti pacienta a jeho adaptačních schopnostech. Vliv může mít ale i špatná spánková hygiena, např. konzumace kávy, kouření, tělesné a duševní napětí před spaním, nepravidel-

nost v uléhání a vstávání, spaní přes den, práce před spánkem, sledování televize v posteli a další.

Pro poruchu je charakteristický nedostatečně dlouhý, nekvalitní a neosvěžující spánek, nejméně třikrát týdně po dobu jednoho měsíce, což zhoršuje jeho denní fungování.

Insomnie se vyskytuje ve třech typech:

- ***Časná*** – spánek je narušen ve fázi usínání (neschopnost usnout)
- ***Střední*** - časté probouzení průběhu spánku
- ***Pozdní*** - dochází k časnému rannímu probouzení.

Během dne pak postiženého trápí únava, nesoustředivost, špatná nálada, úzkost či bolest hlavy. Při trvání poruchy nad 1 měsíc hovoříme o chronickém průběhu.

Diagnostika poruchy se provádí na základě podrobných anamnestických údajů, významným zdrojem informací je spánkový deník nemocného a u závažnějších stavů se provádí polysomnografické vyšetření ve spánkové laboratoři (EEG, EKG, svalová aktivita, dechový rytmus, krevní tlak) během noci.

Základem *terapie* je odstranit příčinu nespavosti, následně většinou dojde k úpravě poruchy. Příčina nemusí souviset s psychickým stavem (bolest, svědění kůže), může být ale následkem jiné duševní poruchy (deprese, úzkost).

Z dalších opatření je nutno upravit spánkovou hygienu (omezit jídlo na noc, vyloučit večerní alkohol a kofein, ukládat se ke spánku v pravidelnou dobu, vyloučit větší tělesnou či duševní zátěž před spaním, upravit prostředí ke spaní – teplota místnosti, hluk, světlo).

V případě časné insomnie je vhodnější vstát z lůžka a věnovat se jiné nenáročné aktivitě (čtení, vypít sklenici mléka apod.), znovu ulehnout po nějaké době. Nevhodné je naopak za každou cenu setrvávat v lůžku a trápit se tím, že nemohu usnout, narůstající tenze či obavy z nespavosti obvykle problém s usínáním dále zhoršují

V léčbě se využívá psychoterapie (relaxační techniky), je možno podávat léky na spaní – hypnotika (maximálně 2 týdny, jsou návyková). V případě dlouhodobých potíží se podávají některé z antidepresiv, která návyková nejsou.

Neorganická hypersomnie

Synonymem pro neorganickou hypersomnii je nadměrná spavost. Touto poruchou může trpět 15 až 20 % populace. Údaje jsou nepřesné, neboť postižení ne vždy vyhledají lékaře. Okolím jsou často považováni za lenochy a nadměrnou potřebu spánku nepovažují za chorobu. Jedná se o nadměrnou spavost, kterou nelze vysvětlit spánkovým deficitem z minulých dní, nebo jako prodloužený přechod ze spánku do plné bdělosti při probouzení. Nemocní spí mnoho hodin v noci a běžný je i denní spánek po monotónní činnosti bez předchozí únavy.

Příčiny nejsou známy.

Aby poruchy splňovala diagnostická kritéria, musí se příznaky vyskytovat téměř denně po dobu nejméně jednoho měsíce a způsobovat pacientovi zřetelné obtíže. Musí se vyloučit nadměrná spavost z jiné příčiny, např. jako následek po užití stimulancií.

Onemocnění začíná nejčastěji v dospívání, zpočátku progreduje, poté se stabilizuje či ustupuje.

Terapie spočívá v kombinaci fakmakoterapie (antidepresiva, psychostimulancia) a psychoterapie

Neorganická porucha rytmu spánek – bdění

Jde o poruchu charakteristickou tím, že potřeba spánku nebo bdění je v jiné době, než je akceptováno jako norma. Syndrom zpožděné fáze znamená časový posun usínání minimálně o dvě hodiny v porovnání s normou, během následujícího dne je pak patrna únava a ospalost. Syndrom předsunuté fáze znamená posun začátku spánku do odpoledních nebo časně večerních hodin, minimálně o dvě hodiny, jedinec se pak probouzí brzy ráno. Zpožděná fáze spánku je přítomna u 7 – 16 % dospívajících, v dospělosti poté klesá. Předsunutá fáze spánku bývá u 1 % dospělých, s věkem dále narůstá

To s sebou přináší pro nemocného často potíže v sociální a pracovní sféře. Aby se jednalo o poruchu, musí potíže trvat minimálně jeden měsíc.

Příčina může být spojená s prací na směny, cestování na velkou vzdálenost nebo genetickou dispozicí.

Z hlediska vývoje v čase se syndrom zpožděné fáze nejčastěji vyskytuje v adolescenci, poté většinou ustupuje. Syndrom předsunuté fáze je považován za příznak normálního stárnutí.

Terapie spočívá ve vytvoření pravidelného časového schématu spánku a bdění. Dále se využívá fototerapie u zpožděné fáze v ranní době a u předsunuté fáze večer. Z farmak je využíván melatonin k navození spánku v době, která je vhodná.

Porucha spojená s cestováním se jmenuje Jet Lag Je spojená s posunem časových pásem. Cesty na západ jsou lépe tolerovány než cesty na východ. Intenzita syndromu je věkově vázána, přechod časových pásem lépe tolerují mladí lidé. Potíže přetrvávají ve většině případů maximálně jeden týden.

Směnný provoz - až polovina pracovníků směnného provozu trpí poruchou spánku a bdění. Hůře tento provoz snášejí jedinci s vyšší potřebou spánku a ranní typ (typ skřivan). Tedy lidé, kteří ráno fyziologicky vstávají brzy. Naopak večerní typ (typ sovy) snáší práci v tomto provoze lépe. V postupujícím věkem adaptabilita na změněný spánkový cyklus klesá. Porucha se upravuje během dvou až tří dnů.

7.2 Parasomnie

Do této kategorie poruch patří poruchy somnambulismus, spánkové děsy a noční můry

Somnambulismus

Český výraz pro tuto poruchu je náměsíčnost.

Výskyt této poruchy není přesně zmapován, předpokládá se přítomnost u 5 – 30 % dětí a 2 – 5 % dospělých. Děti postihuje nejvíce v období 4 - 8 let.

Za příčinu jsou považovány genetické faktory, spánková deprivace, situační stres a u dospělých nadměrné užívání alkoholu

Mezi základní příznaky patří chůze ve spánku, dezorientace, obtížná probuditelnost, někdy komplexní úkony, např. vaření nebo oblékání. Při snaze náměsíčného probudit se může objevit zmatenost a agrese. Tyto projevy se vyskytují většinou v první třetině noci.

Pokud stav vznikne v dětství, během dospívání odeznívá, pokud přetrvává i v dospělosti, stává se chronickým.

Léčba se zaměřuje na zajištění prevence poranění, dodržování pravidelného spánkového rytmu, odstraňování možných spouštěčů (alkohol a kofein před spaním, sledování detektivek nebo hororů). Z farmak je možno podat například některé z benzodiazepinů nebo antidepresiv.

Spánkové děsy

Další z poruch jsou spánkové děsy (možno i noční děsy, pavor nocturnus). Pro poruchu je charakteristické náhlé probuzení z hlubokého spánku s výrazným emočním neklidem. Objevuje se v prvních hodinách po usnutí. Onemocnění se vyskytuje hlavně u dětí, nejčastěji mezi 4. – 6. rokem. Výskyt se odhaduje na 3 % (v dospělosti kolem 1 %). Častá je kombinace této poruchy se somnambulizmem. Příčinou může být stres, tělená nebo duševní porucha nebo spánková deprivace.

Mezi projevy patří náhle posazení na posteli, vyděšený výraz, křik, jedinec je zpocený, má zrychlený tep i dech. Je dezorientovaný a obtížně probudeitelný.

Noční můry

Jde o hrůzostrašný živý sen s jasnou vzpomínkou na něj vyvolávající až panický strach. Pravidelně se vyskytují až u 10 % dětí a 5 % dospělých, u dospělých bývají častější u žen a dívek a u jedinců se sklony k umění a ke tvůrčí činnosti.

Příčinou je genetická dispozice, některé osobnostní rysy (úzkostnost), psychotrauma či návykové látky, tělesné nebo jiné psychické onemocnění

Porucha se projevuje živými, děsivými sny, které vedou k plnému probuzení, vzpomínka na sen je zachována. Jedinec má obavu znovu usnout a často má obavy usnout i v dalších dnech. Porucha se vyskytuje během poslední třetiny spánku.

Léčba spočívá v psychoterapii a ve snížení léků, které poškozují REM fázi spánku, pokud je nemocný užívá.

OTÁZKY

1. Jako opakovaně se vyskytující stav organismu, charakterizovaný sníženou pohybovou aktivitou a omezenou reaktivitou na podněty zvenčí je charakterizován:

   a) Spánkový děs,

   b) Somnambulismus

   c) Spánek

2. Jak dlouho se musí vyskytovat problémy se spánkem, pokud hovoříme o chronické poruše:

   a) 1 týden

   b) 1 měsíc

   c) 1 rok

3. Patří nadměrná spavost mezi parasomnie?

   a) Ano

   b) Ne

   c) Někdy

SHRNUTÍ KAPITOLY

Tato kapitola byla věnována okruhu nejzávažnějších duševních poruch, psychózám. Poskytla základní informace o schizofrenii a ve zkratce o dalších nejčastěji se vyskytujících chorobách tohoto okruhu.

ODPOVĚDI

1 c, 2 b, 3 b.

DALŠÍ ZDROJE

HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER. J. a kol.. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

PETR, T., MARKOVÁ, E. A KOL. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.

RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., JANOTOVÁ, D. Psychiatrie. *Minimum pro praxi.* 5. vydání. Praha: Triton, s.r.o., 2012. 240 s. ISBN: 978-80-7387-582-4.

8 SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Následující kapitola se zabývá okruhem poruch sexuálních dysfunkcí. Obsahem jsou konkrétně témata nedostatek sexuální touhy, odpor k sexualitě, nedostatečné prožívání sexuální slasti, selhání genitální odpovědi, dysfunkční orgasmus, předčasná ejakulace, neorganický vaginismus a dyspareunie a nedostatek sexuální touhy.

CÍLE KAPITOLY

Cílem této kapitoly je představit sexuální dysfunkce tak, aby student:

- Získal základní znalosti o rozdělení sexuálních dysfunkcí
- Byl schopen rozpoznat příznaky sexuálních dysfunkcí
- Uměl zaujmout správný přístup k osobám se sexuální dysfunkcí

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

2 hodiny

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Sexuální dysfunkce, porucha, pacient, projev, léčba

Za sexuální dysfunkce se považují kvantitativní poruchy sexuálního výkonu.

Neorganické sexuální dysfunkce

Sexuální dysfunkce zahrnují nejrůznější poruchy, které způsobují, že jedinec není schopen se podílet na sexuálním vztahu tak, jak by si přál. Až jedna třetina žen trpí selháním genitální odpovědi, u mladých mužů to bývá do 10 % případů, se zvyšujícím se vě-

kem tento podíl u mužů roste. Celková prevalence dysfunkčního orgasmu je u žen 30 %. Předčasnou ejakulací může trpět až 30 % mužů

Příčinami těchto poruch mohou být *biologické faktory* (např. hormonální změny při stresu) nebo *intrapsychickými či vztahovými problémy*, případně *kombinací těchto vlivů*.

Sexuální funkce bývají narušeny u celé řady *psychických chorob* (typicky např. u deprese), případně *vlivem léků,* z psychiatrických to mohou být například některá antidepresiva nebo anxiolytika, problémy mohou způsobit ale i léky na vysoký tlak (antihypertenziva.

Mezi základní projevy patří:

- Nedostatek sexuální touhy
- Odpor k sexualitě
- Nedostatečné prožívání sexuální slasti
- Selhání genitální odpovědi
- Dysfunkční orgasmus
- Předčasná ejakulace
- Neorganický vaginismus a dyspareunie
- Nedostatek sexuální touhy

Odpor k sexualitě – vyhlídka sexuálního kontaktu vede ke strachu nebo úzkosti, jedinec se mu vyhýbá, případný sex je spojen s negativními pocity, není prožitek uspokojení, nejedná se o úzkost ze sexuálního selhání

Nedostatečné prožívání sexuální slasti – genitální odezva při sexu není spojena s příjemnými pocity

Selhání genitální odpovědi – u muže vymizení erekce (impotence) při pokusu o soulož, případně erekce nedostatečná, u žen selhání vaginální lubrikace (zvlhčení)

Dysfunkční orgasmus – orgasmus se nevyskytne, nebo je zřetelně opožděn, toto může být jen s určitými partnery

Předčasná ejakulace – k ejakulaci dochází velmi brzy po začátku soulože (do 15 sekund), případně se ejakulace dostaví bez dostatečné erekce, toto není následek dlouhodobého chybění sexu

Neorganický vaginismus a dyspareunie – křeč svalů pánevního dna brání otevření pochvy, zavedení penisu je nemožné nebo bolestivé, generalizovaný strach při pokusu o sexuální kontakt (vaginismus), bolest v průběhu sexuálního styku bez přítomnosti lokální patologie (dyspareunie)

Léčba těchto poruch by měla probíhat v sexuologických, pro mnoho lidé je však problémem tuto odbornou pomoc vyhledat. Přitom zejména poruchy zapříčiněné psychologicky bývají dobře terapeuticky ovlivnitelné. Část poruch je ale možné pozitivně ovlivnit i léky. Buď nově ordinovanými nebo změnou stávající medikace.

OTÁZKY

1. Pokud není genitální odezva při sexu spojena s příjemnými pocity, hovoříme o:

   a) Selhání genitální odpovědi

   b) Nedostatečným prožíváním sexuální slasti

   c) Dysfunkčním orgasmem

2. Stav, kdy se orgasmus nevyskytne, nebo je zřetelně opožděn, což může být jen s určitými partnery, se označuje jako:

   a) Dysfunkční orgasmus

   b) Předčasná ejakulace

   c) Neorganický vaginismus

3. Které z uvedených skupin léků, nepůsobí sexuální dysfunkce?

a) Anxiolytika

b) Antihypertenziva

c) Antibiotika

SHRNUTÍ KAPITOLY

Tato kapitola byla věnována okruhu nejzávažnějších duševních poruch, psychózám. Poskytla základní informace o schizofrenii a ve zkratce o dalších nejčastěji se vyskytujících chorobách tohoto okruhu.

ODPOVĚDI

1 b, 2 a, 3 c

DALŠÍ ZDROJE

HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER. J. a kol.. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

HOSÁKOVÁ, J. HOSÁK, L. a kol. *Ošetřovatelská péče v psychiatrii*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik, 2018. 192 s. ISBN 978-80-7510-281-2.

582-4.

RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., JANOTOVÁ, D. Psychiatrie. *Minimum pro praxi*. 5. vydání. Praha: Triton, s.r.o., 2012. 240 s. ISBN: 978-80-7387-582-4.

9 PORUCHY OSOBNOSTI A CHOVÁNÍ U DOSPĚLÝCH

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Následuje poměrně obsáhlá kapitola věnována problematice poruch osobnosti a chování u dospělých. Tento okruh psychických chorob je poměrně obsáhlý, v tomto textu jsou zmíněny pouze některé z nich, konkrétně vybrané specifické poruchy osobnosti, návykové a impulzivní poruchy, poruchy pohlavní identity, poruchy sexuální preference a Münchhausenův syndrom.

CÍLE KAPITOLY

Cílem této kapitoly je představit jednotlivé typy poruch osobnosti a chování u dospělých tak, aby student:

- Získal základní znalosti o rozdělení poruch osobnosti a chování u dospělých
- Byl schopen rozpoznat příznaky jednotlivých poruch osobnosti a chování u dospělých
- Uměl zaujmout správný přístup k osobám s poruchou osobnosti a chování u dospělých

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

2 hodiny

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Osobnost, porucha, nemocný, diagnostika, léčba

Poruchy osobnosti se dříve označovaly jako psychopatie. Představují soubor trvalých povahových odchylek vytvářejících nevyváženou a nenormální osobnost, u níž jsou některé její složky příliš zdůrazněny a jiné potlačeny. Tato porucha poměrně negativně

ovlivňuje chování jedince a ztěžuje jeho zařazení do společnosti a vytváření mezilidských vztahů. První známky poruch lze zaznamenat již v dospívání, trvají po celý život, byť se ve středním věku a ve stáří se stávají méně výraznými. Nejde tedy o nemoci, ale jakési nestandardní nastavení osobnosti člověka.

