

Krok k pochopení – další vzdělávání pracovníků
v sociálních službách, reg. č.: CZ.1.07/3.2.13/03.0029



PSYCHIATRICKÉ MINIMUM

MUDr. Lenka Růžičková



evropský
sociální
fond v ČR



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ



PSYCHIATRICKÉ MINIMUM

MUDr. Lenka Růžičková

Krok k pochopení – další vzdělávání
pracovníků v sociálních službách
reg. č. CZ.1.07/3.2.13/03.0029

Obsah

Úvod	5
1. Základní psychopatologické pojmy	5
1.1 Symptom	5
1.2 Vnímání a jeho poruchy	6
1.3 Emotivita a její poruchy	6
1.4 Pudy a jejich poruchy	6
1.5 Paměť a její poruchy	6
1.6 Jednání a jeho poruchy	7
1.7 Myšlení a jeho poruchy	7
1.8 Vědomí a jeho poruchy	7
1.9 Intelekt a jeho poruchy	7
1.10 Osobnost a její poruchy	7
2. Definice duševní poruchy	8
2.1 Duševní porucha (nemoc) a duševní zdraví	8
2.2 Příčiny vzniku duševních poruch	9
3. Minimum z klinické psychiatrie	9
3.1 Historie psychiatrie	10
3.2 Nosologie (Nauka o třídění nemocí)	10
3.2.1 Organické psychické poruchy	11
3.2.2 Endogenní psychické poruchy	14
3.2.3 Psychogenní psychické poruchy	16
3.2.4 Psychické poruchy s podílem organickým, endogenním a psychogenním	19
4. Práce psychiatra, zásady etické práce s klientem	22
4.1 Diagnostický proces	22
4.2 Značkovací proces a postavení duševně nemocného ve společnosti	23
4.3 Možnosti zneužití psychiatrie	24
4.4 Etické aspekty práce psychiatra	24
5. Právní minimum v psychiatrii	25
5.1 Nedobrovolné hospitalizace	25

5.2	Soudní psychiatrie	27
5.2.1	Soudně psychiatrická expertiza v trestním řízení.....	27
5.2.2	Soudně psychiatrická expertiza v občanském soudním řízení	28
6.	Práva duševně nemocných	28
6.1	Deklarace lidských práv duševně nemocných.....	29
6.2	Deklarace lidských práv a duševního zdraví.....	29
7.	Pravidla přístupu k psychiatrickým klientům.....	30
7.1	Psychologický přístup.....	30
7.2	Zvláštní přístupy s ohledem na některé poruchy	31
8.	Psychoterapie	33
8.1	Možnosti rozdělení psychoterapie.....	33
8.2	Hlavní směry a metody psychoterapie	33
8.2.1	Hlubinná a psychoanalytická psychoterapie.....	33
8.2.2	Rogersovská psychoterapie	34
8.2.3	Kognitivně behaviorální psychoterapie (KBT)	34
8.2.4	Racionální psychoterapie.....	35
8.2.5	Sugestivní a hypnotická psychoterapie.....	35
8.2.6	Nácviková psychoterapie.....	35
8.2.7	Logoterapie a existenciální analýza.....	35
8.2.8	Gestalt psychoterapie.....	36
8.2.9	Některé další psychoterapeutické metody.....	36
9.	Psychopatologie	37
9.1	Depresivní syndrom	37
9.2	Manický syndrom	37
9.3	Paranoidní syndrom	37
9.4	Halucinatorní syndrom.....	37
9.5	Amentní syndrom.....	38
9.6	Deliriózní syndrom	38
9.7	Organický psychosyndrom.....	38
9.8	Neurastenický syndrom.....	38
9.9	Hypochondrický syndrom.....	38
9.10	Fobický syndrom.....	38
9.11	Obsedantní syndrom.....	39
9.12	Hysterický syndrom (konverzní, disociační)	39

9.13	Poruchy osobnosti	39
9.13.1	Paranoidní porucha osobnosti	39
9.13.2	Schizoidní porucha osobnosti	39
9.13.3	Emočně nestabilní porucha osobnosti	40
9.13.4	Anankastická porucha osobnosti	40
9.13.5	Vyhýbavá porucha osobnosti	40
9.13.6	Závislá porucha osobnosti.....	40
9.13.7	Narcistická porucha osobnosti	40
9.13.8	Disociální porucha osobnosti.....	41
9.13.9	Pasivně-agresivní porucha osobnosti	41
9.13.10	Histrionská porucha osobnosti	41
10.	Základy duševního zdraví.....	42
10.1	Co je to stres.....	42
10.2	Prevence	43
11.	Léčba duševních poruch.....	43
11.1	Psychofarmakoterapie.....	44
11.2	Biologické terapie	44
11.3	Psychiatrická rehabilitace	45
12.	Psychóza	45
12.1	Schizofrenie	46
12.2	Příznaky schizofrenie	46
12.3	Formy schizofrenie.....	47
12.4	Průběh a léčba	49
12.5	Jaké jsou nejčastější mýty o schizofrenii?.....	49
13.	Kazuistiky, závěr	51
13.1	Kazuistiky	51
13.1.1	Demence.....	51
13.1.2	Schizofrenie.....	52
13.1.3	Mánie	53
13.1.4	Deprese	54
13.1.5	Panická úzkostná porucha	55
13.1.6	Obsedantně-kompulsivní porucha	56
13.1.7	Mentální anorexie	57
14.	Závěr	58

ÚVOD

Psychiatrie je medicínský obor, který se zabývá prevencí, rozeznáváním a léčením duševních poruch (řecky psyché = duše, iatrea = léčba).

Psychiatrie má v teorii medicíny významné místo na pomezí věd biologických a společenských, má návaznost na filozofii, psychologii, ale i neurologii, internu. Psychiatrie se zabývá jedinci, kteří trpí duševní poruchou, což je velmi široký pojem.

V souvislosti s psychickými poruchami se setkáváme s širokou problematikou společensko-sociální, což nelze řešit jenom v rámci zdravotnictví, ale je nutná spolupráce s dalšími institucemi, jak v oblasti sociální, tak právní – policie, soudy.

Tento text svým obsahem nemůže zdaleka obsáhnout všechny otázky týkající se duševně nemocných ani nemůže poskytnout podrobnější informace o psychických poruchách. Podává jen přehled o základních otázkách psychiatrie, stručný popis některých významných duševních poruch a základní informace týkající se možnosti léčby duševně nemocných.

1. ZÁKLADNÍ PSYCHOPATOLOGICKÉ POJMY

1.1 Symptom

Symptomem (příznakem) rozumíme některý z projevů nemoci. Podle přítomnosti určitých příznaků můžeme usuzovat na určitou nemoc nebo poruchu. Příznaky mohou být **nespecifické** (např. poruchy spánku) – jsou přítomny u více poruch, některé zase **specifické** (např. nadměrná spavost u narkolepsie). Dále rozlišujeme příznaky **subjektivní**, které uvádí sám nemocný, a **objektivní**, které můžeme zjistit pozorováním, laboratorním vyšetřením, zobrazovacími metodami apod...

Příznaky rozdělujeme podle toho, kterých oblastí psychiky se týkají. Psychiatrie řeší jejich patologické projevy, proto se zde na ně zaměříme.

1.2 Vnímání a jeho poruchy

Vnímání je základní psychická funkce, která umožňuje poznávat vnější svět a změny ve vlastním těle prostřednictvím smyslových orgánů, umožňuje poznávat, orientovat se v situaci. Mezi základní poruchy vnímání patří **iluze** (zkreslené vjemy skutečných podnětů) a **halucinace** (vjemy, které vznikají bez vnějšího podnětu, ale nemocný jim připisuje charakter skutečnosti – sluchové, zrakové, čichové, tělové).

1.3 Emotivita a její poruchy

Emoce vyjadřují subjektivní vztah člověka k jeho vlastním projevům a k jeho okolí. Bývají provázeny tělesnými projevy (mimika, hlasový projev, vegetativní projevy). Emoce dělíme na **afekt** (prudké, krátkodobé reakce – patologií je *nadměrný afekt* – často ve spojení s agresí, *pathický afekt* – v podstatě porucha vědomí s neklidem) a **nálady** (trvalejší pohotovost emoční reakce – patologie – expanzivní nálada, depresivní nálada, fobie).

1.4 Pudy a jejich poruchy

Pudy jsou vrozené biologické mechanismy, jejichž pomocí uspokojujeme základní biologické potřeby (pud obživný, pud sebezáchovy, pud pohlavní, pud rodičovský, pud sociální). Narušení např. pudu obživného – chorobná žravost (bulimie) nebo naopak odmítání stravy (anorexie). Narušení pudu sebezáchovy může vést k sebepoškozování, sebevraždám.

1.5 Paměť a její poruchy

Paměť je schopnost přijímat, uchovávat a podle potřeby vybavovat a uplatňovat získané informace. Při ukládání informace do paměti se uplatňují emoce, myšlení, intelekt. Mezi poruchy patří *hypomnézie* – oslabení paměti, běžné při únavě, *hypermnézie* – zvýšená jistota při vybavnosti. *Amnésie* je ztráta paměti, která může být částečná (parciální) např. po úrazech hlavy, nebo úplná (totální), což je např. u demencí. Při bájné lhavosti (*pseudologia phantastica*) jedinec vypráví neskutečné události, jako by je sám prožil (syndrom barona Prášila).

1.6 Jednání a jeho poruchy

Jednání je psychická činnost, kterou se sleduje dosažení určitého cíle. Má dvě části: **vůli** (chtění něčeho dosáhnout) a **jednání** (aby bylo činnost možné realizovat). Poruchy vůle – *oslabení* (hypobulie) nebo *zvýšení* (přehánění, hyperbulie). Mezi poruchy jednání patří *nutkavé jednání* – má vtíravý charakter (např. opakovaně se vracet, zda je zamčeno). Mezi poruchy jednání patří i abnormní reakce: *zkratkovaná reakce* – k dosažení cíle se použije ihned nabízená eventualita (často v rozporu se společenskými normami).

1.7 Myšlení a jeho poruchy

Myšlení je psychický proces, který umožňuje zprostředkované poznání skutečnosti. Poruchy rozdělujeme na **formální** (např. zpomalené nebo zrychlené myšlení) a **obsahové** (blud – mylný závěr, o jehož správnosti je postižený nevývratně přesvědčen).

1.8 Vědomí a jeho poruchy

Vědomí je stav, v němž probíhají normálně všechny psychické funkce. Je charakterizován dvěma základními projevy: bdělostí a sebeuvědomováním. Změny vědomí rozlišujeme jednak **fyzilogické** (spánek) a jednak **patologické** – *kvantitativní poruchy vědomí* (somnia, sopor, koma, mdloba), *kvalitativní* (delirium, zmatenost, obnubilace – mráкотný stav).

1.9 Intelpekt a jeho poruchy

Intelpekt je souhrn rozumových schopností a vědomostí člověka. Úroveň intelektových schopností se vyjadřuje **intelligenčním kvocienem**, který udává, zda se schopnosti pohybují v pásmu nadprůměru, průměru, podprůměru, nebo defektu (vrozený u mentální retardace, získaný např. u demence).