9.1 Specifické poruchy osobnosti

Jde o skupinu psychických poruch spočívajících ve výrazném zvýraznění nebo utlumení určitých stránek a rysů osobnosti daného člověka a to do té míry, že se myšlení, prožívání a chování daného jedince stává maladaptivním a v rozporu s obecně uznávanými společenskými normami. Tito lidé bývají označováni jako podivíni.

Tyto poruchy se vyskytují v celkové populaci v širokém rozmezí 5 až 50 %, četnost výskytu je stejná u mužů i žen, to se ale liší v jednotlivých subtypech. Nejčastěji se vyskytují histriónská porucha osobnosti (zde ženy převažují nad muži) nebo smíšená porucha osobnosti

Za příčinu se považuje kombinace genetické dispozice a psychosociálních vlivů vnějšího prostředí.

Mezi *projevy* patří celkové dysharmonické uspořádání osobnosti, kdy některé její složky jsou vyvinuty nadměrně, jiné naopak nedostatečně, nejčastěji se postižení projeví v oblasti vyšší emotivity (ve vztahu k jiným lidem, společenským normám a pravidlům), oproti tomu intelekt nebývá postižen. V důsledku specifické poruchy osobnosti obvykle trpí jak postižený jedinec, tak jeho sociální okolí. Lidé se specifickou poruchou osobnosti jsou náchylní k psychotraumatizujícím sociálním konfliktům s následnými reaktivními duševními poruchami, také ke zneužívání návykových látek

K *příznakům* specifických poruch osobnosti nepatří příznaky psychotické (halucinace, bludy, stupor aj.), samozřejmě i člověk se specifickou poruchou osobnosti může onemocnět psychózou, ale tehdy se jedná o nově vzniklou komorbidní duševní poruchu, nikoliv vlastní projev poruchy osobnosti.

Mezi tyto poruchy patří:

- *Paranoidní porucha osobnosti*
- *Schizoidní porucha osobnosti*

- *Disociální porucha osobnosti*
- *Emočně nestabilní porucha osobnosti – impulzivní typ*
- *Emočně nestabilní porucha osobnosti – hraniční typ*
- *Histriónská porucha osobnosti*
- *Anankastická porucha osobnosti*
- *Anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti*
- *Závislá porucha osobnosti*
- *Narcistická porucha osobnosti*
- *Smíšená porucha osobnosti*

Paranoidní porucha osobnosti – charakteristická je nadměrná citlivost i vůči drobnému příkoří, tendence k trvalé zášti, odmítání odpustit urážky, podezíravost (nikoliv však bludná), sklon chybně interpretovat neutrální nebo přátelské akce druhých jako nepřátelské, bojovný a úporný smysl pro vlastní práva bez ohledu na práva ostatních, opakované neoprávněné podezírání druhých, zdůrazňování sebe sama, vztahování všeho ke své osobě, soustavné konspirační vysvětlování událostí.

Schizoidní porucha osobnosti – u jedince je snížená aktivita, emoční chlad, odstup, snížená schopnost vyjádřit vřelé city nebo zlobu vůči ostatním, lhostejnost ke chvále či kritice, malý zájem o sex, samotářské aktivity, nadměrné fantazie a introspekce, nedostatek blízkých přátel a důvěrných vztahů a touhy je vytvářet, necitlivost pro společenské normy a konvence.

Disociální porucha osobnosti – základními projevy jsou nezájem o city a osudy druhých, neotřesitelná a trvalá nezodpovědnost, bezohlednost, ignorování společenských norem včetně zákonů, neschopnost udržet trvalé vztahy při zachované schopnosti vztahy vytvářet, nízká tolerance k frustraci, nízký práh pro uvolnění agrese, násilnictví, neschopnost prožít pocity viny, poučit se z trestu, tendence ke svádění viny na jiné, racionalizace svého jednání, stálé konflikty se společností, opakované pobyty ve vězení

Emočně nestabilní porucha osobnosti – impulzivní typ – typickým rysem je emoční nestálost, nedostatečná kontrola impulzivity, výbuchy násilí při drobných podnětech z okolí nebo kritice, impulzivní špatně kontrolovaná agresivita

Emočně nestabilní porucha osobnosti – hraniční typ – charakteristická je emoční nestálost, narušení představ o sobě samém, svých hodnotách a cílích, chronické pocity prázdnoty, neschopnost vycházet s jinými lidmi, intenzivní a nestálé mezilidské vztahy, sexuální přelétavost, opakované emoční krize, opakovaná parasuicidia, celý život je jedna velká krize, tendence manipulovat svým okolím, zneužívání návykových látek

Histriónská porucha osobnosti – u jedince je patrná sebedramatizace, teatrálnost, přehnané zevní emoční projevy, ve skutečnosti však sobectví a bezohlednost vůči druhým, zvýšená sugestibilita, mělká a labilní emotivita, trvalé vyhledávání vzrušení, potřeba být stále středem pozornosti, nepatřičná svůdnost ve zjevu i chování, manipulace sociálním okolím

Anankastická porucha osobnosti – klasické jsou nadměrné pochyby a opatrnost, nadměrné zabývání se detaily, pravidly, organizací a plány, perfekcionismus na úkor splnění úkolu, nadměrná svědomitost, puntičkářství, rigidita v myšlení i jednání, nerozumné požadavky na druhé, aby se přizpůsobili, projevy zejména na pracovišti a v domácnosti

Anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti – převládají trvalé pocity napětí a obav, přesvědčení o vlastní sociální nešikovnosti, nedostatku přitažlivosti, méněcennosti (nikoliv bludné!), nadměrné obavy z kritiky a selhávání v sociálních situacích, omezení ve styku s lidmi a životním stylu, strach z odmítnutí ostatními

Závislá porucha osobnosti – silná potřeba jedince, aby ostatní přebírali odpovědnost za důležitá rozhodnutí postižené/ho, podřizování vlastních potřeb jiným osobám, vztah závislosti k ostatním lidem, neochota vznášet byť rozumné požadavky, obavy z neschopnosti starat se sám o sebe, obavy z opuštění blízkými, omezení schopnosti činit vlastní rozhodnutí při zachovaném intelektu, potřeba rad a ujišťování od ostatních, vnímání sebe sama jako nekompetentního

Narcistická porucha osobnosti – je to potřeba neustálého obdivu a pozornosti ze strany okolí, velikášské představy o vlastních schopnostech (nikoliv bludné!), nedostatek empatie, bezohlednost vůči druhým, zvýšená sexuální apetence jako kompenzace nedostatku vřelých citů, představy o vlastní nadřazenosti, využívání jiných osob k dosažení vlastních cílů, závist úspěchů ostatním, arogance, zpupné chování, stereotypní odmítání názorů ostatních, stálé poučování ostatních, přehlížení vlastních chyb, neschopnost spolupracovat, nesnášenlivost kritiky

Smíšená porucha osobnosti - kombinují se rysy výše uvedených poruch (např. disociální + impulzivní, anxiózní + závislá).

Pro *diagnostiku* je mimo standardního psychiatrického vyšetření i psychologické vyšetření osobnosti. Abnormní projevy mohou být přítomny již v dětství, kdy se osobnost teprve vyvíjí, například v podobě agresivity, útěků z domova, lhavosti, krádeží nebo nutkavého jednání. Specifické poruchy osobnosti jsou od období dospívání již celoživotní a relativně stálé, nejsou omezeny na jednotlivé epizody, nemají klasický průběh nemoci.

Období tzv. kompenzace poruchy, kdy se postižený člověk nemusí projevovat nápadně, se střídají s obdobími tzv. dekompenzace, kdy vlivem zevního stresu se pouze kvantitativně zvýrazní ty povahové rysy, které byly přítomny již dříve.

Ve stáří někteří jedinci dokáží vlivem celoživotních zkušeností své sociopatické projevy více ovládat, jindy naopak dochází ke zhoršení příznaků vlivem organického postižení mozku.

V současnosti není známa žádná *léčba,* která by zásadním způsobem specifickou poruchu osobnosti odstranila, realistickým cílem terapie je spíše mírnění nejvýraznějších projevů. Některé jsou do určité míry ovlivnitelně léky. Z psychoterapeutických postupů se nejvíce uplatňují kognitivně behaviorální terapie a dynamická skupinová psychoterapie

9.2 Návykové a impulzívní poruchy

Tyto poruchy sdílejí ***tři základní charakteristiky***:

1) neschopnost odolat impulzu nebo pokušení udělat něco, co je považováno za nebezpečné
2) postižený si uvědomuje narůstající napětí před provedením činu
3) postižený prožije stav vzrušení nebo uspokojení ve chvíli, kdy provádí impulzivní čin. Pocit uvolnění může být vnímán bezprostředně po činu příjemně, ale mohou po něm následovat i výčitky nebo lítost.

Výskyt těchto poruch v populaci nepřevyšuje 1 procento. Příčina není známa.

Do těchto poruch se řadí:

- *patologické hráčství*

- *pyrománie*
- *kleptománie*

Patologické hráčství (gamblink) – časté a opakované epizody impulzivního hráčství na úkor jiných zájmů a aktivit, komplexní životní problémy (zadlužení se, ztráta rodiny, zaměstnání, bydlení, trestná činnost, sebevražedné jednání), pokračování ve hraní přes jasný průkaz jeho škodlivosti, neschopnost sám přestat

Pyrománie (patologické zakládání požárů) – mnohočetné žhářství bez zjevného motivu, trvalý zájem o předměty ve vztahu k ohni, silný zájem o pozorování ohně, napětí před zapálením ohně, intenzivní vzrušení a poté uvolnění po vzplanutí ohně

Kleptománie (patologické kradení) – opakované impulzivní krádeže předmětů, které člověk nepotřebuje, předměty jsou pak odkládány nebo ničeny, stoupající napětí před činem, uspokojení po krádeži

První příznaky se vyskytují již v dětství, během života se příznaky střídavě zlepšují a zhoršují, je tendence ke chronicitě.

K léčbě se využívají částečně léky, které mohou pomoci zmírnit některé příznaky, ale hlavní léčebnou složkou je psychoterapie.

9.3 Poruchy pohlavní identity

Sexuální či pohlavní identita nebo též identifikace má návaznost na sebepojetí člověka. Určuje, zda se jedinec považuje za muže či ženu (v tomto užším významu se častěji užívá termín pohlavní identita), případně heterosexuálního, homosexuálního či bisexuálního muže či ženu. Jde o příslušnost k sociosexuální roli. Biologické pohlaví nemusí vždy být v souladu se skutečnou sexuální orientací, stejně tak ani se sexuálním chováním.

Jejich výskyt v populaci je vzácný. Příčina není známa, předpokládá se prenatální vliv faktorů genetických a hormonálních (estrogeny, androgeny).

Do této kategorie se řadí:

- Transsexualismus

- Transvestitismus

Transsexualismus – je touha žít a být přijímán jako jedinec opačného pohlaví, nespokojenost s vlastním biologickým pohlavím, dožadování se hormonálních a chirurgických zákroků po dobu nejméně dvou let

Transvestitismus dvojí role – znamená převlékání se a přechodné nošení šatů opačného pohlaví, není přání trvalé změny pohlaví, převlékání není doprovázeno sexuálním vzrušením

Příznaky se projevují již v dětství nebo dospívání, vzácněji až v dospělosti, jsou celoživotní.

Z pohledu léčby se dá léčit pouze transssexualismus, kdy je vyžadováno nejméně dvouleté období, kdy jedinec zjevně žije v roli opačného pohlaví, dříve než se přistoupí k hormonální přípravě a k chirurgickému zákroku. U obou poruch se využívá psychoterapie, která je prospěšná může při sekundárních příznacích (pocity viny, deprese).

9.4 Poruchy sexuální preference

Tyto poruchy se projevují sexuálními pohnutkami, fantaziemi nebo praktikami, které jsou většinou neobvyklé, deviantní nebo bizarní. Častěji se vyskytují u mužů. Pacienti nejsou schopni kontrolovat své vnitřní puzení při opakovaném deviantním chování. Zhoršení bývá při stresu nebo úzkosti. I když se nemocný rozhodne, že s deviantním chováním skončí, obvykle toto rozhodnutí není schopen dlouhodobě dodržet. Poruchy jsou celoživotní.

I tyto poruchy se vyskytují v populaci vzácně. Příčina není známa, předpokládají se abnormity v oblasti spánkového laloku mozku či hormonálních hladin.

Tyto poruchy se dělí na:

- Fetišismus
- Fetišistický transvestitismus
- Exhibicionismus
- Exhibicionismu
- Voyerství

- Pedofilie
- Sadomasochismus
- Patologická sexuální agresivita
- Frotérství

Fetišismus – neživé předměty (obuv, šaty, prádlo, guma, kůže) vzbuzují sexuální vzrušení, mohou, ale nemusí mít vztah k sexuálnímu partnerovi, fetiš je nejdůležitějším zdrojem sexuálního vzrušení

Fetišistický transvestitismus – sexuálního vzrušení je dosahováno oblékáním do šatů opačného pohlaví, po dosažení orgasmu touha po převlékání opadá, není touha být jedincem opačného pohlaví

Exhibicionismus – tendence k obnažování genitálu na veřejnosti, toto je doprovázeno sexuálním vzrušením

Voyerství – trvalá tendence k pozorování sexuálního styku nebo jiné intimní činnosti jiných osob, toto jednání je nutkavé, kvantitativně přesahuje občasný takovýto zájem duševně zdravých lidí

Pedofilie – sexuální orientace na nezralé prepubertální jedince, může být hetero- i homosexuální

Sadomasochismus – sexuální vzrušení je vyvoláno agresí a hostilitou vůči jinému jedinci u sadistů, přijímáním takovýchto stimulací u masochistů

Patologická sexuální agresivita – znásilňování neznámých žen bez potřeby slovního či emočního kontaktu

Frotérství – vzrušování se tisknutím k jedincům opačného pohlaví v neosobních situacích, např. v tlačenici

Diagnostiku a léčbu zajišťují psychiatři a sexuologové.

V léčbě se používá individuální psychoterapie zaměřená behaviorálně, averzivní podmiňování. U společensky nebezpečných jedinců útlumová terapie hormony, neuroleptika), v těžkých případech kastrace nebo neurochirurgický zákrok na mozku.

9.5 Münchhausenův syndrom

Jde o záměrné vyvolávání nebo předstírání somatických nebo psychických symptomů (faktitivní porucha, předstíraná porucha).

Výskyt poruchy v populaci není zmapován, předpokládá se, že se může se jednat až o několik procent nemocných, přijímaných do nemocnic.

Stejně nejasné jsou příčiny poruchy, za významné se považuje citové odmítání či pohlavní zneužívání některým z rodičů v dětství.

Charakteristickým příznakem je opakované důsledné a věrohodné předstírání nebo vyvolávání příznaků duševní nebo tělesné choroby, která objektivně není přítomna, např. sebepoškozování, rozedírání si rány, přes opakované negativní nálezy jsou indikována další vyšetření, případně operace, motivace tohoto jednání je pro okolí nesrozumitelná, nejde např. o snahu dosáhnout invalidního důchodu.

Při diagnostice je nutné somatické vyšetření k vyloučení tělesné choroby. Psychiatrické vyšetření se doplňuje o psychologické vyšetření osobnosti.

Porucha začíná v dospělosti, průběh je chronický.

V ojedinělých případech může být ale obětí dítě, jehož matka opakovaně vyžaduje vyšetření dítěte, včetně bolestivých metod. Pro okolí může matka působit jako nesmírně pečlivá a starostlivá, může však jít o určitou formu týrání. Tehdy hovoříme o Münchhausenově syndromu by proxy.

Individuální psychoterapie může vést pacienta k získání náhledu na své jednání, farmakologie nemá významný vliv.