1.10 Osobnost a její poruchy

Osobnost je soubor duševních a tělesných vlastností člověka, který se utváří v průběhu vývoje a projevují se ve společenských vztazích. **Charakterem** se rozumějí povahové vlastnosti, tj. schopnost a pohotovost projevat se určitým způsobem (podle toho vznikla různá dělení osobnosti). U psychických poruch vidíme i **poruchy osobnosti** (snížená úroveň – *degradace*, *depravace* – při narušení sociálních vztahů, *deteriorace* – narušení osobnosti v oblasti intelektu). **Psy-**

chopatie je porucha vývoje osobnosti. Některé rysy osobnosti jsou nadměrně zvýrazněny, jiné naopak potlačeny. U těchto osobností se setkáváme s malou přizpůsobivostí, klinické projevy jsou velmi pestré, v některých obdobích se rysy zvýrazňují (puberta, klimakterium), mívají častěji problémy s alkoholem a návykovými látkami, s kriminalitou, častější psychické problémy (pak mluvíme o dekompenzaci).

Použité zdroje:

Höschl C., Libiger J. a Švestka J. *Psychiatrie*. Druhé, doplněné a opravené vydání. Praha: Tigris, spol. s.r.o., 2004. s. 295- 336. ISBN 80-900130-7-4

Dušek K. a A. Večeřová-Procházková. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Dotisk 2. Praha: Grada Publishing, s.r.o., 2011. s. 42 – 137. ISBN 978-80-247-1602-6

2. DEFINICE DUŠEVNÍ PORUCHY

2.1 Duševní porucha (nemoc) a duševní zdraví

Abychom mohli diagnostikovat duševní poruchu, musíme znát nejen diagnostická kritéria, ale i normu psychického zdraví. Pohledy na tuto otázku se různí, mají svou sociální, odbornou a laickou stránkou. To, co je pro někoho ještě normou, pro jiné už může být poruchou, kritérium normalnosti samo o sobě neexistuje, je to vždy vztah k něčemu.

Sociologové chápou **nemoc** jako úchylku. Důvodem takového chápání je společenská nežádoucnost nemoci a odchýlení se od chování, které od jedince společnost očekává (výhoda – nemocný za svou nemoc nemůže, je zproštěn povinností, nevýhoda – nemocný je povinen dávat najevo vědomí nežádoucnosti svého stavu, je povinen vyhledat odborníka a spolupracovat s ním).

V minulosti pak vznikaly různé **modely duševních poruch**, které se v současné či minulé psychiatrii objevovaly na základě zhruba tří teorií:

1. teorie založené na morfologii nebo činnosti mozku (nemoc je výsledkem mozkové poruchy)
2. teorie, které se odvolávají na programování chování (behaviorismus, etologie – duševní porucha je chápána jako naučené narušené chování)

3. teorie, která zdůrazňovala účelovou podmíněnost příznaků (psychoanalýza – duševní porucha je vždy jedinečná a má individuální příčinu, cílem je léčení nevědomých konfliktů)

2.2 Příčiny vzniku duševních poruch

Duševní poruchy můžeme rozdělovat podle vzniku do tří hlavních skupin: organické, endogenní a psychogenní.

Za **organické duševní poruchy** pokládáme takové, které mají příčinu ve známém postižení mozku. Nejčastější příčinou jsou cévní poruchy: hypertenze, mozková aterosklerosa, dále infekční onemocnění mozku, mozkové nádory, poranění mozku a postižení toxické (např. alkohol, drogy, metabolické poruchy).

Skupinu **endogenních psychických poruch** tvoří onemocnění, u nichž se uplatňuje mnoho příčin. Již Krapelin (zakladatel moderní psychiatrie) předpokládal, že jde o choroby, jejichž příčina je dána konstitucí, dědičností (hereditou). Podíl genetických faktorů u duševních poruch je sice zřejmý, ale není jednoznačný, jak se v čase ukázalo. Do této skupiny řadíme schizofrenii, maniodepresivní poruchy.

Další skupinu tvoří **psychogenní psychické poruchy**, kde se předpokládá psychotrauma nebo dlouhodobé nepříznivé působení – psychotraumatizace (vliv životních událostí, úmrtí v rodině, konflikty v rodině, v zaměstnání apod.). I u této skupiny mají vliv faktory dědičné.

Použité zdroje

Dušek K. a A. Večeřová-Procházková. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Dotisk 2. Praha: Grada Publishing, s.r.o., 2011. s. 22 – 40. ISBN 978-80-247-1602-6

Dušek K. a E. Malá. *Učebnice pro zdravotnické školy*. Praha: Avicenum, 1990. s 33 – 58. ISBN 80-201-0021-0

3. MINIMUM Z KLINICKÉ PSYCHIATRIE

Mezi základní úkoly psychiatra patří diagnostika duševních poruch. Historie psychiatrie je však mnohem kratší než u dalších medicínských oborů, neboť ne vždy byly duševní poruchy považovány za zdravotní problém.

3.1 Historie psychiatrie

Starověk – na počátku převládala mytologie a duševní porucha byla pokládána za trest bohů, léčila se např. zařikáváním. Dále však již byla snaha o vědecký výklad, např. **Hipokrates** (460–377 př. Kr.) považoval šílenství za nemoc mozku, který je sídlem inelektu. Jeho hlavním léčebným postupem bylo vymýtít z těla nahromaděné tělesné šťávy. **Celseus** (přelom našeho letopočtu) doporučoval v léčbě vlídnost a laskavé zacházení (u melancholiků hudbu, předčítání, u „vzrušených“ cvičení do únavy).

Středověk – náboženský fanatismus způsobil celkový úpadek medicíny, duševně nemocní byli často považováni za posedlé ďáblem, mučeni a popravováni. Patřili mezi žebráky, tuláky, byli vyháněni z měst (např. loď bláznů v Německu, které je dopravovaly na opuštěné ostrovy apod.).

V 18. stol. nastala výrazná změna v nazírání na péči o duševně nemocné, začal rozvoj ústavní péče. (**F. Pinel** – významný francouzský lékař, který „sňal“ okovy duševně nemocným.)

V 19. stol. pokračuje rozvoj psychiatrie, vědecky podložená klasifikace duševních nemocí, rozvoj léčby. **Emil Kraepelin** (1865–1926) zdůrazňoval pozorovací techniku, hledal korelaci mezi základními příznaky a průběhem onemocnění. Položil základy psychiatrické nosologie a systematiky. Přínosem pro terapii duševně nemocných se koncem 19. století stal **Sigmund Freud** a jeho následovníci díky rozvoji psychoanalýzy a dynamické psychoterapie. Znamenalo to zcela jiný přístup k duševně nemocným a novým terapeutickým metodám.

V 20. stol. je patrný významný rozvoj léčby duševně nemocných – biologická léčba (elektrošoky, inzulinové šoky), psychofarmakoterapie.

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) vyčlenila psychiatrii jako samostatný obor až od 6. revize v roce 1948. V současnosti využíváme k diagnostice duševních poruch MKN-10 (F dg.)

3.2 Nosologie (Nauka o třídění nemocí)

V této části se budeme zabývat popisem jednotlivých duševních poruch podle převažujícího vyvolávajícího činitele (psychické poruchy organické, endogenní, psychogenní).

3.2.1 Organické psychické poruchy

Poruchy vznikající poškozením mozku.

Duševní poruchy na podkladě cévního onemocnění mozku

Při hypertenzi a ateroskleróze dochází k poruše zásobování mozku kyslíkem, kdy citlivé mozkové buňky odumírají. Tento proces je postupný. V důsledku toho dochází k psychickým změnám, které zařazujeme do **organického psychosyndromu**. Tento syndrom má dvě fáze – pseudoneurastenii (bolesti hlavy, závratě, poruchy spánku, unavitelnost, nesoustředěnost, mírné poruchy paměti, hypochondrické stesky) a **vaskulární demenci** (k té dochází až při výraznějším poškození mozkových buněk, dominují poruchy paměti, objevují se stavy zmatenosti, zvláště noční, častější bývá emoční labilita, depresivní ladění, sebevražedné sklony).

Léčení je převážně symptomatické – používají se nootropika – léky na podporu funkce mozku, antidepresiva, hypnotika.

Duševní poruchy na podkladě mozkové atrofie

Jedná se o postupný úbytek mozkových buněk.

V počátku mluvíme o **stařeckých změnách osobnosti**, které se projevují zvýšeným upnutím se na vlastní osobu, zvýraznění negativních povahových rysů (lakota, nedůvěřivost, snadná urážlivost, úzkostnost). V rozhovoru ztrácejí pružnost, jsou rozvláční, zabíhající, zvýšeně sugestibilní.

Poruchy paměti se prohlubují a dochází k rozvoji demence, kdy nejznámějším a dnes i nejčastějším typem je **Alzheimerova demence**. Projevuje se difúzním poškozením psychických funkcí, typické je, že nemocní si své postižení neuvědomují. Ladění bývá častěji euforické, ale může být přítomna i deprese. Výpadky v paměti nahrazují smyšlenkami (konfabulacemi). Postupem nemoci přibývá poruch chování, můžou být přítomny bludy (často paranoidní, nemůžou něco najít, a tak jim to někdo bere, okrádá je apod.), halucinace (častěji zrakové), bloudění, postupně celková ztráta soběstačnosti.

Léčení dnes umožňují specifická léčiva – kognitiva, dále pak je léčba symptomatická (antidepresiva, hypnotika, antipsychotika).

Sociální aspekty péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou. Tato diagnóza je zásahem do celého rodinného systému, pro nemocného je dobré zajistit, aby mohl být co nejdéle ve svém známém prostředí, s rodinou. Ze strany státu je možné čerpat soustavu příspěvků a dávek. Základní je příspěvek na péči, který je poskytován:

- osobám s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem, což znamená, že takový stav trvá minimálně jeden rok a více
- osobám s předpokladem trvání nemoci, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci, tzn. péče o vlastní osobu a zajištění soběstačnosti

Žádost o příspěvek na péči: je možné o něj písemně požádat na OSSZ obce, v jejímž spádovém území se žadatel nachází. Po podání žádosti proběhne sociální šetření v domácnosti žadatele, zdravotní stav posuzuje posudkový lékař, který určí stupeň závislosti žadatele na pomoci jiné osoby a tím výši přiznaného příspěvku. Podklady mu zasílá praktický lékař, takže je dobré všechny zprávy od ostatních lékařů-specialistů praktickému lékaři žadatele nosit.

Existují další dávky sociální péče, o které je možné žádat na sociálním odboru příslušného obecního úřadu. Jedná se o dávky pro občany těžce zdravotně postižené a občany s těžkými vadami nosného nebo pohybového aparátu.

Jednorázové a opakující se dávky sociální péče poskytované občanům:

- jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek (jedná se o pomůcky, které nehradí pojišťovna nebo jenom částečně)
- příspěvek na úpravu bytu (bezbariérové bydlení)
- příspěvek na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravy motorového vozidla
- příspěvek na provoz motorového vozidla
- příspěvek na invalidní dopravu
- příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu a garáže
- příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům

V případě, že je potřeba osobě se sníženou soběstačností a sebeobsluhou pořídit **kompensační pomůcky**, doporučuje se obrátit na odborníka (fyzioterapeuta, ergoterapeuta z agentury domácí zdravotní péče nebo pečovatelské služby), který přesně určí, jaké pomůcky jsou vhodné, kdo je může předepsat. Pomůcky předepisuje lékař-specialista (ortoped, neurolog, rhl lékař, chirurg), návrh většinou schvaluje posudkový lékař. Pomůcky je také možné zapůjčit. Zvláštní oblasti jsou inkontinenční pomůcky (speciální vložky, pleny, kalhotky, podložky atd.). Podle stupně inkontinence (lehká, střední, těžká) se může předepsat určitý počet pomůcek, předepisovat může gynekolog, urolog i praktický lékař.

Je možné využití **pečovatelské služby**. Je to především terénní služba poskytovaná v domácnostech. Provádí se dohodnuté úkony, jako jsou pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu (oblékání, přesun po bytě), pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti (úklid, nákup), zprostředkování kontaktu např. s lékařem, návštěva úřadu atd.

Služby osobní asistence poskytují stejné druhy úkonů jako pečovatelská služba, navíc můžete žádat výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, služby jsou časově neomezeny.

Odlehčovací služby jsou především pobytové služby, jejichž cílem je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek, ale také zajištění péče v době, kdy má pečující osoba před sebou např. operaci nebo lázeňský pobyt. Většinou je maximální délka pobytu 3 měsíce. Na úhradu za sociální služby v zařízení je možné využít příspěvek na péči. Je možné využití centra denních služeb (denní stacionáře), které zabezpečují dohled např. v době, kdy pečující dochází do zaměstnání.

Pokud pacient potřebuje zdravotní péči ve svém domácím prostředí, provádí ji na základě indikace praktického lékaře zdravotní sestra přímo v domácnosti pacienta (např. aplikace injekcí, převazy, ošetrovatelská rehabilitace, domácí hospicová péče apod.). Takto indikovaná domácí zdravotní péče – home care – je plně hrazena ze zdravotního pojištění.

Duševní poruchy při ostatních poškozeních mozku

Vznikají jednak při mozkových nádorech, při poraněních mozku, při epilepsii, v důsledku dlouhodobé intoxikace (alkohol, drogy), ale i krátkého působení silné toxické látky, při zánětlivých onemocnění mozku (encefalitidách), lues (syfilis; dříve se vyskytovalo luetické onemocnění mozku – **progresivní paralýza**: častá byla expanzivní, manická nálada s velikášskými bludy, s nástupem antibiotik byla předcházející stádia potlačena, dnes jenom velmi vzácné onemocnění).

Psychické změny u těchto poškození se častěji řeší na jiných odděleních – neurologie, interna, projevy bývají různé – od **akutních** se stavy zmatenosti, delirii až po následné **trvalé** změny – organický psychosyndrom, kde mohou být nejrůznější změny – od poruch osobnosti přes další psychické nemoci – deprese, psychózy či opět demence s narušením paměti.

Léčení spočívá v léčbě základního onemocnění a dále ovlivnění jednotlivých symptomů.

3.2.2 Endogenní psychické poruchy

Mezi tyto poruchy se řadí takové, u kterých předpokládáme vliv vnitřních činitelů (dědičnost, změny biochemické, metabolické), ale i podíl vlivů sociálních a psychogenních při jejich vzniku. Zařazujeme sem především schizofrenii, schizoafektivní poruchy, maniodepresivní psychózu.

Schizofrenie (podrobně viz kapitola 13)

Patří mezi nejzávažnější duševní poruchy. Onemocnění se může projevovat v nejrůznějších formách, které navzájem do sebe přecházejí, mluvíme spíše o **onemocněních schizofrenního okruhu** (schizofrenie, akutní psychotické poruchy, poruchy s bludy atd.).

Jde o onemocnění charakterizované **poruchami myšlení (bludy), vnímání (halucinace) a osobnosti, ale i porucha emotivity**. Vzniká obvykle v mladém věku. Vyskytují se však i formy se začátkem v dětství, které mají špatnou prognózu vzhledem k výraznému zasažení vývoje osobnosti. Další možností jsou formy v pozdějším věku – dříve používaný výraz parafrenie – objevuje se obvykle ve středním věku,

převážně u žen, kde bývají přítomny pestré halucinace všech smyslů, bludy převážně z oblasti sexuální. Další formou jsou involuční paranoidní psychózy s obvykle výraznou depresivní složkou.

Při diagnóze schizofrenie je třeba posoudit, zda převládají pozitivní či negativní příznaky nemoci. **Pozitivní příznaky** (jako by něco navíc v psychice) jsou halucinace, bludy, vzrušenost, impulzivita, rapt, bizarní projevy. **Negativními příznaky** znamenají minus oproti normě, patří sem psychomotorický útlum, zpomalená reaktivita, ztráta vůle, spontaneity, autismus.

Podle klinického obrazu se rozlišují čtyři základní formy: **paranoidní**, která je nejčastější, **hebefrenní**, **katatonní**, **simplexní**. Z hlediska průběhu může být rychlý, akutní nástup (často znamená lepší prognózu), nebo pozvolný s přetrvávajícími příznaky. Některé formy se vrací v atakách. Odhaduje se, že schizofrenii trpí asi 1 % – 1,5 % populace, stejně mužů jako žen.

Léčení schizofrenie se provádí psychofarmaky – antipsychotiky, dříve označovanými jako neuroleptika. V posledních dvaceti letech došlo v této oblasti k nebývalému rozvoji nových, moderních léků s vyšší účinností a lepší snášenlivostí, což napomáhá k dosažení remise (úzdavy) onemocnění. Současně je léčba doplňována psychoterapií a zvláště pak sociální rehabilitací s rozvojem komunitní péče (kluby pacientů, chráněné dílny apod.).

Maniodepresivita

Onemocnění, kde se střídají obě fáze, tedy. manická a depresivní. Mohou se vyskytovat různé varianty (převaha mánií, spíše však bývá převaha depresí s jen mírnými manickými stavy). Dnes se porucha označuje jako **bipolární**.

Manická fáze – se vyznačuje různě vyjádřeným manickým syndromem: povznesená nálada, zrychlené myšlení, zvýšená aktivita, nemocní cestují, zvýšeně utrácí, nakupují často nesmyslné věci, jsou i zvýšeně sexuálně aktivní. Nálada může být až expanzivní s bludy, často megalomaničtými (přeceňování vlastní osoby a významu).

Depresivní fáze – je opakem předchozí, skleslá, smutná nálada, celkové zpomalení. V myšlení se objevují výčitky, sebevražedné myš-

lenky, může být silná úzkost, někdy naopak úplná apatie. Silně vyjádřené příznaky – dříve melancholie, kdy mohou být přítomny i mikro-manické bludy (výrazné podceňování své osoby, zbytečnost). Vedle projevů psychických pozorujeme i příznaky tělesné – nechutenství, úbytek na váze, nespavost, příznaky z gastrointestinální (zácpa, průjm, bolesti břicha) či kardiovaskulární oblasti (bušení srdce, mdloby, dechové obtíže). Obvykle se nemocní cítí nejhůř po ránu. Doporučuje se v depresi nedělat žádná významná životní rozhodnutí, po úpravě stavu člověk vidí řadu problémů jinak.

Dříve se pouze samotná deprese bez manických fází označovala jako **endogenní deprese** nebo též hovoříme o **unipolární depresi**. Může se vyskytnout jedenkrát za život, pokud se opakuje, hovoříme o **periodické depresivní poruše**.

Léčba poruchy se odvíjí od fáze, ve které se nemocný nachází, ale základem u bipolární poruchy jsou tzv. stabilizátory nálady (lithium, moderní antiepileptika, antipsychotika), u mánie je nutná sedace, u deprese pak antidepressiva, pokud se deprese opakují často, je užívání i celoživotní. Léčba si často vyžaduje hospitalizaci, závažné stavy se léčí i elektrošoky.

3.2.3 Psychogenní psychické poruchy

Tvoří převážnou většinu psychických poruch. Odhaduje se, že 15 až 20 % veškerého obyvatelstva trpí nějakými psychickými potížemi, které vnikají psychogenně. Jde o takové poruchy, kde je zřejmá nebo víceméně zřejmá souvislost mezi nějakou životní krizí a vznikem onemocnění. Dříve se používalo rozdělení na *poruchy reaktivní* (bezprostřední návaznost na událost) a tzv. *neurózy* (dlouhodobý vývoj, kdy došlo k abnormálnímu zpracování déletrvající konfliktní situace; jsou považovány za poruchu adaptace vůči prostředí i sobě samému, důležitou roli hraje i genetický základ osobnosti, její struktura). V současnosti mluvíme o **úzkostných poruchách**.

Úzkostné poruchy by se daly popsat jako kombinace různých tělesných a psychických projevů úzkosti, které nejsou vyvolány žádným reálným nebezpečím a které se vyskytují buď v záchvatech (panika), nebo jako setrvalý stav.

Nejčastější psychické příznaky úzkosti:

- strach
- napětí, vnitřní neklid, předrážděnost
- nesoustředěnost, roztržitost
- lekavost, přehnané reakce na hluk, světlo
- nejistota, menší schopnost se radovat

Nejčastější tělesné příznaky úzkosti:

- bušení srdce, rychlý tep, tlak na hrudi
- pocit nedostatečného dechu, překážky v dýchacích cestách, nemožnost se řádně nadechnout
- pocení, třes
- závratě
- žaludeční nevolnost, průjem i zácpa
- napětí ve svalech, pocity brnění
- bolesti hlavy, zad, nepříjemné pocity v podbřišku

Fobie – jsou duševní poruchy, při nichž je strach vyvolán konkrétními situacemi nebo objekty, které nejsou ve skutečnosti nebezpečné. To vede k vyhýbání se takovým situacím. Očekávání takové situace obvykle vede ke vzniku anticipační úzkosti. Rozeznáváme tři hlavní fobické poruchy: **agorafobii** (strach z veřejných prostranství, shluku lidí, z opuštění domova, obchodů, dopravních prostředků apod.), **sociální fobii** (strach a vyhýbání se situacím, v nichž můžeme být pozorováni a posuzováni, např. strach z vystupování, z psaní, pití před druhými, telefonování apod.) a **specifické fobie** (iracionální strach z konkrétního objektu či situace, např. klaustrofobie – strach z uzavřených prostor, nejčastěji pak fobie ze zvířat – psi, hadi, apod.).

Mezi další známé úzkostné poruchy patří **panická porucha**, projevující se opakovanými záchvaty masivní úzkosti, které nejsou omezeny na žádnou určitou situaci. Další častou poruchou je **generalizovaná úzkostná porucha**, projevující se volně plynoucí úzkostí, nadměrným zaobíráním se starostmi a stresujícími myšlenkami. Známou, a někdy velmi život znesnadňující poruchou, je **obsedantně-kompulsivní porucha**, která je charakterizována nutkavými myšlenkami (obsesemi), které se proti vůli vtírají na mysl a způsobují výraznou tíseň, kterou se pak postižený snaží zmírnit různými způsoby nutkavého chování (rituály či kompulsemi).

Zvláštní kapitolou jsou **neurózy u dětí**. Zde se velmi významně uplatňují vývojové aspekty. Je předpoklad určitého vrozeného terénu, potom následuje opakování nepříznivé situace, které pak vedou k odlišnému chování dítěte a to vytváří odezvu v sociálním okolí. Nepříznivé situace vytvářejí pro děti především dospělí.