OTÁZKY

1. Snížená aktivita, emoční chlad, odstup, snížená schopnost vyjádřit vřelé city nebo zlobu vůči ostatním jsou příznaky charakteristické pro:

   a) Paranoidní poruchu osobnosti

   b) Schizoidní poruchu osobnosti

c) Emočně nestabilní poruchu osobnosti

2. Mezi které typy poruch patří patologické hráčství?:

   a) Specifické poruchy osobnosti

   b) Návykové a impulzivní poruchy

   c) Poruchy pohlavní identity

3. Znásilňování neznámých žen bez potřeby slovního či emočního kontaktu je charakteristické pro:

a) Patologickou sexuální agresivitu

b) Sadomasochismus

c) Münchhausenův syndrom

SHRNUTÍ KAPITOLY

Tato kapitola byla věnována okruhu nejzávažnějších duševních poruch, psychózám. Poskytla základní informace o schizofrenii a ve zkratce o dalších nejčastěji se vyskytujících chorobách tohoto okruhu.

ODPOVĚDI

1 b, 2 b, 3 a

DALŠÍ ZDROJE

HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER. J. a kol.. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., JANOTOVÁ, D. Psychiatrie. *Minimum pro praxi.* 5. vydání. Praha: Triton, s.r.o., 2012. 240 s. ISBN: 978-80-7387-582-4.

10 MENTÁLNÍ RETARDACE. PORUCHY PSYCHICKÉHO VÝVOJE

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

V této kapitole jsou shrnuty základní informace o mentálních retardacích a obsáhlém tématu poruch psychického vývoje. Je zde vysvětleno rozdělení jednotlivých stupňů mentální retardace na lehkou, středně těžkou, těžkou a hlubokou a dále rozdělení poruch psychického vývoje na specifické vývojové poruchy řeči a jazyka, specifické vývojové poruchy školních dovedností, specifické vývojové poruchy motorických funkcí a apervazivní vývojové poruchy.

CÍLE KAPITOLY

Cílem této kapitoly je představit jednotlivé typy mentálních retardací a poruch psychického vývoje tak, aby student:

- Získal základní znalosti o rozdělení mentálních retardací a poruch psychického vývoje
- Byl schopen rozpoznat příznaky jednotlivých mentálních retardací a poruch psychického vývoje
- Uměl zaujmout správný přístup k osobám s mentálních retardací a poruchou psychického vývoje

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

4 hodiny

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Mentální retardace, vývojová porucha, autismus, příznak, léčba

10.1 Mentální retardace

Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami. Vyskytuje se ve čtyřech stupních.

Stupeň mentální retardace se obvykle měří standardizovanými testy inteligence. Může to být ovšem nahrazeno škálami, které určují stupeň sociální adaptace v určitém prostředí. Taková měření škálami určují jen přibližně stupeň mentální retardace.

Výskyt v populaci je uváděna ve výši 1 až 5 %. Častější je výskyt u mužů. Přibližný podíl jednotlivých stupňů je lehká 80 %, středně těžká 12 %, těžká 7 %, hluboká 1 %.

Příčiny jsou multifaktoriální, jde o kombinaci genetických vlivů (změny na chromozomech) a faktorů zevního prostředí (např. choroba matky, radiace, průmyslové škodliviny, alkohol). Významný je i vliv faktorů sociálního prostředí – nedostatečná senzorická stimulace v období časného vývoje, citová a sociokulturní deprivace.

Mentální retardace je stav, kdy nebyl dostatečně rozvinut intelekt, dále jsou narušeny poznávací, řečové a pohybové schopnosti, tento jedinec má sníženou schopnost přizpůsobit se denním požadavkům běžného sociálního prostředí.

Intelekt je funkce komplexní, skládá se z celé řady jednotlivých schopností a dovedností, podstatné je rovněž jejich skloubení, postižení bývá často nerovnoměrné, hodnota IQ představuje hrubé zjednodušení celé problematiky. IQ u dítěte se počítá dle vzorce 100x mentální věk/skutečný věk. IQ u dospělého se hodnotí na základě srovnání jeho výkonu v inteligenčním testu se statisticky zjištěným průměrným výkonem dané dospělé populace s ohledem na věk, pohlaví a vzdělání

Průměrné IQ se pohybuje v rozmezí 90 až 109 bodů. O rozvinutém intelektu lze hovořit ve dvou letech věku dítěte, pokud se porucha intelektu rozvine až poté, nejedná se o mentální retardaci, ale o demenci.

Mentálně retardovaní jedinci jsou vystaveni zvýšenému riziku zneužívání – sexuálního, ekonomického či právního (tzv. bílí koně).

U závažnějších forem mentální retardace může být také přítomna další psychická nebo tělesná choroba (například dětský autismus, epilepsie, obrna, vrozené tělesné malformace – srdeční choroby, mikrocefalie, katarakta, slepota, hluchota).

Níže jsou popsány nejtypičtější klinické projevy, individuální případy však mohou být odlišné.

Lehká mentální retardace

U tohoto typu poruchy se IQ se pohybuje v pásmu 50 – 69 bodů.

Postiženo je abstraktní myšlení (logické operace, chápání obecných pojmů aj.), také schopnost číst a psát. Na rozdíl od demence je mechanická paměť zachována, někdy může být i nadprůměrná a kompenzuje nedostatečně rozvinutý intelekt. Postiženi jedinci jsou schopni používat řeč v každodenním životě, i když si mluvu osvojí opožděně. Děti jsou dobře vychovatelné (jídlo, mytí, oblékání, základní hygienické úkony).

Bývá selhávání ve škole, tito jedinci jsou přeřazováni do tzv. speciálních škol. Nemocní jsou schopni se vyučit v jednoduchém manuálním oboru, dále vykonávat placené zaměstnání.

Je zachována schopnost založit rodinu a dále o ni pečovat. Pacienti nejsou na první pohled ve společnosti nápadní.

Středně těžká mentální retardace

Zde se IQ se pohybuje v pásmu 35 – 49 bodů.

Myšlení je těžce narušeno, není schopnost číst a psát. Úroveň řeči je variabilní, někdy je možná jednoduchá konverzace, jindy nikoliv. Tito jedinci jsou v omezené míře vychovatelní (jídlo, mytí, oblékání, základní hygienické úkony).

Postižení nejsou schopni vzdělávání ani ve speciální (zvláštní) škole. Tito lidé nejsou schopni se vyučit ani vykonávat placené zaměstnání. Není zachována schopnost založit rodinu a dále o ni pečovat. Pacient již není schopen samostatného života, potřebuje stálý dohled

Tito lidé jsou na první pohled ve společnosti nápadní – špatně artikulovanou řečí, neobratností, případně tělesnými abnormitami, primitivními projevy.

Těžká mentální retardace

IQ se pohybuje v pásmu 20 – 34 bodů

Myšlení je na bazální úrovni. Tito jedinci nejsou schopni artikulované řeči. Nejsou vychovatelní ani vzdělavatelní.

Není zachována schopnost založit rodinu a dále o ni pečovat. Pacient není schopen samostatného života, obvykle bývá umístěn v ústavu sociální péče.

Postižení jsou na první pohled ve společnosti nápadní svým abnormním zjevem a vystupováním, bývají přítomny poruchy motoriky nebo jiné přidružené tělesné defekty

Hluboká mentální retardace

IQ je nižší než 20 bodů.

Stav je ještě více vystupňován oproti těžké mentální retardaci. Jedinci nejsou schopni porozumět požadavkům nebo instrukcím, jsou obvykle imobilní a inkontinentní, většinou pouze leží, vyžadují komplexní ošetřovatelskou péči včetně krmení.

Obvykle bývají umístěni v ústavech sociální péče nebo psychiatrických léčebnách. Často bývá přítomno také postižení zraku a sluchu, také poruchy motoriky a další závažné tělesné defekty.

Diagnostika využívá psychiatrické vyšetření, dále se provádí genetická a metabolická vyšetření, pokud je přítomna některá z výše uvedených příčin. Probíhá sledování psychomotorických projevů dítěte (reflexy, smysly, pohyby, zručnost), provádí se rozbor kresby a písma dítěte. Pokud dítě dochází do školy, je důležitá školní anamnéza. Nedílnou součástí je psychologické vyšetření – testy inteligence. V případě potřeby se provádí zobrazovací metody mozku (CT, MRI).

V naprosté většině případů jde o stav ireverzibilní a celoživotní. Ojediněle určitá opatření mohou zabránit další progresi stavu (léčba meningitidy, fenylketonurie aj.). Výchova a

rehabilitace IQ nezvýší, přispějí však k lepší sociální adaptaci postiženého. Není známá žádná terapie, která by zvýšila IQ postiženého jedince.

Ponechání postiženého dítěte v rodině zabrání citové deprivaci. Zevní projevy mohou být zmírněny pomocí prvků kognitivně-behaviorální terapie, vhodný je nácvik komunikačních dovedností. Nutné jsou specifické pedagogické postupy u vzdělavatelných dětí. Vhodná je integrace postižené osoby do společnosti (denní stacionáře, chráněné bydlení, chráněné dílny)

V určitých případech je možno aplikovat antipsychotika nebo thymoprofylaktika k ovlivnění nežádoucího chování.

Umístění do ústavu sociální péče nebo psychiatrické nemocnice bývá indikováno při výskytu nějaké formy agresivity, také při závažné neschopnosti péče o své základní biologické potřeby.

10.2 Poruchy psychického vývoje

Do tohoto okruhu poruch se řadí Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka, Specifické vývojové poruchy školních dovedností, specifické vývojové poruchy motorických funkcí a Pervazivní vývojové poruchy.

10.2.1 Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka

Jedná se o poruchy, u nichž je od raných stádií vývoje narušen normální způsob osvojování řeči. Patří sem specifická porucha artikulace řeči, expresivní porucha řeči, receptivní porucha řeči a velmi vzácná získaná afázie s epilepsií (Landau-Kleffnerův syndrom, LKS).

Vývojové komunikační problémy jsou pozorovány u 3 – 7 % dětské populace. Jsou běžnější u chlapců.

Předpokládá se genetická etiologie i vliv negenetických faktorů, např. se uvádí, že riziko je zvýšeno u nejmladších dětí ve velkých rodinách.

Patří zde následující poruchy:

- Specifická porucha artikulace řeči
- Expresivní porucha řeči
- Receptivní porucha řeči
- Získaná afázie s epilepsií

Specifická porucha artikulace řeči – je to porucha výslovnosti, způsobující komunikační potíže. Bývá někdy označována jako dyslalie.

Expresivní porucha řeči – jde o schopnost dítěte vyjadřovat se řečí je zřetelně pod úrovní odpovídající jeho mentálnímu věku, ale chápání řeči je v mezích normy. O poruše bychom měli uvažovat, když dítě kolem 2 roků věku neumí jednotlivá slova a kolem 3 let neumí vytvořit věty o dvou slovech. Pozdější potíže zahrnují omezenou slovní zásobu, přehnané užívání malého souboru běžných slov, nesnáze při volbě vhodných slov, stručné vyjadřování, nezralou skladbu vět, chyby ve větné skladbě (zvláště vynechávání koncovek slov nebo předpon), nesprávné užívání nebo neužívání mluvnických tvarů jako jsou předložky, zájmena, časování apod. Pro poruchu se také používá pojem vývojová dysfázie.

Receptivní porucha řeči **- c**hápání řeči je u dítěte pod úrovní jeho mentálního věku. Téměř ve všech případech je také zřetelně postižena expresivní řeč a obvykle se vyskytují abnormality při tvoření mluveného slova. O poruše bychom měli uvažovat, když dítě není schopno reagovat na běžná slova kolem prvních narozenin, určit alespoň několik běžných předmětů kolem 18 měsíců věku nebo porozumět jednoduchým, běžným instrukcím kolem 2 let. Pozdější obtíže zahrnují neschopnost chápat gramatické struktury a jemnější aspekty řeči (tón hlasu, pohyby při řeči apod.).

Získaná afázie s epilepsií (Landau-Kleffnerův syndrom; LKS) - dítě, které dříve dělalo normální pokroky při rozvoji řeči, ztrácí typicky mezi 3.-7. rokem života schopnost receptivní i expresivní řeči, ale všeobecná inteligence zůstává na stejné úrovni. Začátek poruchy je doprovázen ve většině případů epileptickými záchvaty.

Ke stanovení vývojové poruchy řeči a jazyka je třeba psychologickým vyšetřením změřit inteligenci (IQ) dítěte, která by neměla být pod hranicí pro lehkou mentální retardaci (IQ

nižší, než 70). Specifická diagnostika se provádí standardizovanými testy pro danou poruchu. Součástí komplexního vyšetření je foniatrické vyšetření. U LKS provádíme diagnosticky elektroencefalografické (EEG) vyšetření.

Průběh i prognóza jsou velmi variabilní. Horší prognózu má receptivní porucha řeči. U LKS u třetiny dětí dojde k plnému vyléčení, u většiny pacientů však přetrvává různě vyjádřený deficit řeči, někteří zůstanou němí.

U specifické poruchy artikulace řeči, expresivní poruchy řeči a receptivní poruchy řeči je těžiště léčby v rukách foniatra, logopeda a dětského psychologa, v případě souběžných psychiatrických diagnóz také dětského psychiatra. Terapeuticky dominují nácvikové a rehabilitační techniky. LKS je primárně v péči dětského neurologa. Antiepileptika pomáhají v kontrole záchvatů, ale nevedou ke zlepšení komunikace.

10.2.2 SPECIFICKÉ VÝVOJOVÉ PORUCHY ŠKOLNÍCH DOVEDNOSTÍ

Jedná se o poruchy, kde je postiženo normální osvojování dovedností od raných vývojových stádií. Výkon dítěte ve čtení/psaní/počítání je významně pod očekávanou úrovní všeobecné inteligence a zařazení ve škole pro daný věk.

Patří sem Specifická porucha čtení (dříve „dyslexie“), Specifická porucha psaní (dříve „dysgrafie“), Specifická porucha počítání (dříve dyskalkulie“) a Smíšená porucha školních dovedností.

Specifické poruchy školních dovedností postihují 5 – 6 % školních dětí, postižení je častější u chlapců v poměru k dívkám 3-5:1.

Příčina není známá, ale předpokládá se neurobiologický základ, zejména atypičnost ve vývoji dozrávání mozku a funkce. Atypický vývoj je zřejmě založen na převážně genetickém základě. Roli hrají i faktory prostředí, jako jsou nízký socioekonomický status rodiny nebo nedostatek příležitostí ke vzdělání.

Specifická porucha čtení

Vyskytují se zejména chyby při čtení nahlas (vynechávání, nahrazování, překrucování nebo přidávání slov nebo části slov, pomalé čtení, chybné začátky, dlouhé pomlky, „ztráta místa“ v textu, nepřesné slovní obraty, převracení slov ve větách nebo písmen ve slo-

vech). Nedostatečné chápání čteného textu se projeví např. neschopností vzpomenout si na čtená fakta a neschopností učinit závěry ze čteného materiálu.

Specifická porucha psaní

Klasicky se objevují chyby v pravopise, interpunkci a vynechávání písmen, rukopis je neuspořádaný, kostrbatý, někdy nápadně nepěkný. Výkon ve psaní je nápadně pomalý a s nároky školy na rychlost stoupá chybovost.

Specifická porucha počítání

Obvykle se týká základních aritmetických úkonů, jako jsou sčítání, odečítání, násobení a dělení, ovšem zahrnuje také složitější úkoly, jako je správné umístění desetinné čárky, pochopení matematických pojmů a symbolů. Špatný výkon v matematice často kontrastuje s vynikajícími výsledky v jazykových nebo naukových předmětech (dějepis, zeměpis, přírodopis).

Smíšená porucha školních dovedností

Zahrnuje dvě a více poruch školních dovedností přítomných současně.

Z hlediska diagnostiky je psychiatrické vyšetření potřebné doplnit psychologickým vyšetřením změřit inteligenci (IQ) dítěte, která by neměla být pod hranicí pro lehkou mentální retardaci (IQ nižší, než 70). Specifická diagnostika se provádí standardizovanými testy pro danou poruchu.

Poruchy školních dovedností jsou dnes považovány za celoživotní, nejedná se tedy výlučně o školní problém. Naopak spíše v době školní docházky intenzivní nácviková péče může výrazně zmírnit příznaky. Po přerušení speciálně pedagogických intervencí někdy dochází k návratu problémů, které postiženého znevýhodňují zejména v intelektuálně náročnějších zaměstnáních. Poruchy školních dovedností se často objevují společně s dalšími poruchami, především s hyperkinetickou poruchou a poruchami chování.