Neurotické projevy **v útlém dětství** můžeme rozdělit na poruchy životosprávy a neurotické návyky. **Poruchy životosprávy** – nechutenství, ranní zvracení, přejídání, zácpa, pica – požívání nejedlých věcí, dále poruchy spánku (poruchy usínání, neklid, mluvení ze spaní, **noční můry** – dítě má úzkostný výraz, děsí se, pláče, dá se uklidnit, událost si pamatuje). **Noční děs** – je stavem zúženého vědomí. Dítě se probudí, křičí, vybíhá z lůžka, po probrání většinou ihned usíná. Celou událost si nepamatuje. **Neurotické návyky** – jsou většinou autostimulační (v tíživé situaci jim dítě nahrazuje příjemné pocity), např. dumlání prstů, kousání nehtů, trhání vlasů, masturbace, kývavé pohyby, sebepoškozování. Tyto projevy bývaly typické pro hospitalismus – při dlouhodobém pobytu na lůžku bez přítomnosti rodiče.

K neurotickým projevům **školáků** patří **enuréza** - pomočování, které probíhá bezděčně, obvykle v noci, hovoří se o ní po 4. roce věku, může být **primární** – dítě vůbec nezískalo schopnost ovládat močový měchýř - nebo sekundární, opět se začne pomočovat, pátrá se po psychotraumatu (narození sourozence, konfliktní rozvodová situace, nástup do školy a přetížení dítěte). **Balbuties** (koktavost) spočívá ve špatné koordinaci a spasmech svalů, které se účastní na tvorbě řeči. Je častější u chlapců. **Tiky** jsou bezděčné, rychlé, náhlé, prudké a často opakované pohyby (mrkání, krčení nosu, trhání ramen), i hlasové (vokální). Děti jsou často přecitlivělé, unavené, mají zvýšenou psychickou zátěž. **Školní fobie** se vyskytuje v I. třídě, dále pak při přechodu na vyšší stupeň. Dítě se bojí opustit osobu, na kterou je emočně vázáno, ale primární bývá abnormní vazba na dospělé. Často se objevují bolesti břicha, hlavy, ranní zvracení, sociální izolace.

Léčba úzkostných poruch je mnohdy zdlouhavá, na prvním místě je v léčbě preferována psychoterapie (dobrý efekt vykazuje například kognitivně-behaviorální terapie), dále pak léky s protiúzkostným působením, kde jsou využívána především antidepresiva selektivně ovlivňující serotonin.

3.2.4 Psychické poruchy s podílem organickým, endogenním a psychogenním

Do této skupiny patří takové poruchy, kde se uplatňují různou měrou jak složky organické, tak endogenní a psychogenní. Výsledkem je dosti nejednotná skupina poruch – např. **závislosti na návykových látkách, mentální retardace, mentální anorexie.**

Závislosti na návykových látkách

Bludné kruhy při vzniku závislosti – vznik závislosti a dalších problémů způsobených alkoholem a jinými návykovými látkami vystihuje systémová teorie. Podle ní je zdravý i nemoc důsledkem nepřetržité interakce různých systémů (biologické charakteristiky, osobnost, rodina, vrstevníci, širší sociální okolí, dostupnost návykových látek a jejich cena, vliv médií a reklamy apod.). Systémová teorie poskytuje teoretický rámec pro terapeutickou intervenci a učí jedince identifikovat a ovlivňovat relevantní systémy, které se podílejí na vzniku a udržování závislosti. Tedy izolovaná pozitivní změna často naráží na nezměněné jiné systémy, což má význam hlavně pro léčbu závislosti.

Mezi nejzávažnější a nejrozšířenější formy návyku patří **závislost na alkoholu**. O závislosti hovoříme tehdy, když dosáhne takového stupně, že škodí buď jedinci, společnosti, nebo oběma. Můžeme mluvit o abusu – škodlivém užívání, což už je nadměrné požívání alkoholu vedoucí k opilosti. Může přejít v závislost. V rozvoji závislosti jsou uváděny 4 fáze:

1. **Počáteční fáze alkoholismu** – projevuje se tím, že požívání alkoholu má společenský motiv, pití přináší úlevu, euforii. Z příležitostného pití se stává častějším a pravidelnějším. V tomto období se zvyšuje tolerance.
2. **Prodromální (varovná fáze alkoholismu)** – začíná se výrazněji projevovat vazba na alkohol jako drogu, vzniká pocit potřeby alkoholu neohledně na jeho formu a druh. Alkohol se pro pijáka stává nutností, v opilosti se objevují „okénka“. Je ještě zachována kritičnost a není ještě vytvořen systém složitého zdůvodňování požívání alkoholu.
3. **Krucialní (rozhodující) fáze alkoholismu** – je charakterizována ztrátou kontroly. Alkoholik své pití racionalizuje, hledá pro ně vysvětlení, své alibi. Pití už způsobuje řadu společenských

potíží, začíná se snižovat tolerance, je potřeba užívat alkohol celodenně (ranní doušky a denní doušky).

4. **Terminální (konečná) fáze alkoholismu** – vyznačuje se soustavným požíváním alkoholických nápojů v kteroukoliv denní dobu. Snižuje se tolerance, kritičnost, alkoholik sahá po čemkoliv. V tomto období se mohou objevovat různé psychické poruchy vyplývající z požívání alkoholu, mění se osobnost alkoholika (depravace – snižují se zábrany vůči protispolečenskému jednání, zvyšuje se vznětlivost, problémy s ovládním, vztahovačnost, žárlivost). **Delirium tremens** – obvykle vniká při náhlém vysazení alkoholu, cca 2–3 dny a současně somatické problémy. Jde o poruchu vědomí s halucinacemi (zoopsie), je zvýšená sugestibilita (např. čte z čistého papíru). Alkoholická paranoidní psychóza bývá nejčastěji u chronických pijáků piva. Postupná vztahovačnost přechází v blud, velmi často se vyskytují bludy žárlivecké (emulační).

Další drogové závislosti

Důležitý faktorem při vzniku závislosti je samotná droga, ta musí mít určité předpoklady – látky ovlivňují lidskou psychiku buď ve smyslu **útlumu** (opiáty – morfin, heroin, crak, hypnotika a sedativa, anxiolytika – Rohypnol, Diazepam, Neurol, Lexaurin, prchavé látky – snifing), nebo **podráždění – stimulance** (kokain, pervitin, kanabinoidy, halucinogeny). Závislost pak můžeme rozdělovat na somatickou, to je když se při vysazení rozvine odvykací stav (typické pro heroin), a psychickou (např. pro pervitin).

Zásady léčby závislosti

Po stanovení diagnózy závislosti pracujeme ve směru motivace k abstinenci. Cesty se nám dělí:

- a) komplexní léčba je možná a pacient ji akceptuje – psychoterapie, farmakoterapie, svépomocné organizace. Na začátku však vždy doporučujeme léčbu ústavní. Následuje dlouhodobá udržovací léčba, udržování kontaktu k prevenci recidiv.
- b) Pacient léčbu neakceptuje, provedeme krátkou intervenci, případně mírnění škod (poradenství, sociální pomoc atd.), i nadále opakovat při vhodné příležitosti nutnost komplexního léčení.

Mentální retardace

Je neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně vývoje vzhledem k věku. Podle závažnosti rozlišujeme:

Lehká mentální retardace (dříve označováno jako debilita) je ohraničena IQ v pásmu 50–70. Jedinci jsou vzdělatelní (obvykle zvláštní či speciální školy), schopni zvládnout i zaměstnání.

Středně těžká mentální retardace (dříve označována jako imbecilita) je s IQ mezi 35–49. Jedinci s lehčími stupni jsou ještě částečně vzdělatelní, mohou se naučit i částečně psát, číst. Jsou schopni zvládat jednoduché úkony s pomocí.

Těžká mentální retardace (dříve označována jako idiocie) se dělí na formu prostou s IQ 35–20 a formu těžkou s IQ pod 20. Jedinci nejsou schopni žádné výuky, jenom s obtížemi zvládnou některé základní úkoly – jíst, udržení čistoty. Bývá již patrné i fyzické postižení.

Z příčin se u mentální retardace uplatňují faktory dědičnosti (Downova choroba), metabolické (fenylketonurie, glykogenózy), perinatální a perinatální poškození, některá degenerativní onemocnění (Wilsonova choroba, Friedreichova hereditární ataxie).

Lehká mozková dysfunkce

Je nejčastější poruchou mladšího školního věku, při tom se udává, že 3–7x častěji jsou postiženi chlapci. Při normálních intelektových schopnostech jsou problémy ve škole pro hyperaktivitu, poruchu koncentrace pozornosti, impulsivitu, emoční labilitu, poruchu jemné motoriky, které jsou často spojené se specifickými poruchami učení (dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie...). Část dětí má později typické neurotické problémy, u některých začnou převažovat poruchy chování končící často asociálním chováním.

Mentální anorexie

Typické je, že hmotnost se výrazně snižuje (pro diagnózu o 15 % a více pod danou normu pro věk), ztrátu hmotnosti si pacient působí sám (vyhýbá se jídlu, zvrací, užívá projímadla, cvičí atd.), stále přetrvává strach z tloušťky, dominuje zkreslená představa o vlastním těle jako vtíravá, ovládací myšlenka, je přítomna rozsáhlá endokrinní po-

rucha (amonerhea, u mužů poruchy potence), časná forma může vést k zastavení pubertálního zrání. Je to porucha vyskytující se častěji u děvčat (asi 10:1), nejčastěji se objevuje mezi 12–20 rokem věku. Bývá uváděn narušený vztah s matkou, který může mít rivalitní charakter. Často jde o protest proti autoritě. U pacientek je mimo jiné popisován strach z dospělosti, ze sexuality. Osobnostně bývají perfekcionistky. Může se objevit náhlé hltání, obvykle následované zvracením. Pacientky velmi dovedně podvádějí, hledají veškeré možnosti k dalšímu snižování váhy. Nárůst poruchy se dává do souvislosti s popularizačními kampaněmi za štíhlou linii, přispívají k tomu různé soutěže krásy a podobně, trend doby – štíhlý znamená být úspěšný.

Mentální bulimie

Je též poruchou příjmu potravy projevující se neustálým se zabýváním jídlem, neodolatelnou touhou po jídle s epizodami přejídání a se snahou o potlačení účinku přejídání zvracením, laxativy, hladověním, často se může kombinovat s anorexií. Osobnosti těchto pacientek bývají častěji s emoční nestabilitou, hysterickými rysy.

Použité zdroje

Höschl C., Libiger J. a Švestka J. *Psychiatrie*. Druhé, doplněné a opravené vydání. Praha: Tigis, spol.s.r.o., 2004. s. 351- 592. ISBN 80-900130-7-4

Dušek K. a A. Večeřová-Procházková. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Dotisk 2. Praha: Grada Publishing, s.r.o., 2011. s. 178 - 270. ISBN 978-80-247-1602-6

Praško J., Látalová K., Ticháčková A. a Stárková L. *Klinická psychiatrie*. Praha: Tigis, spol. s.r.o., 2011. s. 130 – 388. ISBN: 978-80-87323-00-7

Seifertová D., Praško J. a Höschl C. *Postupy v léčbě psychických poruch*. Praha: Academia Medica Pragensis, 2004. s 19 – 37. ISBN 80-86694-06-2

4. PRÁCE PSYCHIATRA, ZÁSADY ETICKÉ PRÁCE S KLIENTEM

4.1 Diagnostický proces

Když lékař provádí rozpoznání psychické poruchy a její zařazení do systému psychických poruch, činí tak na základě svých odborných

znalostí. V tom se odráží jeho **subjektivní přístup**. I když dva psychiatři získají stejné množství údajů o pacientovi, jejich rozhodování je odlišné. V psychiatrii totiž existuje řada teorií o vzniku a vývoji psychických poruch, záleží na tom, o kterou se diagnostikující lékař opírá. V naší zemi se při diagnóze používá Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10, která nastavuje pro všechny jednotná kritéria, ale diagnostický rozptyl je popisován a souvisí s erudovaností a zkušeností psychiatra.

K rozpoznání duševní poruchy nestačí jenom znalost současného klinického obrazu, ale je třeba znát průběh, možné varianty. Při určení diagnózy pomáhají **objektivní** faktory. Odebrání anamnézy jak od postiženého, tak od jeho okolí. Je třeba pátrat v rodinné historii, výchově, zvažovat možnosti působení deprivacních vlivů, závažnější somatická onemocnění, zda se již v minulosti vyskytla duševní porucha, jak dotyčný zvládá krizové situace. Je třeba zjistit, zda nepožívá alkohol či jiné návykové látky. Další roli hraje i to, nakolik si postižený uvědomuje svou duševní poruchu. K psychiatrovi se často pacient dostává až na zásah okolí, kdy porucha je natolik rozvinutá, že se postižený stává nebezpečným sobě suicidálním jednáním, nebo ohrožuje svým jednáním a zvláště agresivitou své okolí.

4.2 Značkovací proces a postavení duševně nemocného ve společnosti

Nálepkovací teorie znamená významný přínos sociologie pro psychiatrii. Jedinci s problematickým chováním bývají často nepříznivým způsobem označeni „nálepkou“ duševní nemoci. Klasická medicína to považovala za pozitivní, protože diagnóza dává možnost léčení. Tato teorie však ukazuje i na negativní stránku, kdy postiženému je vnucena nová role – nemoc, v případě duševní poruchy ale pak hovoříme o **stigmatu** – člověk platí za své léčení stigmatizací. Stigma – tzn. znamení hanby, méněcennosti. To vše je ještě umocněno postojem společnosti – přetrvává stereotyp duševně nemocného – např. léčit se je hanba, je to osobní selhání, návštěva psychiatra znamená, že jsi blázen. Posilování negativního vnímání psychiatrie a duševně nemocných ještě podporují různé vtipy o bláznech, dále postoje sdělovacích prostředků, které předkládají, že duševně nemocní páchají trestnou činností, což s výjimkou závislých na alkoholu a drogách není úplně pravdou. Faktem také je, že ve společnosti přetrvává

i stereotyp psychiatra – například ve filmech je zobrazován buď k nerozeznání od pacientů, nebo naopak jako všemocný, vševědoucí lékař.

Menší míra odmítání byla zjištěna vůči těm nemocným, u nichž laici předpokládali větší podíl takzvaného zhroucení (stres). Naopak „pravé šílenství“ je vnímáno jako trvalé, související s poškozením mozku.

4.3 Možnosti zneužití psychiatrie

Možností zneužití psychiatrie je mnoho ve všech zemích, nejen v bývalých socialistických státech. Tyto možnosti vyplývají zejména ze dvou jevů, a to **medicinizace** a **psychiatrizační** společnosti a z posilující sociálně kontrolní funkce lékařství (např. z alkoholismu se udělal medicínský problém, který léčíme, dětská neposednost – nárůst diagnózy ADHD včetně léčení amfetaminem, tendence z proutníka udělat nemocného – závislý na sexu apod.).

Konkrétní zdroje zneužití psychiatrie jsou obecně tři (Baštecký, 1997, str. 36):

1. Chybná diagnóza
2. Porušení etických norem
3. Vědomá spolupráce psychiatrů včetně znalců s represivními orgány

4.4 Etické aspekty práce psychiatra

Problematika styku lékaře s nemocným je neobyčejně citlivá a nemůže být ani zdaleka dána právními předpisy. Při styku s nemocnými duševní poruchou vystupuje tento citlivý přístup zvláště do popředí. Právo působí i v této oblasti, a to i tím, že zachování základních pravidel lékařské etiky povyšuje na právní povinnost – zdravotničtí pracovníci jsou povinni vykonávat zdravotnické povolání svědomitě, poctivě, s hluboce lidským vztahem a s vědomím odpovědnosti. Otázkou etiky se dále zabývá Disciplinární řád ČLK a etický kodex.

Hlavní etické aspekty se týkají těchto okruhů (Baštecký 1997, str. 71):

1. **Poučení nemocného a jeho rodiny** (je povinnost lékaře poučit vhodným způsobem o povaze onemocnění a potřebných výko-

nech. Každý občan má právo zdravotnickou péči nepožadovat, dokonce odmítnout. Poučení rodiny – musí být se souhlasem pacienta – ošetřeno zákonem).

- 2. Souhlas nemocného** (vyšetřovací a léčebné výkony se provádějí se souhlasem nemocného, nebo lze-li tento souhlas předpokládat. Odmítá-li nemocný přes náležité vysvětlení potřebnou péči, vyžádá si ošetřující lékař o tom písemné prohlášení – revers. Ten může být negativní – odmítnutí zdravotní péče, ale také pozitivní – souhlas s výkonem.
- 3. Povinná mlčenlivost** – mlčenlivost zdravotnických pracovníků o skutečnostech, o nichž jsme se dozvěděli při vyšetřování a léčení nemocného, ošetřeno i právně. Jsou 3 výjimky, které této povinnosti zprošťují: se souhlasem ošetřované osoby, zproštění povinné mlčenlivosti nadřízeným orgánem v důležitém státním zájmu a povinnost oznamovat určité skutečnosti dané zvláštními předpisy (hlášení mezi zdravotnickými zařízeními, hlášení nezdravotnickým institucím – tedy oznamovací povinnost (např. závažné trestné činy nebo překazit jejich spáchání).

Použité zdroje:

Höschl C., Libiger J. a Švestka J. *Psychiatrie*. Druhé, doplněné a opravené vydání. Praha: Tigis, spol. s.r.o., 2004. s. 223 - 230. ISBN 80-900130-7-4

Baštecký J. *Psychiatrie, právo a společnost*. Praha: Galén, 1997. s. 17 – 95. ISBN 80-85824-45-0

5. PRÁVNÍ MINIMUM V PSYCHIATRII

V návaznosti na předchozí kapitolu, kde byly probrány etické aspekty a otázky souhlasu nemocného s léčbou, se dostáváme k velmi důležité problematice, se kterou jsou psychiatři konfrontováni velmi často, a to je **hospitalizace bez souhlasu duševně nemocného**.

5.1 Nedobrovolné hospitalizace

Jsou obecně dány jasně vymezenými indikacemi, což je upraveno zákonem (§ 23 odst. 4 zák. ČNR č. 86/1992 Sb.), který zní:

Bez souhlasu nemocného je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony, a je-li to podle povahy onemocnění třeba, převzít nemocného i do ústavní péče:

- a) jde-li o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení.
- b) jestliže osoba jevící známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe sama nebo své okolí.
- c) není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života.

První okruh indikací se týká nemocí vymezených taxativně zvláštním předpisem – infekční a parazitární – a nemocí pohlavních.

Druhým okruhem indikací jsou situace, kdy osoba jevící známky duševní poruchy je nebezpečná svému okolí; toto nebezpečí musí být **zjevné a aktuální**, nikoliv pouze potencionální. Takové zdravotnické zařízení je povinno oznámit do **24 hodin** soudu, v jehož obvodu má sídlo, převzetí každého, kdo v něm byl umístěn bez souhlasu. Soud musí do **7 dnů** ode dne, kdy došlo k omezení, rozhodnout o přípustnosti převzetí takového občana. V této fázi může ovšem zařízení umístěného kdykoliv propustit, aniž by to hlásilo soudu. V další etapě pokračuje soud v řízení o přípustnosti dalšího držení občana v ústavu. Ke zjištění jeho zdravotního stavu ustanoví nezávislého psychiatra – znalce. Rozhodnutí soudu musí být do **3 měsíců** od převzetí občana do ústavu, účinnost tohoto rozsudku zanikne uplynutím doby **1 roku** ode dne vyhlášení, není-li stanovena doba kratší. O dalším prodloužení by opět musel rozhodnout soud na základě vypracování nového znaleckého posudku.

Dále ještě uvedeme **situace, kdy se převzetí nehlásí soudu:**

- a) u osob zbavených způsobilosti k právním úkonům, za něž dá souhlas k převzetí opatrovník
- b) u jedinců závislých na psychoaktivních látkách, jimž bylo soudem nařízeno povinné léčení protialkoholní nebo protitoxikomanické
- c) u osob vykonávajících ochranné léčení ústavní formou, jež bylo nařízeno soudem

- d) v případech převzetí občana za účelem pozorování jeho duševního stavu a vyšetření pro podání znaleckého posudku ve věcech trestních a občanskoprávních
- e) v případech dobrovolné hospitalizace
- f) v případech nezletilých, za něž souhlas dává jejich zástupce

Třetí okruh indikací je opět širší, jde především o nemocné ve stavu bezvědomí, v amentním či deliriózním stavu anebo o případy pokročilých demencí (jenom v případech, že zjevně ohrožují sebe).

5.2 Soudní psychiatrie

Jde o relativně samostatný obor, který má mezioborový charakter. Psychiatri – soudní znalec dostává jiné otázky, než se kterými se setkává ve své každodenní praxi, kdy je přístup při vyšetření daný tím, že hledáme nemoc. Znalec nehledá, pouze eventuálně konstatuje nemoc, závěry musí být jasné a objektivní.

5.2.1 Soudně psychiatrická expertiza v trestním řízení

Má za úkol posoudit správně význam duševní poruchy z hlediska trestní odpovědnosti a z hlediska ukládaných opatření pomáhají orgánům činným v trestním řízení. Trestní právo upravuje několik základních otázek: otázku přičetnosti, zmenšené přičetnosti, ochranných opatření a některých dalších úkonů.

Nepřičetnost – kdo pro duševní poruchu v době spáchání činu nemohl rozpoznat jeho nebezpečnost pro společnost nebo ovládat své jednání, není za tento čin trestně odpovědný. O nepřičetnosti rozhoduje soud, nikoliv znalec, ten se vyjadřuje k **rozpoznávacím a ovládacím schopnostem** ve vztahu k duševní poruše a konkrétnímu činu. Vyjadřuje se dále i k nebezpečnosti pachatele pro společnost vzhledem k tomu, že soud ukládá i **ochranná opatření** (soud může uložit ochranné léčení psychiatrické, sexuologické, protialkoholní, protitoxikomanické nebo kombinované, a to formou ústavní nebo ambulantní, může být uloženo vedle trestu anebo při upuštění od potrestání).