Pokud jde o léčbu, zatím neexistuje účinná farmakoterapie. Primární jsou speciálně pedagogické nácvikové programy, individuální přístup učitelů, spolupráce rodičů s pedagogicko – psychologickými poradnami, v těžších případech umístění dítěte do specializované třídy.

10.3 Specifické vývojové poruchy motorických funkcí

Dříve se tyto poruchy označovaly jako lehká mozková dysfunkce. Jsou charakteristické postižením pohybové koordinace, jejich příčinou však není ani mentální retadrace, ani jiná neurologická porucha.

Poruchy se vyskytují přibližně u 6 % dětí. Příčina není známá.

Charakteristickým příznakem je postižení jemné i hrubé motoriky. Jedinec má problém při výkonu běžných denních aktivit souvisejících se sebepéčí (nedokáže například držet hřeben, příbor), problémy ve škole (nedokáže např. držet tužku), nemůže sportovat. Díky těmto problémům je často vyloučen se společenství a zůstává izolován. Pokud je postiženým dítě, bývá často terčem šikany.

Léčba léky je v podstatě neúčinná. K částečnému zlepšení stavu lze dospět dlouhodobou rehabilitací.

10.4 Pervazivní vývojové poruchy

Do této diagnostická kategorie se zahrnují Dětský autismus, Atypický autismus, Aspergerův syndrom, Rettův syndrom, Jiná desintegrační porucha v dětství a Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby.

V současné době se pod pojmem poruchy autistického spektra (PAS) sdružují dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom a velmi vzácně se vyskytující jiná desintegrační porucha v dětství. Rettův syndrom nebyl do této kategorie zahrnut, neboť jako u jediné pervazivní vývojové poruchy je u něj již známa etiologie.

Poruchy autistického spektra (PAS)

Odhady prevalence poruch autistického spektra vykazují v posledních desetiletích trvalý nárůst. Současná prevalence PAS se odhaduje na 1-1,5 % dětské populace. Zhruba 50 % nárůstu případů PAS lze přičíst lepší diagnostice, zvýšenému povědomí a znalostem odborníků i rodičů o autismu, zvýšenému věku rodičů při zakládání rodiny a geografickému shlukování rodin s postiženými dětmi a odborné pomoci. Polovina nárůstu však zůstává nevysvětlena. Nárůst případů PAS přinesl celosvětově nutnost změn v pediatrické péči. Existuje celá řada důkazů, že co nejčasnější diagnóza a následná časná intervence zmírňu-

jí autistický handicap. V České republice je od roku 2016 zaveden rutinní screening na PAS v rámci pravidelné preventivní prohlídky v 18 měsících věku dítěte. PAS je diagnostikována cca 4x častěji u chlapců, než u dívek.

Příčiny vzniku PAS jsou komplexní se zastoupením jak genetických faktorů, tak vlivů prostředí. Podíl genetických faktorů je zásadní. Autismus může být také součástí některých chorob se známou genetickou etiologií, např. Downův syndrom, kdy hovoříme o tzv. syndromickém autismu. U většiny případů PAS se na jejím vzniku se podílí různé genetické mechanismy. Menší význam v etiologii PAS mohou mít také rizikové faktory v těhotenství (některé léky, infekční choroby) a komplikace během těhotenství a porodu.

V odborné i laické veřejnosti byla věnována zvýšená pozornost hypotézám o možné spojitosti mezi vznikem dětského autismu a prodělaným očkováním. Mnohaleté rozsáhlé výzkumy souvislost mezi incidencí autismu a očkováním neprokázaly.

Dětský autismus

Charakteristická je psychopatologie zejména v oblasti sociálních vztahů, jazyka/řeči a komunikace a abnormálního chování, hry a zájmů, přičemž pro diagnózu dětského autismu (DA) se požaduje nástup příznaků před dovršením třetího roku života. Rozvoj autistických příznaků probíhá buď postupně a plíživě (většinou již během prvního roku života) nebo v menším procentu případů nastává tzv. autistická regrese, proces, kdy se u dítěte již osvojené vývojové dovednosti (řeč, neverbální komunikace, sdílená pozornost, sociální interakce, hra) částečně nebo úplně ztrácejí.

Příznaky svědčící pro poruchu lze zachytit v následujících oblastech:

- Narušená sociální interakce
- Narušená komunikace a hry
- Narušené chování, zájmy a aktivity
- Jiné nápadnosti.

Příznaky narušené sociální interakce - nedostatek očního kontaktu, malá schopnost obličejové exprese, nezájem o lidské hlasy a tváře, dále nedostatek, opoždění nebo abnormality sdílené pozornosti, sociálního a recipročního úsměvu, reakce na oslovení jménem, užívání gest, zájmu o jiné děti, sdílené radosti a koordinace různých komunikačních

způsobů (oční kontakt, výraz tváře, gesta, vydávání zvuků). Většina autistických dětí má výrazné problémy s kontaktem s vrstevníky jak v mladším, tak ve starším věku. Vázne u nich přizpůsobení chování sociálnímu kontextu, typická je neschopnost chápat jemnost a komplexitu sociálních vztahů a situací. Deficity v oblasti sociální interakce se mohou zmírňovat v průběhu vývoje dítěte, přesto socialni interakce zůstávají výrazně abnormální i u vysoce funkčních dospělých autistů.

Příznaky narušené komunikace a hry - opoždění vývoje řeči až neschopnost používat řeč jako primární metodu komunikace. Řeč autistických mluvících dětí je v mnoha aspektech netypická. Časté bývá používání stereotypních frází, opakování slov (echolálie), záměna zájmen, gramatické nedostatky a neschopnost používat řeč pro sociální interakce, neschopnost reciproční komunikace. Postižená bývá i neverbální složka komunikace, je potlačená až vymizelá gestikulace a je plochá mimika. Od ostatních dětí se autisté také liší deficitem ve schopnosti si hrát – patrná je porucha ve fantazijní a společenské napodobující hře, relativní nedostatek tvořivosti a fantazie v myšlení. Hračky jsou užívány neobvyklým způsobem, časté je stereotypní soustředění na detail (autista např. celé hodiny otáčí koly u auta) nebo na nefunkční aspekty hraček, jako je jejich očichávání nebo olizování.

Příznaky narušeného chování, zájmů a aktivit- obsedantní lpění na neměnnosti života a prostředí pacienta, které se projevuje dodržováním nefunkčních rituálů, naléháním na přizpůsobení se ostatních a odporem i k malým změnám osobního prostředí. Zájmy autistických osob jsou odlišné především ve vysoké míře zaujetí, neodklonitelnosti, ulpívavosti, stereotypií a repetitivnosti, některé jsou výrazně odlišné od zájmů vrstevníků – častý bývá zájem o neživé, mechanické předměty než o společenské, interaktivní koníčky a hry s vrstevníky. Pro okolí nápadné jsou stereotypní pohyby, zahrnující především zvláštní pohyby rukama a prsty (tzv. manýrování), chůzi po špičkách nebo roztáčení předmětů.

Jiné nápadnosti - časté jsou nepřiměřené reakce na běžné zvuky, pachy nebo chuť potravy, fascinace různými smyslovými vjemy, zvýšená odolnost vůči bolesti. U velké části autistických dětí se vyskytuje hyperaktivita. Mimořádně zajímavým jevem bývají tzv. ostrůvky speciálních schopností, které kontrastují s celkovou nízkou úrovní praktických schopností u autistů. Jedná se o výjimečné případy paměťových schopností (např. memorovat přesně řady nezáživných údajů jako jsou telefonní čísla z telefonního seznamu, zastávky v jízdním řádu aj.), matematických schopností (provádět zpaměti složité početní

úkony), malířských nebo hudebních schopností (např. věrná reprodukce obrazu či melodie po jediném zhlédnutí či poslechu).

Atypický autismus

Porucha nesplňuje zcela kritéria pro dětský autismus buď tím, že nejsou naplněny všechny tři okruhy diagnostických kritérií, nebo je opožděný nástup po 3. roce života.

Aspergerův syndrom

Klasifikace duševních poruch MKN-10 zakládá rozdíl mezi autismem a Aspergerovým syndromem (AS) především na úrovni kognitivního (hodnota IQ) a řečového vývoje. Jedinci s AS mají intelekt v pásmu normy a nemají opožděný vývoj řeči. Děti s AS bývají později identifikovány jako problematické a také později diagnostikované. Narušení se projevuje ve všech klíčových oblastech – sociální interakce, komunikace a chování. Děti s AS si bývají vědomy sociální izolace, která často nebývá výsledkem nezájmu o druhé. Jedinci s Aspergerovým syndromem mohou toužit po tom mít přátele a intimní partnery, ale je pro ně obtížné (kvůli svým nápadnostem) toho dosáhnout a bývají z toho frustrováni.

Zejména je pro ně nesnadné spontánně a přiměřeně reagovat na nečekané a nezvyklé sociální situace, proto mohou byt terčem posměchu. Děti se obtížně zapojují do kolektivu vrstevníků, problémy se vyskytnou většinou už v mateřské škole. Nechápou pravidla společenského chování, která jsou jiným lidem srozumitelná automaticky. Humor nebo ironii berou doslovně, což vede často k problémovému chování. Obtížně chápou potřeby jiných lidí, chybí jim často empatie, působí sebestředně. Mají omezenou schopnost vyjádřit vlastní pocity. Nemají opožděný vývoj řeči, přesto nalézáme v řeči zvláštnosti. Děti se učí mluvit jakoby zpaměti, recitují básničky, pasáže z knih nebo úryvky z pohádek. Jejich řeč je mechanická, šroubovitá a formální, odpovídající svým charakterem spíše řeči dospělého. Často řeč neodpovídá sociálnímu kontextu situace, lidé s AS ulpívají na tématech bez zájmu o odezvu posluchače, lpí na přesném vyjadřování nebo vyžadují spolupráci při verbálních rituálech. Doslovné chápání řeči a nízká úroveň autocenzury vlastní řeči způsobuje problémy hlavně v adolescenci, zvláště ve vztahu k opačnému pohlaví. Schopnost ovládat vlastní chování je u dětí s AS snížená, mají sklony k náladovosti

a vyskytují se u nich obtížně kontrolovatelné záchvaty vzteku i ve vyšším věku. Časté bývá problémové chování, dítě obtížně snáší změny v navyklém řádu a rutině. Zúžené stereotypní zájmy a koníčky bývají u AS propracovanější, než u autismu a obecně méně abnormální, i když nepřiměřenost věkovému kontextu je zřetelná. Často spočívají ve shromažďování velkého množství faktických informací o nějakém problému, proto bývají děti s AS někdy přezdívány „malými profesory“. Své zájmy běžně nemohou sdílet se svými vrstevníky, což dále přispívá k jejich sociální izolaci. Běžná je také motorická neobratnost dětí s AS.

Jiná desintegrační porucha v dětství

Jiná dětská dezintegrační porucha je velmi vzácná.

Je pro ni charakteristické počáteční období normálního, nenápadného vývoje minimálně do dvou let života dítěte. Nemoc začíná obvykle kolem třetího až čtvrtého roku života. Vůdčím příznakem je rychlá progresivní ztráta dříve získaných dovednosti, především řeči, k níž dochází během 6–9 měsíců od začátku poruchy. Klinický obraz bývá závažnější a prognóza je horší, než u dětského autismu. Většina nemocných zůstane těžce mentálně retardována.

Rettův syndrom

Vyskytuje se téměř výlučně u žen. Prevalence je popisována jako 1/10 000. Přičina syndromu je genetická. Genetické testování je v současnosti možné. Charakteristický je normální či téměř normální časný vývoj do 6-18 měsíců věku následovaný ztrátou řeči (pokud již došlo k jejímu nabytí) i manuálních dovedností (ztráta schopnosti používat účelně ruku) a zpomalením růstu hlavy. Klinický obraz doplňují kroutivé, svíravé či tleskavé pohyby rukou, připomínající někdy pohyby rukou při mytí. Může se vyskytnout nepravidelné dýchání, především ve bdělém stavu, zahrnující epizody hyperventilace, apnoe a zadržováni dechu. Později se vyvíjí skolióza nebo kyfoskolióza. Téměř všechny pacientky mají patologické EEG, až u 75 % dětí se rozvíjí epilepsie.

Ačkoli několik let po začátku nemoci ještě děti vykazují některé sociální zájmy a schopnosti, pravidelným výsledkem je těžké mentální postižení. Klinicky obraz bývá závažnější a prognóza je horší, než u dětského autismu. Nemoc končí invaliditou, někdy i imobilitou

a upoutáním na invalidní vozík. Pacientky se dožívají minimálně čtvrté dekády svého života, je ale i zvýšená frekvence náhlé smrti.

Samotné stanovení diagnózy a míry závažnosti postižení pouze pomocí prostého klinického hodnocení je málo přesné. Velkým přínosem je dlouhodobá klinická zkušenost lékařů a psychologů a dostupnost diagnostických nástrojů ve specializovaných centrech. Při klinickém vyšetření se opíráme o pozorování dítěte a o kontakt s ním, klíčové jsou anamnestické údaje rodiny o nástupu příznaků a vývoji poruchy. Pro přesnější hodnocení autistických projevů existuje řada standardizovaných diagnostických nástrojů, které se již staly rutinní částí vyšetřovacího a hodnotícího procesu. Tyto nástroje samotné netvoří diagnózu, ale doplňují a zpřesňují podklady pro ni.

Právě pedagogové mohou přesným popisem chování a abnormalit dítěte pomoci lékařům ke správné a rychlé diagnostice.

Klinicko psychologické vyšetření dítěte se suspektní nebo již diagnostikovanou poruchou autistického spektra by mělo být zaměřeno na zhodnocení celkové vývojové úrovně, u starších dětí pak na stanovení úrovně intelektových předpokladů včetně popisu vývojového nebo inteligenčního profilu. Dále by mělo zmapovat pozornost, celkové psychomotorické tempo, motorické dovednosti včetně grafomotoriky, formu a úroveň komunikace, sociální dovednosti, teorii mysli, kvalitu hry, motivačně volní vlastnosti, afektivitu, ochotu a schopnost spolupracovat při řízené činnosti, tedy kvalitu vstupních předpokladů nezbytných pro zahájení nácviku a terapeutických aktivit.

Prognóza dítěte v době stanovení diagnózy PAS závisí na mnoha faktorech a nelze ji predikovat během dětství, především u dětí mladších 3 let. Mnohé děti, hlavně s diagnózou atypického autismu, se zlepší a menšina má optimální průběh. Tyto děti s normálním intelektem a vysokou funkčností jsou schopny zapojení např. do běžné školní třídy bez asistence, ale i přesto vykazují reziduální klinické příznaky sociální neobratnosti, omezených zájmů nebo méně závažných a méně častých stereotypií. Časté jsou u nich také poruchy učení. Špatná prognóza PAS je spojována s nedostatkem sdílené pozornosti ve 4 letech věku a funkční řeči v 5 letech věku, mentální retardací, epileptickými a jinými záchvaty, komorbidním tělesným (např. tuberózní skleróza) nebo psychiatrickým (např. schizofrenie) onemocněním a závažností autistických příznaků, hlavně pokud jsou spojeny s extrémní osamělostí.

Příznaky dětského autismu jsou nejvíce manifestní během třetího až pátého roku života. Děti v závislosti na tíži autistického handicapu získávají určité komunikační a sociální dovednosti během předškolní a školní docházky. V adolescenci můžeme pozorovat jak zhoršení behaviorálních projevů, tak zlepšení symptomatiky. Výrazné potíže v různých sociálních situacích přetrvávají i u dospělých s PAS, a to i u těch velmi dobře fungujících. Trvale závislé na rodině nebo instituci zůstávají asi dvě třetiny dospělých osob s autismem. Jak v dětství, tak v dospělosti bývají autističtí pacienti (kvůli špatné komunikaci a porozumění sociálním situacím) obtížní a těžce ošetřitelní v běžné somatické medicíně. Tím u nich může nastat zanedbání různých zdravotních problémů.

V posledních letech se stále více setkáváme s diskusí ohledně možné úzdravy z autismu.

Za kritéria úzdravy považujeme fakt, že dítě nesplňuje kritéria pro PAS, nedosahuje hranici pozitivity v ADOS a dosahuje dobrého fungování v různých oblastech. Úzdravy může dosáhnout přibližně 3 - 25 % dětí.