5.2.2 Soudně psychiatrická expertiza v občanském soudním řízení

Tato oblast pokrývá čtyři významné úseky:

1. **způsobilost k právním úkonům** (dříve označovaná jako svéprávnost, představuje způsobilost občana vlastními úkony nabývat práv a brát na sebe povinnosti. Vzniká narozením, v průběhu života je postupně rozšiřována, v plném rozsahu vzniká zletilostí). Znalec se vyjadřuje buď ke **zbavení** způsobilosti – týká se oblasti majetkoprávní, pracovněprávní, odebrání OP, nebo **omezení** způsobilosti – týká se jenom majetkových a pracovněprávních vztahů, zůstává OP, volební právo atd. Takovým osobám je ustanoven opatrovník.
2. **Posuzování některých dalších občanskoprávních úkonů** (posuzování platnosti závěti, vydědění, kupní a darovací smlouvy).
3. **Soudně psychiatrická expertiza při urgentní nedobrovolné hospitalizaci.**
4. **Posuzování bolesti, ztíženého společenského uplatnění, průměrné doby nezbytného léčení a trvalých následků při odškodňování úrazů a nemocí z povolání**

Použité zdroje

Baštecký J. *Psychiatrie, právo a společnost*. Praha: Galén, 1997. s. 71 – 200. ISBN 80-85824-45-0

Höschl C., Libiger J. a Švestka J. *Psychiatrie*. Druhé, doplněné a opravené vydání. Praha: Tigris, spol. s r.o., 2004. s. 815 - 824. ISBN 80-900130-7-4

6. PRÁVA DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH

Nemocní duševními poruchami jsou si svých práv vědomi pouze výběrově nebo je nechápou vůbec, většinou mají problém s jejich prosazením.

Práv duševně nemocných se týkají zejména dvě listiny, a to Deklarace lidských práv duševně nemocných a Deklarace lidských práv a duševního zdraví (Baštecký, 1997, str. 57).

6.1 Deklarace lidských práv duševně nemocných

Deklarace lidských práv duševně nemocných byla přijata světovou federací duševního zdraví roku 1989 v Luxoru. Stanoví základní oblasti, v nichž mohou být lidská práva duševně nemocných ohrožena, a to někdy i jednáním samotného nemocného. Významná pasáž uvádí: *„Diagnóza duševní poruchy bude lékaři stanovována podle přijatých medicínských, vědeckých a etických norem a obtíže v adaptaci k morálním, sociálním, politickým a jiným jevům by neměly být považovány za duševní poruchu.“* Můžeme to považovat za jistou prevenci zneužití psychiatrie. Ve vlastním textu se pak stanoví, že za zajištění duševního zdraví jsou odpovědné instituce vládní i nevládní a rovněž mezivládní systémy.

6.2 Deklarace lidských práv a duševního zdraví

Navazuje na předchozí text, některé pasáže jsou totožné. Zdůrazňuje základní lidská práva a odvozuje z nich základní postuláty, pokud jde o duševně nemocné:

- Nepovažovat duševně nemocného v žádné situaci a za žádných okolností za vyčleněného z lidské společnosti.
- Jednat s ním jako s rovným, byť by tuto představu svým myšlením, chováním, konáním a stavem narušoval.
- Chránit jeho práva ve všech ohledech, byť si jich není vědom, nebo nedává najevo, že si jich vědom je.
- Informovat jej o stavu sociálním a zdravotním, o možnostech nápravy a léčby, být mu nápomocen.
- Informovat jej o jeho právech, respektovat je a pomáhat k jejich dosažení.

V České republice dobře fungují různé socioterapeutické kluby, které z velké části naplňují tuto deklaráci.

Oblasti, v nichž nejčastěji dochází k porušování práv duševně nemocných (Baudiš, 1995, str. 11):

- porušování lidské důstojnosti
- nedobrovolné přijetí a nedobrovolný pobyt v psychiatrickém lůžkovém zařízení
- používání omezovacích prostředků

- informovanost nemocného včetně informování o výzkumu
- nadužívání psychiatrické péče

Použité zdroje

Baštecký J. *Psychiatrie, právo a společnost*. Praha: Galén, 1997. s. 54 - 63. ISBN 80-85824-45-0

Baudiš P. *Práva psychiatrických pacientů*. Čs. psychiatrie, 91, 1995, Suppl. 1, s. 11 – 15

7. PRAVIDLA PŘÍSTUPU K PSYCHIATRICKÝM KLIENTŮM

Základní a nejdůležitější metodou psychiatrického vyšetření je rozhovor s nemocným a pozorování během pohovoru. Při tom je důležité, aby rozhovor i pozorování bylo podřízeno situaci, za které vyšetření probíhá. Nejprve je nutné **navázání kontaktu s nemocným**.

7.1 Psychologický přístup

Podmínkou pro jeho použití je alespoň částečná lucidita vědomí a nepřítomnost motorického neklidu a agresivity. Mezi základní požadavky na komunikaci lékaře s nemocným patří **nestrannost a zdrženlivost**. Lékař má získat co nejvíce informací pro správné rozhodnutí, nevnučovat nějaká tvrzení např. z okolí pacienta. Tedy pokud přivede vyšetřovaného rodina, nejprve mluvit s ním, a až teprve poté s rodinou. Vyšetřovaný by ze strany lékaře měl cítit **porozumění** a pochopení jeho potíží a problémů. To však neznamená, že lékař s postoji nemocného souhlasí. Lékař musí rozhovor usměrňovat, ale vystříhat se zásahů typu vyčítání, posmívání, bagatelizování. Při vyšetřování psychiatrického pacienta dbáme o pocit **soukromí**. Je vhodné za všech okolností pacienta respektovat – vždy se představit, nemluvit s ním jako s malým dítětem, netykat mu, nechovat se přehnaně ochranně nebo naopak přehnaně direktivně.

Jak komunikovat s pacienty s duševní poruchou?

Komunikace má dvě úrovně, verbální a neverbální. Verbální komunikace je to, co říkáme slovy. Udržujte všechny své verbální komunikace jednoduché, stručné a konkrétní. Neverbální komunikace se týká toho,

jak to říct – tón hlasu, držení těla, oční kontakt, výraz obličeje i fyzická vzdálenost. Neverbální „vzkaz“ je často důležitější než verbální.

Pokyny pro neverbální komunikaci:

- stůjte blízko, ale nenarušujte osobní prostor nemocného
- vyjádřete zájem a pozornost prostřednictvím držení těla a výrazu obličeje
- udržujte oční kontakt
- mluvte klidně, jasně

Vyjádření pozitivního postoje:

- popište přesně to, co se vám líbilo, že nemocný udělal (zvládnul jste návštěvu úřadu)
- řekněte, jak se cítíte, když nemocný udělá něco, co se vám líbí (je fajn, že si to zvládnul, mám radost)

Vytvoření pozitivní žádosti:

- dívejte se na toho, koho žádáte
- řekněte přesně to, co chcete, aby člověk udělal
- řekněte, jak se budete cítit, až to provede
- použijte fráze jako: „Byl bych rád, kdyby...“, „Já bych ocenil, kdyby...“

Vyjádření negativních pocitů:

- dívejte se na toho, ke komu mluvíte
- řekněte, co přesně udělal, že se cítíte naštvaný
- řekněte, jak se cítíte

Aktivní naslouchání:

- dívejte se na mluvčího
- věnujte pozornost tomu, co říká
- pokyvujte hlavou a vyjadřujte hlasitý souhlas
- kladte objasňující otázky
- ujistěte se, zda jste slyšeli dobře

7.2 Zvláštní přístupy s ohledem na některé poruchy

Nemocný je uzavřený – vyšetřující má být aktivní, rozhovor strukturovaný, všímáme si neverbální komunikace, měníme téma, jestliže má pacient v diskusi obtíže.

Depresivní pacient – nerozveselujeme, nevtipkujeme, odpustíme si rady typu „...podívejte se na komedii a bude vám líp...“ Musíme aktivně, ale citlivě pátrat po sebevražedných myšlenkách. Pacienta je třeba podpořit, navodit důvěru. Poučit, aby nedělal žádná důležitá rozhodnutí (jako je odchod ze zaměstnání, odchod od partnera apod.), doporučujeme, aby se věnoval tomu, co mu je příjemné, nevyčítat si nevykonnost, naopak i připomínat, že má poruchu, která je léčitelná. Není dobré věnovat pozornost radám laiků, kteří zpochybňují potíže a doporučují přerušení léčby.

Manický pacient – jasně vymezit hranice, mít situaci pevně v ruce, ale s pacientem zásadně neválčit.

Demence – Při poruchách paměti si nemocný najednou nemůže vzpomenout, často odbíhá, vymýšlí si, aby zamaskoval své potíže. Je dobré citlivě poslouchat, neskákat do řeči, neopravovat, nevyvracet. Nemocný si velmi dlouho pamatuje způsob, jak s ním mluvíte, i když si už nemusí pamatovat o čem. Velmi náročné je těmto nemocným neustále opakovat ty samé věty. Je třeba mluvit stručně, jasně, podávat jenom jednu informaci. Dále platí, že nemocnému s demencí příliš neprospívají změny.

Paranoidní pacient – komunikujeme jasně, srozumitelně, nešeptáme, bludy nevyvracíme, ale ani nepotvrzujeme.

Agresivní pacient – s takovým pacientem nezůstáváme nikdy sami, doporučuje se mít zajištěnou možnost úniku, při výrazném neklidu ihned ukončit rozhovor.

Použité zdroje

Höschl C., Libiger J. a Švestka J. *Psychiatrie*. Druhé, doplněné a opravené vydání. Praha: Tigris, spol. s.r.o., 2004. s. 259 - 261. ISBN 80-900130-7-4

Dušek K. a A. Večeřová-Procházková. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Dotisk 2. Praha: Grada Publishing, s.r.o., 2011. s. 323 - 333. ISBN 978-80-247-1602-6

8. PSYCHOTERAPIE

Psychoterapie je léčebná metoda, při které se snažíme psychologickými prostředky (např. slovo, mimika, mlčení, emoční vztahy, učení, manipulace prostředím aj.) příznivě ovlivnit chorobný proces. Zlidověl výrok docenta Skály, že jde o utkání, v němž boduje terapeut a vítězí pacient. Psychoterapeuti se starají o takové záležitosti, jako je smysl života, jeho naplnění, pravda a zvláště pak vztah. Pomáhají jedinci vyrovnat se s problémy života, najít sebe na základě pravdivějšího **sebepoznání** a vyjádření se do vnějšího světa (**seberealizace**).

8.1 Možnosti rozdělení psychoterapie

Styl psychoterapie lze rozdělit na **direktivní** (přímé usměrnění jedince) a **nedirektivní** (neutrálním postojem podněcuje jedince ke slovní či emoční produkci).

Formy psychoterapie představují uspořádání, v němž psychoterapie probíhá. Můžeme rozlišovat terapii **individuální a skupinovou**, další formou je terapeutická komunita (na úrovni velké skupiny).

Prostředky psychoterapie pak představují konkrétní postupy a způsoby práce, např. terapie rozhovorem, dramaterapie, imaginativní techniky, též návčiky.

Podle použité metody práce můžeme psychoterapii dělit na přístupy **kauzální** (časově náročné s cílem odkrýt a odstranit příčinu konfliktu, sem patří např. psychoanalýza a dynamické terapie) a **symptomatické** (časově méně náročná, často jenom krátkodobý efekt, snaží se odstranit symptom bez hledání příčiny, např. KBT). Z jiného pohledu se metody rozdělují podle zaměření **na člověka** (humanistická, Rogersovská), **na proces** (např. psychoanalýza) a na **problém** (např. KBT).

8.2 Hlavní směry a metody psychoterapie

8.2.1 Hlubinná a psychoanalytická psychoterapie

Mezi nejznámější psychoterapeutické směry patří psychoanalýza, vytvořená **Sigmundem Freudem** na přelomu 19. a 20. století. Postupně vytvořil model traumatický (trauma, hypnóza, abreakce), topografický (vědomí, předvědomí, nevědomí) a strukturální (superego, ego

id, působení vědomých a nevědomých složek, léčebný zásah směřuje k rozšiřování já).