Pokud jde o *léčbu*, tak hlavními metodami ovlivňujícími symptomatiku autismu (narušení řeči a komunikace, sociální izolace, abnormální zájmy apod.) jsou behaviorální a speciálně pedagogické intervence. Stejně jako diagnostika, i aplikace intervencí se přesunuje do co nejranějšího věku dítěte. Zahájení časné intervence se doporučuje již při podezření na PAS u dítěte, ne až po ukončení diagnostického procesu.

Psychofarmaka zatím zůstávají doplňkovou intervencí pro ovlivňování některých problémových symptomů, ale i tak představují pro mnoho rodin významnou pomoc v péči o postižené dítě. Uplatňují se zde antipsychotika, některá antidepresiva, stabilizátory nálady, melatonin, stimulancia a centrální sympatomimetikum atomoxetin.

Léky se nasazují v případech, kdy je zaznamenána:

1. agresivita, zvýšena dráždivost, sebepoškozování

2. stereotypní a repetitivní chováni, obsedantní syndrom, rituály

3. poruchy spánku

4. hyperkinetický syndrom a impulzivita

OTÁZKY

1. Hodnota IQ v pásmu 20 – 34 je charakteristická pro který typ mentální retardace?

   a) Středně těžkou

   b) Těžkou

   c) Hlubokou

2. Která z následujících poruch se vyskytuje výhradně u žen?:

a) Dětský autismus

b) Aspergerův syndrom

c) Rettův syndrom

3. Autismus patří mezi:

a) Pervazivní vývojové poruchy

b) Specifické vývojové poruchy motorické funkce

c) Mentální retardace

SHRNUTÍ KAPITOLY

Tato kapitola byla věnována mentálním retardacím a širokému tématu poruch psychického vývoje. Studenti získali základní přehled o příčinách, symptomatice a možnostech léčby uvedených poruch.

ODPOVĚDI

1 b, 2 c, 3 a

DALŠÍ ZDROJE

HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER. J. a kol.. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

HOSÁKOVÁ, J. HOSÁK, L. a kol. *Ošetřovatelská péče v psychiatrii.* Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik, 2018. 192 s. ISBN 978-80-7510-281-2.

582-4.

11 PORUCHY CHOVÁNÍ A EMOCÍ SE ZAČÁTKEM OBVYKLE V DĚTSTVÍ

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Následující kapitola je věnována poruchám chování a emocí se začátkem obvykle v dětství. Tato studijní opora je primárně určena studentům speciální pedagogiky. Pro tento studijní obor jde o jednu ze stěžejních kapitol.

CÍLE KAPITOLY

Cílem této kapitoly je představit jednotlivé typy poruch chování a emocí se začátkem obvykle v dětství:

- Získal základní znalosti o rozdělení poruch chování a emocí se začátkem obvykle v dětství
- Byl schopen rozpoznat příznaky jednotlivých poruch chování a emocí se začátkem obvykle v dětství
- Uměl zaujmout správný přístup k dětem s poruchou chování a emocí se začátkem obvykle v dětství

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

4 hodiny

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Porucha, chování, dětství, příznak, léčba

11.1 Hyperkinetické poruchy

Pojmenování i koncept hyperkinetických poruch (HKP) se v průběhu dvacátého století zásadně měnily a vyvíjely. Od pojmu „minimální mozkové poškození“ se postupně pře-

cházelo k termínům „lehká mozková dysfunkce“, „syndrom hyperaktivního dítěte“ a „hyperkinetická reakce v dětství“. Americké diagnostické manuály psychiatrických poruch zvolily používání termínu „Porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivitou“ (Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder, ADHD). Mezinárodní klasifikace nemocí zahrnuje pod termínem „Hyperkinetické poruchy“ diagnózy „Porucha aktivity a pozornosti“ a „Hyperkinetická porucha chování“. Časté změny konceptů jsou jedním z důvodů, proč je HKP u nás stále nedostatečně diagnostikována a léčena. HKP a ADHD nejsou zaměnitelné nebo synonymní pojmy. Diagnóza dle MKN-10 „Porucha aktivity a pozornosti“ v rámci HKP obsahově koresponduje s diagnózou ADHD, její pojetí je však užší ve srovnání se šířeji pojatým konceptem ADHD a zahrnuje jen pacienty s nejzávažnější formou poruchy.

Pedagog není ten, kdo stanovuje diagnózu. Pedagogové s těmito dětmi však poměrně často pracují a údaje výše vysvětlují, proč se v literatuře hledají poměrně těžce informace o daných poruchách. V tomto textu tedy budeme pracovat s oběma typy poruch současně.

S rozdíly mezi definicemi HKP a ADHD souvisejí i rozdílné údaje o prevalenci (celkovém výskytu). U HKP v dětství se uvádí prevalence okolo 1%, zatímco u ADHD nejčastěji 6 – 12%. Většina případů přetrvává do dospělosti, zde se prevalence ADHD udává mezi 2 - 5%. Porucha se vyskytuje častěji u chlapců, než u dívek v poměru 3-5:1.

HKP/ADHD patří k neurovývojovým poruchám a jednou z příčin jsou genetické faktory. Jako další příčiny jsou uváděny prenatální expozice matky alkoholu, drogám, tabáku nebo olovu, nízká porodní váha dítěte, traumatické poranění mozku, škodlivé rodinné prostředí a nepříznivé životní události.

Za zmínku stojí uvést, že některé studie prokázaly, že celkový objem mozku je u ADHD o 3 – 4% menší, než u zdravých vrstevníků.

Pro stanovení diagnózy se požaduje přítomnost *tří základních symptomových okruhů poruchy*, jimiž jsou:

1. Nepozornost

2. Hyperaktivita

3. Impulzivita.

Při diagnostice symptomů ze všech tří okruhů se zdůrazňuje, že musejí přetrvávat alespoň šest měsíců, být maladaptivní a v rozporu s vývojovou úrovní dítěte. Porucha se má objevit před dovršením 7. roku věku. Ještě důležitější je, že kritéria musejí být splněna ve více než jedné situaci, tedy např. ve škole i doma, nebo ve škole a jinde, kde je dítě sledováno, např. na klinice.

Nepozornost

Dítě často není schopno udržet pozornost při úkolech nebo při hře, dělá chyby z nepozornosti a není schopno věnovat plnou pozornost detailům. Má problémy s naslouchánímjiným – často neposlouchá, co se mu říká a není schopno sledovat instrukce nebo dokončit školní úlohu či jiné běžné pracovní povinnosti. Mívá potíže s organizováním svých úkolů a aktivit a vyhýbá se úkolům, které vyžadují soustředěné duševní úsilí. Naopak se dá snadno rozptýlit vnějšími podněty. Obraz dokresluje zapomnětlivost a časté ztráty věcí, nejčastěji školních potřeb. Děti s ADHD se nedokáží soustředit hlavně na úkoly, které jim připadají nudné, opakující se nebo nesnadné a nedávají jim pocit uspokojení. Naopak stejné děti, které se nevydrží soustředit ve škole ani na několik minut, se často dokáží hodiny koncentrovat na činnosti, které je baví a ve kterých jsou úspěšné.

Hyperaktivita

Neklid a vrtění se při běžném sezení na židli, vstávání ze židle či dokonce pobíhání ve třídě během vyučování či v jiných nevhodných situacích. Při hrách je zřetelná nadměrná hlučnost. Celé chování je prostoupeno nadměrnou, nepřiměřenou motorickou aktivitou, která je sociálně málo únosná a rušivá.

Impulzivita

Dítě často vyhrkne odpovědi na otázky, které ještě nebyly dokončeny. Často není schopno stát ve frontě nebo čekat, až na ně přijde řada ve hře či jiných aktivitách. Vnucuje se lidem a různě je přerušuje při konverzaci v situacích, kdy je to společensky nežádoucí. Impulzivita v každodenním životě je zřejmě jedním z hlavních důvodů (spolu se vzdorným a agresivním chováním) odmítání dětí s ADHD ze strany vrstevníků.

Kromě těchto základních příznakových okruhů pozorujeme i **další symptomy** a problémy a to hlavně problémy vycházet s jinými lidmi, špatné školní výsledky, nízké sebevědomí a komorbidní problémy - opoziční vzdor, úzkost, poruchy učení, poruchy nálady, poruchy chování, kouření, abusus alkoholu a drog a tiky.

Dospělá forma HKP/ADHD se projevuje kombinací příznaků snížené pozornosti, vnitřního neklidu, emoční lability či hyperaktivity, špatného plánování a impulzivity. K **poruchám pozornosti** patří neschopnost udržet soustředění při běžné konverzaci, těkavost, častá zapomnětlivost, ztrácení či chybné umisťování věcí, jako je peněženka, klíče od auta, zapomínání schůzek a termínů. Pro vnitřní neklid svědčí nervozita, neschopnost setrvat u sedavých aktivit (sledování TV, čtení novin), rozlada, pokud je jedinec v nečinnosti. **Emoční labilita a hyperaktivita** se projevuje občasnými stavy pokleslé nebo mírně nadnesené nálady nebo častěji rozrušení, jedinci popisují často pocit nudy a nespokojenosti. Na běžný životní stres reagují nadměrně nebo nevhodně zmatkem, depresí, nejistotou, úzkostí nebo zlostí. Objevují se výbuchy citů s rychlým nástupem následovaným rychlým zklidněním nebo prchlivost, podrážděnost a snaha provokovat. Přechodně se objevuje ztráta kontroly nad sebou samým. Pro **poruchy v oblasti plánování** je charakteristická neschopnost dokončování úkolů a neschopnost vyhledávání vhodných řešení problémů, projevují se při organizaci práce, běhu domácnosti, studijních aktivitách. **Impulzivita** v sobě zahrnuje rychlejší mluvení, než přemýšlení, přerušování ostatních při konverzaci, netrpělivost, nakupování bez rozmyslu, náhlý vznik či ukončení vztahu včetně několikanásobných manželství, špatný odhad rizik např. v oblasti investic a obchodu. Jedinci dělají rychlá rozhodnutí založená na nedostatečném množství informací, mnohdy ve svůj neprospěch.

Hyperkinetická porucha chování: Tato diagnóza je spojením diagnózy Porucha aktivity a pozornosti a Porucha chování a pacient musí naplňovat diagnostická kritéria současně pro obě poruchy. Narušené chování je zřetelně násilné, bezohledné, závažně abnormální a blíží se k obrazu kriminální delikvence (nebo ho již naplňuje). Musí být splněno několik kritérií z následujícího seznamu: Výbuchy zlosti, zlomyslnost a pomstychtivost, lhaní, krádeže, rvačky, používání zbraní, toulání se, krutost vůči lidem a zvířatům, ničení majetku, atd.

Diagnostika se provádí standardním způsobem, zde jsou však nejlepším zdrojem informací pro diagnostiku právě pedagogové, neboť škola je svým charakterem prostředí, kde

se HKP/ADHD mají možnost nejlépe se projevit. K získání bližších informací od pedagogů se užívají buď všeobecné školní dotazníky, nebo dotazníky specificky zaměřené na diagnostiku ADHD.

Podle současných údajů pokračuje ADHD cca u 75% dětí do adolescence a celkem 60% případů z dětství přetrvává i v dospělosti. Rodinný výskyt ADHD, psychosociální nepříznivé okolnosti a komorbidita s poruchami chování, nálady a úzkostnými poruchami zvyšují riziko přetrvávání ADHD příznaků. Delikventní chování v adolescenci nebo antisociální porucha osobnosti v dospělosti se objeví při dlouhodobém sledování až u 25 – 40% dětí s ADHD. Obzvlášť špatnými prognostickými znaky u dětí jsou vzdor vůči dospělým, agresivní chování, nízké IQ, chudé vztahy s vrstevníky a perzistence ADHD příznaků. Děti s ADHD tíhnou více než jejich vrstevníci k experimentování s drogami a kouření cigaret v adolescenci.

ADHD není neškodná porucha. Těm, kteří vykazují její příznaky, může způsobit značné problémy. Pokračovací klinické studie prokázaly, že lidé s ADHD jsou s daleko větší pravděpodobností vyloučeni ze školy, zřídka dokončí vysokou školu, mají velmi málo nebo žádné přátele, zastávají nižší posty v práci, jsou antisociálně aktivní a častěji než v běžné populaci konzumují tabák a jiné návykové látky. Navíc děti vyrůstající s ADHD častěji jako mladiství otěhotní nebo onemocní sexuálně přenosnou nemocí, jezdí nepřiměřenou rychlostí a působí četné dopravní nehody, častěji zažívají depresi a projevují se u nich poruchy osobnosti v dospělosti.

Léčba spočívá v podávání *farmak* a *psychosociálních intervencích.*

Z *léků* jsou první volbou psychostimulancia, která pomáhají zklidnit příznaky. Tyto přípravky podléhají evidenci platné pro omamné a psychotropní látky. Zde je důležité dbát na jejich pravidelné užívání, neboť lék je rychle vylučován z těla a rychle tedy pomíjí i jeho účinek. Konkrétně jde o přípravek Ritalin, který de užívá 2-3 denně, nebo jeho protrahovaná forma pod názvem Concerta. Podávání přípravku nepředstavuje významné riziko pro vznik závislosti. Přípravek může mít nežádoucí účinky, mezi které patří poruchy usínání, snížená chuť k jídlu, nauzea, bolesti hlavy a neklid.

Jinak působí lék přípravek Strattera, který je nestimulačním farmakem pro léčbu ADHD. Nemá efekt jedné dávky jako stimulancia a jeho plný účinek se projeví za 4 týdny. Podává se obvykle v jedné ranní dávce denně. Nejčastější nežádoucí účinky jsou bolesti bři-

cha, snížená chuť k jídlu a zvracení, které však bývají přechodné a jen zřídka vedou k vysazení léku.

Z dalších farmak se používají některá antidepresiva a antipsychotika.

Psychosociální intervence jsou zaměřeny na edukaci rodiny a pedagogů, režimová opatření a psychoterapii.

11.2 Poruchy chování

Poruchy chování u dětí a adolescentů jsou typickým mezioborovým problémem, na řešení a prevenci těchto poruch se podílí mimo zdravotnictví i sociální a školský resort. Poruchy chování se vyznačují opakujícím se a trvalým vzorcem agresivního, asociálního nebo vzdorovitého chování, při kterém jsou porušována základní práva jiných nebo porušovány závažnější společenské normy a pravidla odpovídající věku. Takto narušené chování musí trvat alespoň 6 měsíců. Podle MKN-10 rozlišujeme následující poruchy chování: porucha chování ve vztahu k rodině, nesocializovaná porucha chování, socializovaná porucha chování a porucha opozičního vzdoru.

Výskyt v populaci se pohybuje kolem 5%. Poruchy jsou častější u chlapců než u dívek v poměru 2 - 4:1.

Vznik poruch chování je multifaktoriální, kombinuje se při něm genetická podmíněnost a nepříznivé vlivy prostředí. Rizikové faktory jsou biologické, individuální, rodinné, sociální a školní. Často jsou zmiňovány nízký socioekonomický status, dysfunkční rodinné prostředí, nízké IQ a zapojení do delikventní vrstevnické skupiny. Byly prokázány určité strukturální a funkční odchylky v oblastech mozku spojených s regulací a zpracováním emocí.

Příznaky jsou velmi různorodé a jsou modifikovány věkem dítěte. Při posuzování, zda se jedná o poruchu chování, musíme přihlížet jak k vývojovému stupni dítěte (běžné dětské zlobení, rebelantství adolescentů), tak zohlednit, zda se nejedná o sice typický, ale ojedinělý jev. Příznaky poruch chování se mohou týkat následujících oblastí:

- **Vzdorovitost, odmítavost, nepřátelské postoje** - má neobvykle časté a těžké výbuchy zlosti, hádá se s dospělými, porušuje pravidla, viní jiné ze svých vlastních chyb, často se uráží, zlobí a rozčiluje, je zlomyslný a pomstychtivý.