Nevědomí je považováno za relativně samostatnou entitu obsahující pudové tendence, pud sexuální (libido) a destrukční (smrt, agrese). Ty pak ovlivňují jednání, někdy protichůdně. Freud formuloval **fáze libida** – první fáze **orální**, cca do prvního roku věku dítěte, vyjádřená sáním, psychickými korelátory pro další vývoj mohou být optimismus, lehkověrnost, ale i pesimismus, závist, podezřívavost, ústa udržet jako primární zónu – zájem o jídlo, kouření, alkohol. Druhá fáze tzv. **sadisticko-anální** – zaměření na stolicí, psychickými projevy je pak buď nadměrná pořádkumilovnost, šetrnost, tvrdohlavost, nebo pravý opak, prototypem jsou sběratelské vášně. Třetí fáze **falická** – objevuje se kolem třetího roku, fascinace pohlavím. V tomto věku je v prožívání typický tzv. **oidipovský komplex**. Jedná se o nevědomý erotický a incestní vztah vůči rodiči opačného pohlaví. Freud popisuje psychické problémy vyplývající z fixace libida v určité fázi, dochází k vývoji perverze, případně při jejím potlačení k vývoji neurózy. Libido má své požadavky, ovšem ego funguje jako cenzor, nedovoluje některým požadavkům vstoupit do vědomí. Souhrn ideálů a norem se nazývá super-ego, pudy pak jsou pod id. Nevědomý konflikt se projevuje ve snech.

Psychoanalytická psychoterapie je založená na sdělování volně plynoucích myšlenek – **technika volných asociací**, což směřuje k odhalení nevědomých konfliktů, mezi klientem a terapeutem probíhá přenos, který umožňuje klientovi uvědomit si a přehrát vnitřní konflikty.

8.2.2 Rogersovská psychoterapie

Terapie zaměřená na klienta, terapie rozhovorem. Zakladatelem je Carl Rogers. Terapeut se vcítuje do klienta, podporuje jeho otevřenost, vede k sebezkušenosti, vychází z toho, že sám klient je schopný rozpoznat příčiny svých obtíží.

8.2.3 Kognitivně behaviorální psychoterapie (KBT)

Jedná se o kombinaci a syntézu metod **behaviorismu** (vychází z teorie učení – důraz klade na techniky a změnu projevů) a metod **kognitivní psychoterapie** (důraz je kladen na vědomou činnost – vytvořená chybná schémata v myšlení). KBT je terapie strukturovaná,

edukativní, zaměřená na konkrétní cíl, „poznej své špatné myšlení a změň své chování“.

Využívá se přednostně u úzkostných poruch. Základními postupy v KBT jsou:

- a) psychoedukace
- b) kognitivní restrukturalizace
- c) interoceptivní expozice a kontrola dechu
- d) expozice skutečným situacím
- e) relaxace
- f) řešení problémů v životě

8.2.4 Racionální psychoterapie

Jedná se o metodu zdůrazňující logické myšlení, rozum, soudnost a kritičnost. Metoda je výrazně direktivní, využívá výukové pomůcky.

8.2.5 Sugestivní a hypnotická psychoterapie

Tyto metody se snaží obejít logické myšlení klienta. Využívají terapeutovy autority a přesvědčivě podávaných tvrzení. Sem patří také tzv. **placebo efekt** neboli nakolik sugestivní faktor zvyšuje účinnost léku nebo léčebné metody.

Hypnóza – patří k nejstarším psychoterapeutickým postupům. Bývá prováděna afektivním zúžením vědomí se sníženou nebo zvýšenou spontaneitou, změnami svalového tonu. Předpokladem je hypnabilita – schopnost být vnímavý k hypnóze.

8.2.6 Návčiková psychoterapie

Jde o metodu, která využívá princip opakování, učení a tréninku. **Pozitivní návčik** – nacvičuje se správná reakce (např. návčik sebeovládání, motivační trénink, biofeedback). **Návčik asertivity** přináší zdo-konalování dovednosti vyjadřovat přímo, poctivě a přiměřeně své názory, pocity a potřeby bez porušování práv druhých. **Averzivní terapie** využívá návčiku toho, že nežádoucí aktivita je spojena s nepříjemným podnětem (např. léčba antabusem u alkoholiků).

8.2.7 Logoterapie a existenciální analýza

Je terapie smyslem a analýza bytí (ustanovil ji V. E. Frankl) – přináší hledisko duchovní a schopnosti sebereflexe, svědomí, svobody volby a

odpovědnosti (jedinec pocítuje uspokojení z naplnění života, má-li pro co žít, důvodem psychopatologie je **existenciální prázdnota**).

8.2.8 Gestalt psychoterapie

Je jedním z předních směrů současné dynamické psychoterapie. Samotný pojem gestalt znamená tvar, celek a je vyjádřením poznatku, že naše prožitky a vnímání reality jsou vymezeny našimi potřebami, že směřujeme k naplnění těchto potřeb. Hledají se vzorce chování, které klientovi dělají potíže v jiných vztazích (vytváření nových mentálních map).

8.2.9 Některé další psychoterapeutické metody

Podpůrná psychoterapie – vedení rozhovoru tak, aby byla zdůrazněna pozitivní fakta, vracíme klienta k jeho kompetencím a autonomii, nabízíme volbu.

Relaxační techniky – navození uvolnění s cílem snížení napětí a úzkosti (postupné uvolňování s prohloubením dýchání apod.).

Rodinná psychoterapie – rodina je systém vzájemně propojených percepčí, přesvědčení a hodnot, každý člen rodiny i terapeut mají odlišný názor na to, co je problém, jak vznikl a jak ho řešit.

Skupinová psychoterapie – svou důvěrnou atmosférou pomáhá, aby si pacient ujasnil svou situaci, porozuměl způsobům, jakými se utváří vztah k druhým, a uvědomil si formy chování, které vedou k jeho problémům. Probíhá zpravidla ve skupině 8–12 osob. Vedou ji nejčastěji dva psychoterapeuti (nejlépe muž a žena). Jednotlivá sezení zpravidla trvají 1,5 až 2 hodiny. Skupinové dění má dynamiku danou vzájemnými vztahy účastníků a jejich navyklými způsoby chování. Cílem léčby je rozpoznat souvislosti mezi chováním jedince, jeho problémy a nemocí, a pomoci pak tyto vzorce změnit.

Použité zdroje:

Dušek K. a A. Večeřová-Procházková. *Diagnostika a terapie duševních poruch.* Dotisk 2. Praha: Grada Publishing, s.r.o., 2011. s. 337 - 376. ISBN 978-80-247-1602-6
Kratochvíl S. *Základy psychoterapie.* Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-280-7

9. PSYCHOPATOLOGIE

Tato kapitola by měla být v podstatě opakováním a navázat na kapitoly úvodní, zabývající se příznaky (symptomy) duševních poruch a poruchami samými. Nejlépe psychopatologii vystihují tzv. **syndromy** – tedy určité seskupení příznaků – symptomů.

9.1 Depresivní syndrom

V popředí je chorobně smutná nálada, zpomalené myšlení a utlučená psychomotorika. Bývají snižené spontánní projevy, výrazné nechutenství a úbytek na váze, poruchy spánku. Někdy je přítomna výrazná úzkost, jindy bývá zdůrazněn nezám, apatie.

9.2 Manický syndrom

Nálada je veselá, rozjařená, povznesená, myšlení je zrychlené, zvýšené psychomotorické tempo, sklon k vymyšlení nereálných plánů, cestování, zvýšené utrácení peněz, snížená potřeba spánku, zvýšená sexuální podnikavost.

9.3 Paranoidní syndrom

Vyskytuje se někdy samostatně, jindy v kombinaci s halucinatorním syndromem. Obvykle se rozvíjí pozvolna (vztahovačnost – bludné ladění, difúzní paranoia), postupně se u nemocného vytváří bludy – pocity pronásledování, pocit, že mu někdo škodí, chce ho zničit (často ho v tomto stavu utvrzují sluchové halucinace). Provází ho často úzkost, napětí, poruchy spánku, poruchy soustředění.

9.4 Halucinatorní syndrom

V popředí jsou poruchy vnímání – halucinace, které mohou být sluchové (hlasy, které našeptávají, někdy pocit, že jsou z telefonu, rádia, ale i intrapsychické halucinace – někdo mu mluví přímo v hlavě, jsou mu vkládány myšlenky), pacient zaujímá naslouchací postoje, jsou typické u schizofrenních psychóz. Zrakové halucinace – vidiny mohou být jednoduché nebo složité obrazy, častější jsou u organických poruch. Tělové halucinace – svědění, píchání, elektrizování, různé bolesti, pocity napadení parazity apod. Chuťové halucinace – např. popisuje otrávené jídlo.

9.5 Amentní syndrom

Je charakterizován poruchou vědomí se zmateností a nesouvislým myšlením, průběh bývá kolísavý, bývá narušena orientace, po odeznění bývá částečná ztráta paměti. Vyskytuje se po intoxikacích a horečnatých onemocněních. Patří sem **Korsakovský syndrom** – ten nacházíme u chronických alkoholiků, typické jsou poruchy krátkodobé paměti a vzniklé mezery jsou vyplňovány konfabulacemi.

9.6 Deliriózní syndrom

Vyznačuje se rovněž narušeným vědomím, které je obluzené. Obsah myšlení je zmatený. Je výrazná sugestibilita, neklid, zrakové halucinace, méně sluchové. Po odeznění bývá porucha paměti. Rozvíjí se rychle, má kolísavý charakter a rychle odeznívá. Bývá u toxických a infekčních poruch, nejčastěji **delirium tremens**.

9.7 Organický psychosyndrom

Označuje se jím skupina projevů vyskytujících se při difuzním poškození mozku. Lehčí stádium se označuje jako **pseudoneurastenie** se zvýšenou unavitelností, nesoustředěností, podrážděností, vyčerpaností, vnitřním napětím, labilitou nálad. Dalším stádiem je rozvinutá **demence** s poruchami paměti, úbytkem intelektových schopností, celkovým úpadkem osobnosti. Mohou se vyskytovat halucinace, bludy, poruchy emotivity.

9.8 Neurastenický syndrom

Patří mezi syndromy související s nadměrnou zátěží jedince, může jít o životní krizi, dramatické události, konflikty, nadměrnou únavu či vyčerpání. Je charakterizován zvýšenou úzkostí, pocitem vnitřního neklidu, nesoustředivostí, snadnou unavitelností.

9.9 Hypochondrický syndrom

Vyznačuje se úzkostným sebezpozorováním, obavami z různých nemocí.

9.10 Fobický syndrom

V popředí jsou neodbytné, vnucující se pocity strachu (předmět, jev, osoba, zvíře nebo situace).

9.11 Obsedantní syndrom

Je charakterizován výskytem samoučelných vtíravých myšlenek – obsesí. Vyskytuje se i u zdravých lidí (například se nemůžeme zbavit melodie, počítáme kostky na chodníku, schody a podobně). Jde o intenzitu obtíží, jestliže se od těchto myšlenek postižený nedokáže odpoutat, pak jej doprovází úzkost. Vtíravé myšlenky nebývají samostatné, v podstatě jako obrana před úzkostí je provází vtíravé jednání (kompluze).

9.12 Hysterický syndrom (konverzní, disociační)

Vyznačuje se pestrými projevy z oblasti motorické, senzitivní i sensorické. Konverze – přelití afektu v různé somatické příznaky (např. ochrnutí končetiny, pocit překážky v krku, ztráta citlivosti na některých částech těla, záchvaty připomínající epilepsii, poruchy vidění, slyšení).