- **Agrese k lidem a zvířatům -** šikanuje, vyhrožuje nebo zastrašuje druhé, rve se a bije, jako zbraň používá předměty, které mohou těžce zranit druhé (např. rozbitou láhev, nůž, pistoli, cihlu, pálku), projevuje fyzickou agresi a hrubost k lidem a zvířatům (např. oběti svazuje, řeže nebo pálí), páchá např. loupežná přepadení a vydírání, vynucuje si na druhém sexuální aktivitu.
- **Destrukce majetku a vlastnictví -** zakládá požáry se záměrem způsobit vážnou škodu, ničí majetek druhých.
- **Nepoctivost nebo krádeže -** vloupává se do domů, budov a aut, často lže nebo porušuje sliby, aby získal prospěch a výhody nebo aby se vyhnul povinnostem, závazkům, krade věci bez konfrontace s obětí.
- **Vážné násilné porušování pravidel -** před 13. rokem věku opakovaně zůstává přes zákazy rodičů v noci venku, utíká z domu, časté záškoláctví před 13. rokem věku.

Porucha chování ve vztahu k rodině

Problematické chování dítěte je zaměřeno specificky proti některým členům rodiny nebo se vyskytuje pouze v rodině. Porucha splňuje všechna obecná kritéria poruch chování, týká se dětí, které bývají doma agresivní, kradou peníze nebo cenné věci, ničí věci, zakládají požáry v bytech, chatách nebo jiných prostorách patřících rodině. Obvykle se takto narušené chování objevuje v souvislosti s konfliktem s některým z rodičů, často s rodičem nevlastním, zvláště když je v rodině krátce. Vyprovokováno také může být některou krizovou rodinnou situací, například během napjaté atmosféry při rozvodu rodičů. Mimo rodinu se žádné závažnější problémy v chování nevyskytují.

Nesocializovaná porucha chování

Jedná se o poruchu chování samotářského, agresivního typu. Projevují se zde všechny příznaky poruch chování, včetně těch nejzávažnějších, typické bývají projevy agresivity a krutosti. Narušené chování se projevuje u jedince samotného, nejedná se o aktivitu skupiny. Objevuje se závažné tyranizování slabších, vydírání, šikana, krutost k lidem i zvířatům, vážná ublížení na zdraví, loupežná přepadení, používání zbraní, zločiny s konfrontací s obětí, nucení jiné osoby k sexuální aktivitě. Jedinec má výrazně špatné vztahy s vrstevníky, což se projevuje izolací, odmítáním nebo neoblibou. Nemívá ve své

věkové skupině bližší kamarády, vztahy s dospělými postrádají důvěrnost, jsou často nepřátelské a vzdorovité. Chybí mu schopnost empatie k jiným dětem, vrstevníkům, lidem a všemu živému, častá je lhostejnost a necitelnost. Neprojevuje lítost ani pocity viny.

Socializovaná porucha chování

Vztahy s vrstevníky jsou na běžné úrovni, nejtypičtější bývá zapojení jedince do skupiny přibližně stejného věku. Samotné přestupky pak páchá spolu s ostatními v partě nebo sám. Typický je negativní vztah k autoritám, především ke škole. Obvyklé bývá záškoláctví, drobnější krádeže, ničení majetku, vandalismus. K závažnějším projevům agrese většinou *nedochází. Porucha chování se projevuje v prostředí mimo domov a rodinu.*

Porucha opozičního vzdoru

Tato porucha se diagnostikuje u dětí do 10 let s typicky negativistickým, nepřátelským, vzdorovitým, provokativním a rušivým chováním. V popředí bývá neposlušnost, vzpurnost vůči dospělým, nerespektování autorit, nedodržování pravidel, odmítání plnění běžných povinností, zvýšená dráždivost, provokace. V důsledku tohoto chování dochází často mezi dítětem a dospělými ke konfrontacím, které zpětně posilují negativistické a opoziční projevy dítěte.

Pro *diagnostiku* je důležité mimo vlastního psychiatrického a psychologického vyšetření získat informace z dalších zdrojů od osob, které jedince znají delší dobu (rodiče, učitelé, vrstevníci, členové širší rodiny, spolupracovníci, kurátoři, sociální pracovníci). Vyšetření a spolupráce s dětmi a adolescenty s poruchou chování je často problematické kvůli jejich negativnímu nastavení vůči autoritám.

Příznaky poruch chování se liší s věkem jedince a jsou závislé na vývoji fyzické síly, kognitivních schopností a sexuálním vyzrávání jedince. Příznaky, které se objeví jako první, bývají méně závažné (např. lhaní, drobné krádeže). Jako poslední se obvykle projeví nejzávažnější symptomy jako je znásilnění, krádež s konfrontací oběti, zakládání požárů. Pro chlapce s poruchou chování jsou typické rvačky, krádeže, vandalismus a problémy se školní disciplínou a zastoupena je jak fyzická, tak vztahová agrese (chování, které narušuje sociální vztahy). U dívek jsou více zastoupeny lhaní, záškoláctví, útěky z domova, zneužívání návykových látek a prostituce. Nad agresí fyzickou u nich převládá agrese vztahová. Začátek poruchy v raném věku, těžká závažnost příznaků a působení více rizikových faktorů predikuje horší prognózu a vede často ke kriminálnímu chování

v dospělosti. Předpokládá se následující posloupnost: porucha opozičního vzdoru – nesocializovaná porucha chování – disociální porucha osobnosti. Při pozdním začátku se závažnější příznaky projevují obvykle až ve starším školním věku a adolescenci, vzácně se porucha objeví až po 16. roce věku. Prognóza tohoto druhého typu poruch chování je příznivější.

Průběh poruch chování je značně variabilní. Jedinci, u kterých potíže začaly až v adolescenci a závažnost poruchy je mírná nebo středně těžká, dosáhnou většinou v dospělosti adekvátního sociálního začlenění a pracovního uplatnění. Celkově jsou poruchy chování v dětství a adolescenci spojené se širokou škálou nepříznivého dopadu. Častěji se objevuje suicidální chování, delikvence, problémy se vzděláním včetně vyloučení ze školy, nezaměstnanost, fyzické poranění z nehody nebo rvačky, pohlavně přenosné poruchy a neplánované těhotenství v adolescentním věku. Porucha chování je často spojena s časným nástupem sexuálního chování, abúzem alkoholu, kouřením a rizikovým chováním (např. vyšší počet dopravních nehod a přestupků). Děti a adolescenti s poruchou chování mají zvýšené riziko komorbidit. Porucha chování v dětství a adolescenci může v dospělosti vyústit do poruchy osobnosti či vést k poruchám spojeným se zneužíváním návykových látek.

V *léčbě* poruch chování využíváme různých psychologických, behaviorálních a farmakologických prostředků, které se zaměřují jak na dítě či adolescenta, tak na rodinu. Nejvhodnější se jeví léčba interdisciplinární, do které jsou mimo pacienta, rodičů a zdravotníků zapojeni také učitelé, vychovatelé a pracovníci sociálních služeb. Léčbu je vhodné začít co nejdříve od nástupu poruchy. Maladaptivní chování se průběžně upevňuje, postupně se prohlubují a zakořeňují negativní postoje, emoce a vztahové vzorce. Pokud je porucha chování již takto ukotvena, stává se často vůči léčbě a změně rezistentní. Léčba těžkých poruch chování bývá obvykle obtížná a frustrující, dochází k opakovaným psychiatrickým hospitalizacím a nezřídka k umístění do diagnostického a výchovného ústavu.

U mladších dětí se doporučuje kombinace výcviku rodičů, individuální psychoterapie, rodinné terapie, nácviku sociálních dovedností a intervence ve školním zařízení. U adolescentů je strategie léčby podobná, jen je více zaměřena na konkrétní problémové oblasti jejich života.

Psychofarmaka jsou v léčbě poruch chování tradičně a dlouhodobě používána, i když jimi lze ovlivnit jen některé specifické symptomy, jako je agresivita, zvýšená dráždivost a impulzivita. Důkazy o jejich účinnosti a bezpečnosti v dětské a adolescentní populaci však nejsou dostatečné, zvláště při dlouhodobé léčbě. V terapii poruch chování se používají antipsychotika a stabilizátory nálady, jiné léky (stimulancia, atomoxetin, klonidin, antidepresiva) jsou účinné pouze u podskupin poruch chování (hyperkinetická porucha chování, depresivní porucha chování).

11.3 Smíšené poruchy chování a emocí

Diagnostická kategorie Smíšené poruchy chování a emocí je charakterizována kombinací trvale narušeného, agresivního, disociálního nebo vzdorovitého chování s jasně vyjádřenými příznaky deprese, úzkostné poruchy nebo jinými emočními příznaky (obsese, kompulze, depersonalizace, derealizace, hypochondrie). Musí tedy být splněna diagnostická kritéria jak pro poruchu chování, tak pro poruchu emocí.

Depresivní porucha chování

Mimo charakteristické symptomy poruch chování jsou přítomny trvale výrazné depresivní příznaky – nadměrný smutek, nedostatek zájmů a radosti z běžných činností, pocity viny a beznaděje. Může být narušen spánek a chuť k jídlu. Častěji dochází k sebepoškozování a zvláště u mladších dětí mohou být výrazné somatické příznaky, nejčastěji bolesti hlavy a břicha. V psychoterapii i farmakoterapii kombinujeme přístupy a medikaci určené pro poruchy chování a depresivní poruchy.

11.4 Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství

Separační úzkostná porucha v dětství

Porucha je charakterizována úzkostnými příznaky, které jsou způsobeny odloučením od rodičů nebo jiných milovaných osob a nabývají intenzity od znepokojení až po plně vyjádřenou paniku.

První příznaky se objevují mezi 7. – 9. rokem života, porucha je rovnoměrně zastoupena mezi chlapci a děvčaty. Celkový výskyt v populaci je 3,5 – 5,4% dětí.

Z hlediska vývojového je separační úzkost normální vývojový jev v pozdním kojeneckém věku a v mírné formě, která nepůsobí vážnější obtíže, je také viděn časně při nástupu do školky nebo do 1. třídy základní školy. Rizikovými faktory jsou závažná nemoc nebo smrt v rodině, změna domova nebo školy, nádorové onemocnění dítěte, diabetes, Touretteův syndrom, nebo kombinace ADHD/ poruchy čtení. Genetické studie nalezly mírný podíl dědičnosti, větší etiologický vliv byl přisouzen faktorům prostředí.

Mezi základní příznaky patří separační úzkost, která se v dětství často projevuje odmítáním chození do školy nebo somatickými příznaky, jako opakující se bolest břicha nebo hlavy, nauzea a zvracení. Jinými symptomy jsou nerealistické a opakující se starosti, týkající se možné újmy milované osoby (zvláště, když tato osoba je pryč), případně újmy dítěte, která by dítě oddělila od oblíbeného rodiče (nejčastěji matky) či pečovatele. Dále pozorujeme odmítání jít spát bez emočně nejbližší osoby, kontrola její blízkosti během noci či odmítání spát mimo domov vůbec, noční můry se separačními tématy.

Prognóza je spíše příznivá, dřívější začátek a mírnější symptomatika předpovídají uspokojivou úzdravu. U menšiny pacientů se později může rozvinout panická porucha.

Z hlediska léčby u lehčích případů, malých dětí a kratšího trvání postačí racionální vysvětlení rodině a expozice dítěte separaci (musí chodit do školy, spát samo). Za pokroky je pak odměňováno. Někdy pomůže organizační opatření, kdy do školky nebo do školy odvádí dítě jiná osoba, než je emočně nejbližší člen rodiny. Z farmakoterapie jsou doporučována antidepresiva a pro krátkodobou akutní intervenci, případně v kombinaci s SSRI, je možno použít benzodiazepiny. U vážnějších případů je indikována hospitalizace, díky této „vynucené separaci“ lze dostat symptomy během několika týdnů pod kontrolu.

Fobická úzkostná porucha v dětství

Porucha je charakterizována stálým nebo opakujícím se extrémním strachem z určitého konkrétního objektu nebo situace. Strach (alespoň zpočátku) odpovídá vývojové fázi, abnormální je stupeň úzkosti a zasahování do běžného života dítěte nebo adolescenta.

Jedná se o jednu z nejrozšířenějších úzkostných poruch s rozvojem v raném dětství. Typický věk začátku poruchy je mezi 7. -11. rokem života. Prevalence u předškolních dětí je

kolem 5%, poté prevalence stoupá, u adolescentů je mezi 10 - 16%. Větší zastoupení poruchy je u dívek, než u chlapců v poměru 2:1.

Fobická úzkostná porucha se někdy rozvine po vlastní traumatické události (napadení zvířetem, uvíznutí ve výtahu), po sledování jiného člověka, který je v traumatické situaci (sledování tonoucího), nečekanou panickou reakcí v určitém prostředí (pobyt ve výšce) nebo informačním přenosem (letecká katastrofa). Nicméně u mnoha jedinců nenajdeme takto konkrétní příčinu obtíží. Genetické studie nalezly mírný podíl dědivosti (heritability), větší vliv se přikládá faktorům prostředí (mimo traumatizujícího zážitku jsou to např. hyperprotektivita rodičů, ztráta rodiče nebo odloučení od něj, pohlavní zneužití, fyzické týrání).

Pro poruchu je charakteristické, že vystavení se nebo očekávání kontaktu s obávaným objektem nebo situací vyvolá okamžitou úzkostnou reakci podobnou panické atace. U mladších dětí se strach nebo úzkost může manifestovat pláčem, záchvatem vzteku, děsu nebo úzkosti, ztuhnutím nebo přilnutím k blízké osobě. Často jsou přítomny i tělesné příznaky (tachykardie, hyperventilace, pocení, nauzea).

Podtypy specifických fobií:

- ze zvířat (pavouci, bodavý hmyz, psi, hadi)
- z přírodních jevů (bouřka, výška, voda, tma)
- z injekcí, krve a zranění (očkování, odběry krve, lékařské zákroky)
- ze specifických situací (létání, být ve výtahu, na mostě)
- jiné (ze zvracení, z dušení, z hlasitých zvuků).

Většina specifických fobií vzniklých v dětském a adolescentním věku také v tomto období postupně odezní. Pokud přetrvají do dospělosti, mají tendenci spíše neustupovat.

V léčbě fobických úzkostných poruch používáme téměř výhradně psychoterapii

Sociální úzkostná porucha v dětství

Charakteristická je stálá úzkost v situacích, kdy se dítě setkává s cizími dospělými lidmi nebo s vrstevníky, a vyhýbá se jim. Vztah s blízkými osobami je nenarušen. Strach je takového stupně, že se vymyká normální hranici pro určitý věk dítěte a vede k narušení společenské aktivity. Tyto charakteristiky musí být patrné před věkem 6 let. MKN 10 rozlišuje sociální úzkostnou poruchou v dětství a sociální fobii v adolescenci a dospělosti.

Celkový výskyt v populaci se udává mezi 0,5-2,3%. Tři čtvrtiny dospělých se sociální fobií datuje začátek své poruchy do věku mezi 8 a 15 lety, nejčastěji zmiňovaný věk prvních příznaků je 13 let.

Určitá míra úzkosti a obav z neznámých osob a nových sociálních situací se v raném dětském a předškolním věku objevuje fyziologicky. Jedná se o mírnější formu úzkosti, která nepůsobí dítěti vážnější potíže. Při vzniku poruchy se předpokládá vliv jak prostředí, tak genetická podmíněnost. Rizikovými faktory jsou týrání v dětství a anamnéza nepříznivé životní události.

Pokud jde o příznaky poruchy, tak dítě se sociální úzkostnou poruchou je při kontaktu s neznámými lidmi zaražené, rozpačité nebo má přehnanou starost, jestli se dobře chová. Nové nebo vynucené sociální situace vyvolávají u dítěte zjevný strach a tíseň, což se projeví například pláčem, záchvatem vzteku, děsu nebo úzkosti, zaražeností, přilnutím k blízké osobě nebo nemluvností. Vyhýbání se sociálním situacím je součástí symptomatiky (dítě se schovává, zamkne se před návštěvou v pokoji, odmítá opustit určité prostředí a osoby). Největší problémy dětem dělá mluvení nebo předvedení výkonu před publikem, setkání s více lidmi a mluvení s cizími lidmi. V obávaných situacích bývá přítomna zrychlená srdeční činnost, červenání se, třes a zažívací potíže.

Vznik poruchy může být náhlý, například v souvislosti s traumatizující událostí (pomočení, zvracení, psychické nebo fyzické týrání) nebo potíže pomalu narůstají až do extrémního vyjádření. Neléčená porucha může u dětí vést k odmítání předškolní či školní docházky. Až u 60 % pacientů bez specifické léčby je průběh poruchy chronický.

I zde je základem léčby psychoterapie, léky se ordinují výjimečně. Dlouhodobě lze podávat některá antidepresiva, krátkodobě je možno použít benzodiazepiny.

Generalizovaná úzkostná porucha v dětství

Základním rysem je všeobecná trvalá úzkost, která není omezena na definované vnější okolnosti.

Prevalence je odhadována na 2,7 – 4,6%. Výskyt v adolescenci je stejný u chlapců i dívek, na rozdíl od dospělosti, kdy je větší frekvence mezi ženami.

Ve druhé polovině základní školní docházky normální vývoj zahrnuje znepokojení, týkající se porovnávání sama sebe s ostatními vrstevníky ve výkonu a statusu, soutěživosti a upevňování sebepojetí, které může přejít do trvalých obav a úzkosti. Mimo faktory prostředí má význam také genetická predispozice.

Hlavním psychickým příznakem je nadměrná úzkost a starost (očekávání s obavou), která se týká více životních oblastí (škola, rodina) a opakuje se po většinu dnů během alespoň půlročního období. Generalizovaná úzkost nepředstavuje ani samostatné epizody (jako u panické poruchy), ani se hlavní obavy neomezují na jediné téma (jako u separační úzkostné poruchy nebo fobické poruchy v dětství). Tato trvalá úzkost a napjaté očekávání vyvolávají v pacientech potřebu po uklidnění, jsou však spojeny s neschopností relaxovat. Důsledkem předrážděnosti jsou časté poruchy spánku a tělesné příznaky, jako pocit únavy, vyčerpání, nebo snadné unavitelnosti, svalové napětí a potíže se soustředěním.

Podobně jako v dospělosti se jedná o chronickou poruchu s kolísavým průběhem. Pouze třetina pacientů dosáhne v průběhu života spontánní remise.

Léčba spočívá v psychoteraapii, z farmak opět některá antidepresiva.

11.5 Poruchy sociálních vztahů se vznikem specificky v dětství a v adolescenci

Elektivní mutismus

Elektivní mutismus je porucha, kde dítě nemluví, ačkoli je prokázáno, že mluvit umí a nebrání mu v tom ani žádné tělesné onemocnění. Mutismus obecně může být totální nebo elektivní (selektivní), kdy dítě nemluví jen v některých situacích. U malých dětí bývá mutismus situační, kdy dítě nemluví v novém, nezvyklém prostředí. Podobně mutismus reaktivní vzniká náhle po úleku, nepříjemném překvapení.

Výskyt je udáván v rozmezí 0,3 – 0,8/1000 dětí. Dívky bývají postiženy častěji (2:1). Začátek je obvykle mezi 3. – 5. rokem věku nebo s nástupem školní docházky.

Příčina není známá, ale předpokládá se, že v některých případech může tato duševní porucha vzniknout po zahanbujícím či traumatizujícím zážitku. Predisponovány jsou děti plaché, nejisté a přecitlivělé.

Příznaky elektivního mutismu se vyskytuje nejčastěji ve školním prostředí, kde dítě nemluví s učiteli, vychovateli a často ani se spolužáky, zatímco doma komunikuje normálně. Ve škole je schopno se dorozumívat písemně a může takto být i zkoušeno. Chování je normální a není provázeno bizarními nápadnostmi. Elektivní mutismus může za určitých okolností (zvláště, když je na dítě vyvíjen tlak, aby mluvilo) přejít v totální mutismus, kdy dítě nemluví s nikým. Mutismus však může být příznakem jiné psychiatrické poruchy, např. schizofrenie či jiné psychotické poruchy, deprese, poruch autistického spektra nebo dissociativní afonie.

Je nutná podrobná anamnéza zaměřená na identifikaci zahanbujícího či traumatizujícího zážitku nebo změny životní situace, která předcházela vzniku elektivního mutismu. Podstatné je psychiatrické vyšetření k vyloučení jiných psychiatrických poruch, také ORL a/nebo foniatrické vyšetření k vyloučení onemocnění hlasivek a dýchacích cest.

Děti, u nichž problémy neustoupí do adolescence, mívají tendenci k perzistujícímu průběhu, jinak je prognóza příznivá.

Pro léčbu je primární psychoterapie. Důležité je nevyvíjet tlak na mluvení, naopak vypracovat postupnou strategii pro rozšiřování počtu osob a situací, kde dítě zvládá mluvit – nabídnout „nenásilnou ústupovou cestu“. Pokud se vyskytl klíčový zážitek pro spuštění elektivního mutismu, terapeuticky s ním pracovat. Podpůrná farmakoterapie zahrnuje antidepresiva.

11.6 Reaktivní porucha příchylnosti v dětství

Porucha, vyskytující se v útlém věku a v dětství (před dosažením věku 5 let), je charakterizována trvalými abnormitami v sociálních vztazích dítěte, které jsou spojeny s citovou poruchou a které jsou reakcí na změny v životních podmínkách.

Data o výskytu v populaci nejsou dosud k dispozici.

Porucha vzniká téměř vždy v souvislosti s velmi nevhodnou péčí o dítě. Ta může mít formu psychického zneužívání nebo zanedbávání (např. tvrdé trestání, trvalá neschopnost rodičů reagovat na přátelské přibližování dítěte), tělesného týrání nebo zanedbávání.

Základními příznaky je bázlivost a ostražitost („ztuhlá ostražitost“), neovlivnitelné uklidňováním. Typická je chudá sociální interakce s vrstevníky, velmi častá je agrese vůči sobě i jiným. Děti útlého věku se k pečovateli přibližují s odvráceným zrakem, nebo reagují směsicí snahy navázat kontakt, vyhnout se mu a odmítat konejšení. Porucha může být provázena špatným tělesným prospíváním a zpomalením tělesného růstu.

Problémy s vytvářením adekvátních citových vazeb mohou přetrvávat do dospělosti. U části dětí se přidružují poruchy chování a v dospělosti poruchy osobnosti.

Pro léčbu je prvořadé zajištění bezpečnosti dítěte, nejčastěji hospitalizací, a zahájení dlouhodobé psychoterapeutické péče o dítě. Nezbytné je zapojení státních orgánů péče o dítě. U spolupracujících rodičů pomůže edukační práce s rodiči – nutnost změnit vzorce zraňujícího chování, které vykazovali, případně jejich vlastní psychoterapie. V případě nespolupráce rodičů jsou namístě radikální opatření - umístění dítěte u příbuzných, pěstounská péče, adopce, dětský domov.

11.7 Desinhibovaná příchylnost v dětství

Desinhibovaná příchylnost v dětství je poruchou vznikající na základě narušeného procesu tvorby vztahu k primárnímu pečovateli (obvykle matce) v prvních letech života.

Porucha vzniká v prvních pěti letech života. Data o výskytu v populaci nejsou dosud k dispozici.

Jako příčina se předpokládá psychogenní etiologie, hlavně nedostatek pevných citových vazeb v prvních letech života. Vzniká u dětí, které často střídaly pěstouny, vychovatele či dětské domovy, proto někdy bývá porucha také označována jako „syndrom ústavního dítěte“. Existují však i genetické nálezy, které mohou vznik poruchy podmínit.

Z hlediska příznaků lze chování dítěte charakterizovat jako „nerozlišující přátelské chování“. Dítě se chová povrchně přátelsky a přítulně i k cizím lidem a vyžaduje jejich pozornost. Snadno se však smíří s odchodem osoby, na kterou se zaměřilo. Svou abnormální náklonnost lehce přesune bez výběru na další osoby, někdy se proto hovoří o „nenasyti-

telnosti lásky“ takového dítěte. Dítě není schopno vytvořit skutečně důvěrný vztah a projevit autentické emoce. Typické bývají také špatné vztahy s vrstevníky. Abnormální sociální projevy mají tendenci přetrvávat, i když je dítě později umístěno do vhodného a stimulujícího prostředí.

Problémy s vytvářením adekvátních citových vazeb mohou přetrvávat do dospělosti. U části dětí se přidružují poruchy chování a v dospělosti poruchy osobnosti.

Pro léčbu je stěžejní psychoterapie individuální, případně rodinná. Sociální opatření k zamezení dalšího střídání pěstounů nebo institucí pečujících o dítě.

11.8 Tikové poruchy

Tiky jsou mimovolné, náhlé, rychlé, opakující se, nerytmické, stereotypní pohyby nebo hlasové produkce, které neslouží žádnému účelu a nejsou podloženy neurologickou poruchou. Mohou mít jednoduchou nebo komplexní formu. Frekvence tiků kolísá během dne, mění se v různých prostředích a v čase, je závislá na zevním stresu a teplotě okolí.

V klasifikaci rozlišujeme podle klinických projevů, průběhu a závažnosti přechodnou tikovou poruchu, chronickou motorickou nebo vokální tikovou poruchu a kombinovanou vokální a mnohočetnou motorickou tikovou poruchu, která se také nazývá Tourettův syndrom (TS).

Tiky jsou v dětské populaci velmi běžné, 4 - 24% dětí školního věku má v anamnéze alespoň přechodně nějaký druh tiku. Výskyt TS je 3 – 8 případů na 1 000 dětí školního věku, odhad prevalence pro starší adolescenty a dospělé je 4,5 případů na 10 000 osob. Chlapci jsou poruchou zasaženi častěji, než děvčata v poměru 2 - 4:1.

Na vzniku tikových poruch se podílí jak genetické faktory, tak vlivy prostředí. Genetická podmíněnost je výrazná především u Tourettova syndromu. Predisponujícími faktory pro vznik a závažnost tikových poruch jsou závažný stres matek v těhotenství, vyšší věk otce, těžká nauzea nebo zvracení matky v prvním trimestru těhotenství, kouření a abúzus alkoholu v těhotenství, klešťový porod a nízká porodní hmotnost.

V poslední době se intenzivně zkoumá skupina poruch pod názvem pediatrické autoimunitní neuropsychiatrické poruchy související se streptokokovou infekcí.

Diagnóza a klasifikace tikových poruch je postavena na přítomnosti motorických nebo vokálních tiků, délce trvání příznaků a nepřítomnosti známé příčiny potíží (např. tělesné onemocnění, vedlejší účinek léků). Většina tiků je v oblasti hlavy, ramen a horních končetin. U některých dětí narůstá frekvence a intenzita tiků při psychické zátěži (ve škole, v období rodinných konfliktů, při únavě). Někdy dochází k přechodnému zmírnění tiků při intenzivním soustředění, třeba při recitaci, zpěvu nebo sportovních výkonech. Motorické tiky se někdy daří pacientům částečně kamuflovat různými pohybovými manévry.

Přechodná tiková porucha

Tiky bývají nejčastěji jednoduché, motorické, mohou být ale i komplexní a vokální. Motorické a vokální tiky se nevyskytují současně. Tiky se vyskytují mnohokrát denně, po většinu dnů během období alespoň 4 týdnů. Porucha netrvá déle, než rok. Nejčastěji se jedná o tiky mimického svalstva.

Chronická motorická nebo vokální tiková porucha

Vyskytují se motorické nebo vokální tiky, ale ne obojí, mnohokrát denně po většinu dnů po dobu alespoň jednoho roku. Často je tiková produkce stejně intenzivní po dobu týdnů i měsíců.

Kombinovaná vokální a mnohočetná motorická tiková porucha (Tourettův syndrom)

Jsou přítomny mnohočetné, většinou komplexní tiky motorické i vokální (není ale nutné, aby se vyskytovaly současně). Tiky se vyskytují mnohokrát denně, téměř každý den, po dobu delší, než jeden rok. Komplexní tiky se mohou někdy jevit jako účelné, jako například tiky se sexuálními nebo obscénními gesty (kopropraxie) nebo vypadají, jako by imitovaly pohyby někoho jiného (echopraxie). Podobně komplexní vokální tiky zahrnují opakování vlastních zvuků nebo slov (palilalie), opakování posledního slyšeného slova nebo fráze (echolalie) nebo vykřikování sociálně nepřijatelných slov, zahrnujících obscénnosti, etnické či rasově nesnášenlivé provolání nebo religiózní urážky (koprolalie).

Tiky se typicky objevují mezi 5. a 7. rokem věku. Většinou se jedná o jednoduché motorické tiky zasahující obličej, typicky mrkání. Postupně se tiky rozšiřují na jiné obličejové části, dále hlavu, krk, paže a nejpozději a nejméně často i na dolní končetiny. Největší závažnost mívají kolem 10. až 12. roku věku a během adolescence se často zmírňují. Jen

u malé části pacientů s chronickou tikovou poruchou přetrvávají tiky do dospělosti nebo se v dospělosti zhoršují. Vokální tiky se objevují později, nejčastěji mezi 8. až 15. rokem věku. Pouze u 5 % pacientů s tikovou poruchou jsou přítomny pouze vokální tiky. V průběhu tikové poruchy se mohou měnit svalové skupiny, které tiky postihují, stejně jako charakter vokalizace.

Nejvíce případů TS je diagnostikováno v 11 letech věku. Průběh TS bývá chronický, s exacerbacemi a spontánními, neúplnými remisemi. U většiny pacientů závažnost tiků během adolescence klesá. TS může být až invalidizující porucha, společensky velmi nepřijatelná, se silnými pocity méněcennosti a až fobickými reakcemi postižených osob v sociálních interakcích. Děti s TS bývají terčem posměchu ve škole, dospělí mohou zastávat nižší posty v zaměstnání, než by odpovídalo jejich intelektu.

Nejčastějšími komorbidními poruchami v dětství jsou hyperkinetická porucha (až v 50 %), obsedantně kompulzivní porucha a separační úzkostná porucha. U adolescentů a dospělých je riziko rozvoje depresivní poruchy, závislosti na návykových látkách a bipolární poruchy.

Léčba tikové poruchy je komplexní, zahrnuje edukaci a podpůrné intervence včetně psychoterapie a farmakoterapii. Obvykle se začíná s edukací a podpůrnou psychoterapií zaměřenou na redukci stresových situací. Edukační aktivity je vhodné směrovat nejen k pacientům a jejich rodinám, ale i k učitelům a vrstevníkům, například spolužákům ve třídě. K farmakoterapii se přistupuje až tehdy, je-li patrné, že jsou tiky dlouhodobé, závažné, jsou příčinou sníženého sebevědomí, narušení vztahů v rodině a s vrstevníky nebo že tiky zhoršují výkon dítěte ve škole. Přechodné tiky střední a těžké závažnosti léčíme benzodiazepiny. Pro léčbu středně těžkých a těžkých tiků preferujeme antipsychotika.

11.9 Neorganická enuréza

Jedná se o bezděčné nebo úmyslné pomočování v noci nebo ve dne, které se vyskytuje u dětí nad 5 let věku a trvá nejméně 3 měsíce. Primární enuréza znamená, že u dítěte zatím nebylo dosaženo návyku na toaletu, u sekundární enurézy se pomočování objeví až po určitém období, ve kterém se dítě již nepomočovalo (tzv. suchá perioda). Nejčastějším typem je noční enuréza, kdy k pomočení dojde pouze v noci, typicky během první třetiny noci.

Výskyt enurézy je 5-10% u pětiletých dětí, 3-5% u desetiletých dětí a přibližně 1% u jedinců nad 15 let.

Porucha je multifaktoriálně podmíněná porucha. Pomočování bývá spojováno s opožděným vývojem normálního cirkadiánního rytmu produkce moči, jehož výsledkem je noční polyurie, nebo s abnormální sekrecí antidiuretického hormonu nebo se sníženou funkční kapacitou močového měchýře. Noční enuréza je významně geneticky podmíněna, z faktorů prostředí se na vzniku enurézy může podílet opožděný nebo laxní nácvik na toaletu, psychosociální stres (např. separace od matky, úmrtí nebo rozvod v rodině, narození mladšího sourozence, stěhování, úrazy, hospitalizace). Psychologické faktory bývají obvykle příčinou sekundární enurézy.

Dítě se pomočuje do postele nebo do oblečení, u dětí do 7 let nejméně 2x za měsíc, u starších nejméně 1x za měsíc. Ačkoliv to není závažná porucha, způsobuje u dětí pocity méněcennosti, strach z prozrazení, může dojít k trapným a traumatizujícím příhodám ve škole, na internátě, na letním táboře. Za pomočování mohou být děti také trestané svými rodiči.

Nejběžnější nástup noční enurézy je mezi 5-8 lety. U většiny dětí pomočování vymizí během adolescence, do dospělosti porucha pokračuje asi u 1 % jedinců. Denní enuréza se výjimečně objeví až po 9. roce věku. Obvyklé je, že se postupně frekvence enurézy snižuje.

Základem léčby jsou režimová opatření – úprava pitného a mikčního režimu, zavedení mikčního kalendáře. Tato opatření vedou u 80 % dětí ke zmírnění enurézy. Ve specifické léčbě se uplatňují např. technika nácviku nočního probouzení, tak farmakoterapie.

11.10 Neorganická enkopréza

Současné studie zmiňuje prevalenci 4,1% u dětí mezi 5. a 6. rokem a 1,6% u dětí mezi 11. a 12. rokem. Je častější u chlapců než u dívek v poměru 3:1.

Etiologie není jasná, jako rizikové faktory jsou zmiňovány bolestivá defekace, nevhodné výchovné přístupy vyvolávající úzkostné zadržování stolice a obstipaci, protestní postoje. Nutné je vyloučit organickou příčinu poruchy.

Jde o opakovanou bezděčnou nebo úmyslnou defekaci dítěte na nevhodných místech (např. do oblečení, na podlahu) u dítěte ve věku nad 4 roky.

Rozlišujeme dva typy enkoprézy:

- *primární* - dítě ještě nemá osvojeno fyziologické ovládání střev
- a *sekundární* - předcházelo období normálního vyprazdňování.

Enkopréza může s občasnými zhoršeními přetrvávat léta. Někdy dochází pouze k částečnému odchodu stolice (špinění), některé děti poruchu úzkostně tají, jiné mají laxní přístup. Často bývá přítomna zácpa a nedochází k dostatečnému vyprázdnění, stejně tak může být stolice nadměrně tekutá. Enkopréza se může vyskytovat společně s enurézou.

Kombinace edukačních, režimových, psychologických a psychoterapeutických metod.

11.11 Koktavost

Koktavost (balbuties) je porucha řeči charakterizovaná častým opakováním nebo protahováním zvuků nebo slabik nebo slov, nebo častým váháním nebo přestávkami v řeči. Porucha musí být trvalá a dostatečně závažná, aby výrazně narušovala plynulost řeči. Jako breptavost označujeme poruchu, kdy je řeč velmi rychlá s narušením plynulosti bez opakování nebo váhavosti a řeč se stává nesrozumitelnou.

Výskyt koktavosti je zhruba 1%. Zhruba 2,5% všech předškolních dětí má s koktavostí problémy.

Významnou roli hrají genetické faktory, u příbuzných prvního řádu (rodiče, sourozenci, děti) se vyskytuje koktavost 3x častěji, než v běžné populaci.

Mezi základní příznaky patří spastické vyrážení a opakování slabik, většinou začátečních částí slov. Řeč je nesouvislá, může dojít i k jejímu zablokování. Při zaměření pozornosti na řeč se koktavost zhoršuje.

Pro diagnostiku slouží psychiatrické, psychologické, logopedické a foniatrické vyšetření.

Nástup koktavosti je nejčastěji mezi 2. a 7. rokem věku, do 6 let se objeví u 80-90% takto postižených jedinců. Porucha může začít náhle nebo postupně. Nejběžnější je postupný vývoj, s opakováním počáteční souhlásky, prvního slova nebo fráze. Dítě si zprvu poru-

chy nemusí být vědomo. Postupně je porucha častější a více rušivá, vyskytuje se ve většině mluveného projevu. Koktavost děti stigmatizuje především společensky, může se objevit strach z mluveného slova, vyhýbavé chování až příznaky sociální fobie nebo se dítě naučí mluvit jen v krátkých a jednoduchých výrazech. Koktavost vymizí u 65-85% dětí.

Z hlediska léčby je jako primární logopedická péče, dále relaxační a behaviorální techniky, psychoterapie, sociální podpora. V závažnějších případech i léčba psychiatrická k zabránění strachu z mluveného projevu (tzv. logofobie),

OTÁZKY

1. Pokud jde o porucha chování samotářského, agresivního typu.:

a) Poruchu chování ve vztahu k rodině

b) Nesocializovanou poruchu chování

c) Poruchu opozičního vzdoru

2. Čím je charakteristická Generalizovaná úzkostná porucha v dětství?

a) Všeobecnou trvalou úzkostí, která není omezena na definované vnější okolnosti

b) Stálou úzkostí v situacích, kdy se dítě setkává s cizími dospělými lidmi

c) Extrémním strachem z určitého konkrétního objektu nebo situace

3. Stav bezděčného nebo úmyslného pomočování v noci nebo ve dne, které se vyskytuje u dětí nad 5 let věku a trvá nejméně 3 měsíce, se označuje jako:

a) Neorganická enuréza

b) Neorganická enkopréza

c) Tiková porucha

SHRNUTÍ KAPITOLY

Tato kapitola byla věnována poruchám chování a emocí se začátkem obvykle v dětství. Zabývala se nejčastěji se vyskytujícím poruchám, se kterými se ve své praxi mohou speciální psychologové setkat.

ODPOVĚDI

1 b, 2 a , 3 a

DALŠÍ ZDROJE

HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER. J. a kol.. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

PETR, T., MARKOVÁ, E. A KOL. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.

RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., JANOTOVÁ, D. Psychiatrie. *Minimum pro praxi.* 5. vydání. Praha: Triton, s.r.o., 2012. 240 s. ISBN: 978-80-7387-582-4.

12 TRANSKULTURÁLNÍ PSYCHIATRIE

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Poslední kapitola tohoto distančního textu je věnována problematice Transkulturální psychiatrie. Jde o poměrně nový obor spadající pod sociální psychiatrii, který se zabývá duševními poruchami v kontextu jiných kultur.

CÍLE KAPITOLY

Cílem této kapitoly je představit transkulturální psychiatrii jako jeden z oborů psychiatrie tak, aby student:

- Získal základní znalosti o obsahu tohoto oboru
- Byl schopen popsat problematiku transkulturální psychiatrie
- Uměl zaujmout správný přístup k osobám z odlišného sociokulturního prostředí

ČAS POTŘEBNÝ KE STUDIU

2 hodiny

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Transkulturní psychiatrie, duševní porucha, nemocný, migrant

Transkulturální psychiatrie je součástí sociální psychiatrie. Začala se konstruovat v polovině 20. století. Studuje podobnosti a rozdílnosti duševních poruch v různých kulturách

a společnostech. Zkoumá výskyt a rozložení duševních nemocí v různých částech světa, jejich klinický obraz ve vztahu k sociálním a kulturním faktorům, formy léčení v různých prostředích a postoje společnosti k duševně nemocným. Zároveň studuje migraci a její vliv na zdraví člověka.

Odlišný výskyt onemocnění je dán rozdílným kulturním chápáním problému. To, co je v některé zemi považováno za normu nebo dokonce žádoucí, v jiné kultuře může být považováno za chorobu. Příkladem může být odlišný přístup k problematice užívání alkoholu nebo drog, obsedantní chování může být v některé kultuře vnímáno jako choroba, v jiné jako žádoucí rituál nebo magický výkon.

Příkladem mohou být kulturně vázané syndromy, které jsou definovány jako kombinace psychických a somatických příznaků, které se vyskytují v návaznosti na specifické kulturní prostředí. Vychází se zde ze skutečnosti, že v dané kultuře je konkrétní porucha uznávaná jako nemoc a je léčena v daném místě dostupnými a uznávanými postupy.

Příkladem může být tzv. *amok*, tedy stav, kdy se jindy nenápadný jedinec najednou rozzuří, začne lidi kolem sebe napadat a zabíjet. Nakonec zabije sám sebe nebo upadne do bezvědomí. Tento akutní neklid je považován za posedlost ďáblem. Některé kmeny indiánů věří, že příznaky únavy, úzkost, nespavost, děsivé sny, ztráta chuti k jídlu a pokles nálady jsou spojeny s duchy zemřelých, kteří se snaží unést dotyčného s sebou a tento stav nazývají *nemoc duchů*. V naší kultuře bychom hovořili spíš o příznacích deprese.

V Jižní a Střední Americe se u domorodých obyvatel považuje za posedlost zlým duchem stav, kdy má jedinec příznaky posttraumatické stresové poruchy v návaznosti na traumatickou událost. Tento stav se označuje jako *susto*. V blízkém orientu se označuje jako Zar stav, kdy se žena projevuje dissociativními a depresivními příznaky, v tamější prostředí je ale stav opět spojován s posedlostí duchy.

V některých destinacích dochází i ke stavům, které se vyskytují pouze v daném prostředí.

Příkladem může být Whitico - psychotická porucha byla popsána u Eskymáků z Hudsonova zálivu. Mezi projevy patří nutkání jíst lidské maso, úzkost a přesvědčení, že je jedinec očarován příšerou z ledu a kostí, která žere lidi.

Jiným příkladem je stav Ode Ori, který byl popsán v Nigérii u úředníků a studentů, kteří se intenzivně učili. Tito jedinci prožívali nepříjemné pocity, že jim hlavou či celým tělem prolézá parazit, syčení a hučení v uších, palpitace, poruchy zraku, závratě, úzkost a nevýkonnost.

Tyto poruchy mohou mít pro naše prostředí i mírně humorný nádech. Na příklad v Indii se vyskytuje porucha Dhat syndrom, která se projevuje obavami ze ztráty semene. Tito jedinci si stěžují na slabost, ztrátu chuti k jídlu, úzkost a pocit viny.

Význam transkulturální psychiatrie roste v důsledku zvýšené migrace obyvatelstva. Většina ekonomicky úspěšných zemí se potýká s problémy porozumět psychice uprchlíků a proto jsou této skupině věnovány následující řádky.

Migranti

Ve sběrných táborech je procento duševních poruch menší než po usídlení v nové vlasti. Když pomine největší stres, při dekompenzaci duševního stavu se často dostavuje „sociální zhroucení, které se projevuje depresí a neurastenickými potížemi vzniklými v důsledku vytržení z domácího prostředí. Hovoříme o posttraumatickém syndromu.

Přistěhovalci ze zemí s jinou kulturou jsou vystaveni řadě tlaků, které souvisejí s adaptací na novou kulturu. Kultura je charakteristická naučeným způsobem jednání a myšlení. Zároveň nabízí hotová a ověřená řešení a chrání vzory a jednotlivé komponenty společnosti.

Pokud dojde k přemístění do jiné kultury, dochází k určitým změnám. Ty mohou být *krátkodobé* nebo *dlouhodobé*.

Krátkodobé změny – mají za následek lehčí psychické poruchy neurotického rázu s častými somatickými příznaky.

Dlouhodobé změny – mohou podmínit vznik tzv. kulturního šoku, který se postupně projevuje v následujících fázích:

1. nekritickým nadšením ze všeho nového
2. obdobím rozčarování – jedinec se vrací do minulosti, stýská se mu po starém,
3. depresí

4. obnovením sebedůvěry
5. adaptací na nové prostřední.

Pro vznik duševní poruchy jsou spíše důležité okolnosti emigrace:

- Dobrovolně se stěhují hlavně lidé v lepším zdravotním stavu. Mají informace o podmínkách, do kterých se stěhují, a očekávají je.
- Násilně jsou vystěhováni i lidé s různým zdravotním postižením (včetně jedinců se schizofrenií) – tito jedinci se pak v novém prostředí častěji dekompenzují, v literatuře se používá pojem *sociální zhroucení*.

Důležitá je taky **soudržnost** skupiny migrantů. Ve skupině, která k sobě více lne, jsou na tom jedinci lépe a méně často se dekompenzují.

Není reálné, aby psychiatr znal veškeré kulturní a regionální odlišnosti. Je však důležité, aby při ošetřování nemocných z jiné kultury respektoval jejich zvyklosti a systém hodnot. Transkulturální psychiatrie umožňuje psychiatrům chápat, že každá situace má svůj sociální a historický kontext a bez jeho znalosti není možné poskytnout adekvátní léčbu. Je nutné si připustit, že člověk může vykazovat určité příznaky, které mohou někde poukazovat na duševní poruchu, jinde však tyto příznaky svědčí pro nějakou událost a nejsou chápané jako poruchy.

OTÁZKY

1. Jak se jmenuje obor, který studuje podobnosti a rozdílnosti duševních poruch v různých kulturách a společnostech?

    a) Sociální psychiatrie

    b) Transkulturální psychiatrie

    c) Transkulturální psychologie

2. Pokud se vyskytnou u migrantů psychické poruchy neurotického rázu s častými somatickými příznaky, považujeme je za poruchy:

a) Krátkodobé

b) Střednědobé

c) Dlouhodobé

3. Čím je charakteristická 3. fáze kulturního šoku:

   a) nekritickým nadšením ze všeho nového
   b) depresí
   c) obnovením sebedůvěry

SHRNUTÍ KAPITOLY

Tato kapitola byla věnována okruhu nejzávažnějších duševních poruch, psychózám. Poskytla základní informace o schizofrenii a ve zkratce o dalších nejčastěji se vyskytujících chorobách tohoto okruhu.

ODPOVĚDI

1 b, 2 a, 3 b

DALŠÍ ZDROJE

HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER. J. a kol.. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

LITERATURA

HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER. J. a kol.. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

HOSÁKOVÁ, J. HOSÁK, L. a kol. *Ošetřovatelská péče v psychiatrii.* Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik, 2018. 192 s. ISBN 978-80-7510-281-2.

582-4.

OREL, M. a kol. PSYCHOPATOLOGIE. Praha: Grada Publishing, a.s., 2016. 344 s. ISBN 978-80-247-5516-8.

PETR, T., MARKOVÁ, E. A KOL. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.

RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., JANOTOVÁ, D. Psychiatrie. *Minimum pro praxi.* 5. vydání. Praha: Triton, s.r.o., 2012. 240 s. ISBN: 978-80-7387-582-4.

SHRNUTÍ STUDIJNÍ OPORY

Studijní distanční text, který jste v tuto chvíli prostudovali, se věnoval problematice duševních poruch. Jsou zde shrnuty okruhy duševních poruch podle platné mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10.

První kapitola se zabývá organickými duševnímu poruchami, kam patří poměrně velká skupina nemocí – demencí. Následující kapitola zpřehledňuje základní poznatky o závislostech na návykových látkách.

Další dvě kapitoly jsou věnovány chorobám z okruhu psychóz, tedy schizofrenii a jiným psychotickým poruchám a afektivním poruchám, tedy poruchám nálady.

Obsáhlou kapitolou co do rozsahu je kapitola věnovaná úzkostným poruchám a poruchám vyvolaným stresem a somatoformním poruchám.

Následovaly kratší kapitoly, které studentům představily poruchy příjmu potravy, neorganické poruchy spánku a sexuální dysfunkce.

Další obsáhlou kapitolou byla ta, která se zabývala poruchami osobnosti a chování u dospělých.

Pro pedagogy byly významnými kapitoly zaměřené na mentální retardace, poruchy psychického vývoje a poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství. Jejich význam pro uvedenou profesi spočívá v tom, že pedagogové, kteří jsou s dětmi poměrně hodně času, mohou být nesmírně nápomocni při správné a časné diagnostice.

Poslední kapitola se okrajově dotkla specifického tématu transkulturální psychiatrie.

Autorka textu si je vědoma, že tato problematika je pro nezdravotníky velice obtížná. Proto vám gratuluji k výdrži a věřím, že nabyté znalosti uplatníte ve své pedagogické praxi.

PŘEHLED DOSTUPNÝCH IKON

Čas potřebný ke studiu

Cíle kapitoly

Klíčová slova

Nezapomeňte na odpočinek

Průvodce studiem

Průvodce textem

Rychlý náhled

Shrnutí

Tutoriály

Definice

K zapamatování

Případová studie

Řešená úloha

Věta

Kontrolní otázka

Korespondenční úkol

Odpovědi

Otázky

Samostatný úkol

Další zdroje

Pro zájemce

Úkol k zamyšlení

Název: **Psychiatrie pro speciální pedagogy**

Autor: **Mgr. Jiřina Hosáková, Ph.D.**

Vydavatel: Slezská univerzita v Opavě

Fakulta veřejných politik v Opavě

Určeno: studentům SU FVP Opava

Počet stran: 135

Tato publikace neprošla jazykovou úpravou.