9.13 Poruchy osobnosti

Dříve se mluvílo o psychopatii, dnes podle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) rozlišujeme specifické poruchy osobnosti. Všeobecně jsou lidé s poruchou osobnosti považováni za problematické pacienty. U řady z nich se vyskytují rysy příslušné poruchy v ne plně vyjádřené formě, nebo se i vzájemně překrývají. Kurt Schneider již v r. 1923 (Dušek, 2011, str. 271) popisuje, že „... psychopati jsou takové anomální osobnosti, které trpí svou abnormitou nebo jejichž abnormitou trpí společnost“.

9.13.1 Paranoidní porucha osobnosti

Tito jedinci bývají nadměrně citliví k odstrkování, mají tendence k trvalé zášti, tj. odmítají odpustit urážku, bývají podezřívaví se sklonem k překrucování i přátelského chování, mívají bojovný a úporný smysl pro osobní práva, sklon k podezírání partnera z nevěry apod.

9.13.2 Schizoidní porucha osobnosti

Pro tyto jedince bývá typické, že je jenom málo činností, které jim skýtají potěšení, bývá emoční chlad, odstup nebo oploštělá emotivita, dále mají omezenou schopnost vyjadřovat vřelé city nebo zlobu vůči jiným, bývá zjevná lhostejnost ke chvále a kritice, mají malý zájem o sexuální zážitky, oblibu v samotářských činnostech, nadměrnou pozornost věnují fantazii, bývá též výrazná necitlivost k převládajícím společenským normám.

9.13.3 Emočně nestabilní porucha osobnosti

U této poruchy rozlišujeme **impulsivní typ** (jsou to jedinci, kteří mají tendence jednat neočekávaně a bez uvážení následků, je u nich zřetelná tendence k nesnášenlivému chování a ke konfliktům s ostatními, zvláště když je impulsivní chování někým přerušeno nebo kritizováno, mají sklon k výbuchům hněvu s neschopností ovládnout se, typická je nestálá, nevypočitatelná nálada) a **hraniční typ** (zde dominuje narušená představa o sobě samém, vlastních cílech a preferencích, včetně sexuálních, sklon k zaplétání se do intenzivních a nestálých vztahů, které často vedou k emočním krizím, přetrvává snaha vyhnout se odmítnutí, hrozí u nich opakované nebezpečí nebo realizace sebepoškození).

9.13.4 Anankastická porucha osobnosti

Jsou to jedinci, kteří trpí pocity přehnaných pochyb a opatrností, přehnaně se zabývají detaily, pravidly, seznamy, pořádkem, organizací, jejich perfekcionismus bývá na úkor splnění úkolu, bývá u nich přehnaná svědomitost, rigidita, paličatost, tendence k sociální konvenčnosti.

9.13.5 Vyhýbavá porucha osobnosti

Jsou to jedinci, kteří mají trvalé a pronikavé pocity napětí a obav, jsou přesvědčeni o vlastní sociální nešikovnosti, nedostatku osobní přitažlivosti, nadměrně se zabývají tím, že by mohli být kritizováni nebo odmítnuti, vyhýbají se sociálním kontaktům z obav z odmítnutí.

9.13.6 Závislá porucha osobnosti

Jsou to lidé, kteří dovolují ostatním nebo nepřímo vybízejí jiné lidi, aby za ně přebírali odpovědnost v důležitých životních rozhodnutích, příliš podřizují své potřeby jiným osobám, na nichž jsou závislí, přílišně vyhovují jejich přáním. Stálý pocit, že nejsou ve své kůži, neboť trpí obavami, že nebudou schopni se sami o sebe postarat. Mají omezenou schopnost dělat běžná rozhodnutí, aniž by je někdo schválil. Závislí jedinci touží po ideálním nerozlučném vztahu s druhou osobou, v anamnéze se nachází popis výrazné závislosti na rodičích a obavy o ně.

9.13.7 Narcistická porucha osobnosti

V zásadě se odlišují dva polární typy – tzv. **šťastný narcista**, který je arogantní, agresivní, zaujatý sám sebou, potřebuje být středem

pozornosti a není si vědom reakce druhých, vůči kritice bývá zcela hluchý. Takzvaný **nešťastný typ** bývá naopak vysoce zranitelný, senzitivní, inhibovaný, stydlivý, vyhýbající se pozornosti okolí, se zaměřením na vyhovění druhým. Často jde o jedince, kteří soutěží o to být nejhorší. Obě skupiny očekávají od partnera, že jimi bude fascinován, při nedostatku pozornosti vybuchují, tvrdě trestají opovržením. Porucha je častější u mužů.

9.13.8 Disociální porucha osobnosti

Pro tyto jedince je typický chladný nezájem o cítění druhých, hrubý a trvalý postoj nezodpovědnosti a bezohlednosti vůči společenským normám, pravidlům a závazkům, nejsou schopni udržet trvalé vztahy, mají velmi nízký práh pro uvolnění agrese, včetně násilí, nemají schopnost zakoušet vinu a poučit se ze zkušenosti, zvláště z trestu. Mají výrazné tendence ke svádění viny na jiné, vždy hledají racionální vysvětlení pro chování, které je přivádí do konfliktu.

9.13.9 Pasivně-agresivní porucha osobnosti

Jsou to jedinci neústupní, neustále si stěžující na to, že ostatní mají nesmyslné požadavky. Bývají podráždění, hádaví, jsou-li žádáni o něco, co se jim nechce dělat. Bývají kritičtí či přezíraví ve vztahu k nadřízeným. Kladou překážky ostatním tím, že neudělají svůj podíl na společné práci, vyhýbají se plnění povinností a omlouvají to tím, že zapomněli apod.

9.13.10 Histrionská porucha osobnosti

Jsou to osobnosti se sklonem k sebedramatizaci, teatrálnosti, se sklonem k přehnaným projevům emocí. Bývají sugestibilní, snadno ovlivnitelní lidmi nebo okolnostmi, mívají mělkou a labilní emotivitu. Nemají rádi klid, neustále vyhledávají vzrušení a činnost, při kterých jsou středem pozornosti, typická je nepřiměřená koketerie ve vzhledu nebo chování, sami o sobě věnují nadměrnou pozornost vlastní fyzické přitažlivosti. Pokud někdo nezapadá do jejich kritérií „pěknosti“, můžou se velmi krutě, efektivně a cíleně mstít, produkují pomluvy, vytváří různé postranní koalice. V nárocích na partnera bývají velmi naléhaví až bezohlední.

Použité zdroje

Höschl C., Libiger J. a Švestka J. *Psychiatrie*. Druhé, doplněné a opravené vydání. Praha: Tigis, spol. s.r.o., 2004. s. 539 - 565. ISBN 80-900130-7-4

10. ZÁKLADY DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

Tento pojem nelze chápat jako jednoduché tvrzení, že zdraví je tam, kde není nemoc, ani pomocí kritérii normálnosti. **Zdraví** není daný stav, je třeba se na něj dívat jako na proces, který má svou dynamiku, je vždy v určitém vztahu k prostředí, které klade na organismus nároky. Pokud hovoříme o **normalitě**, myslíme tím projevy, které v určité etnické oblasti zaznamenáváme u většiny lidí. Když přizpůsobivost organismu převyšuje hranici nároků prostředí, jedinec se nachází ve stavu zdraví. Jestliže rozsah nároků prostředí přesáhne hranici **adaptability** organismu, dojde k poruše rovnováhy a vzniká nemoc. Ve vztahu k duševnímu zdraví, zjednodušeně řečeno, je důležité jednak předcházet zvýšeným nárokům prostředí, jednak hledat cesty, jak zvyšovat odolnost svého organismu.

10.1 Co je to stres

Stres v podstatě znamená tlak, na který organismus reaguje svoji mobilizací. Stres je stálý průvodce našeho života. Existuje **pozitivní** stres, který je pro nás hodně důležitý, motivuje nás, podporuje kreativitu a vitalitu. Vedle toho také existuje **negativní** stres, který vzniká tehdy, když se pro nás to, co děláme, stává nesnesitelnou a nepřehlednutelnou zátěží. A čím častěji se vyskytuje a čím déle trvá, tím větší ohrožení představuje pro naše tělo i duši. Stresová reakce organismu je vlastně celá kaskáda buněčných, biochemických a endokrinních procesů probíhajících v těle. Podílí se na nemocích kardiovaskulárního systému, žaludečních vředech, onemocněních štítné žlázy, zvyšování chuti k jídlu, oslabování imunitního systému, duševních poruchách.

„Vyvarujte se stresu“ – tuto dobře míněnou radu slyšíme často, v naší době je prakticky neproveditelná. Jsou však popsány určité zásady, které pomáhají zvyšovat odolnost vůči stresu. Je to například **učení** – znamená psychické rozptýlení, udržuje neurony v aktivitě, je formou odreagování. **Fyzická aktivita** – stimuluje cirkulaci krve,

zlepšuje prokrvení, vyplavují se endorfiny – hormony štěstí. **Smích** – má relaxační účinky. **Láska** – ve smyslu náklonnosti, něžnosti, pocitů bezpečí, zvyšuje odolnost vůči stresu.

10.2 Prevence

V předcházení vzniku duševních poruch vycházíme ze zásad primární, sekundární a terciární prevence. Abychom tyto zásady mohli uplatňovat, je třeba znát příčiny a vlivy vzniku a rozvoje duševních poruch.

Primární prevence – v podstatě zabránění vzniku duševní poruchy. To však není pouze úkol pro psychiatrii, ale je to otázka celospolečenská. Lépe se dá předcházet nemocem, které souvisí s poškozením nervové soustavy – vlivy toxické (např. alkohol), výživa, předcházení úrazům apod. Také správná léčba některých somatických onemocnění předchází vzniku některých duševních poruch, zvláště ve vyšším věku.

Sekundární prevence – uplatnění medicínských opatření, např. v raném věku vyhledávání poruch – fenylketonurie a tím snížení rizika mentální retardace, v minulosti včasné řešení příjicí. V předcházení psychogenních poruch – krizové linky apod.

Terciární prevencí se rozumí předcházení nové duševní atace u těch jedinců, kde se již porucha vyskytla (léčba psychofarmaky, psychoedukace).

Použité zdroje

Dušek K. a E. Malá. *Psychiatrie*. Učebnice pro zdravotnické školy. Praha: Avicenum, 1990. s. 15 – 16. ISBN 80-201-0021-0

11. LÉČBA DUŠEVNÍCH PORUCH

Jde o komplex řady možností – psychologický přístup (probráno v kap. 7), psychoterapie (podrobně viz kap. 8). V této kapitole se pak zaměříme zvláště na psychofarmaka, biologické terapie a psychiatrickou rehabilitaci.

11.1 Psychofarmakoterapie

Psychofarmakoterapie se rozvíjí od počátku padesátých let, kdy byl objeven chlorpromazin. Od té doby dochází k řadě dalších objevů, což pokračuje do současnosti, kdy se vyvíjí stále nové léky. Psychofarmaka můžeme rozdělit podle toho, na které hlavní příznaky působí. Patří sem **antipsychotika** (dříve neuroleptika) – jsou to léky působící na psychotické příznaky schizofrenního okruhu (halucinace, bludy), **antidepresiva** – léky využívané k léčbě depresí, ale též úzkostných poruch. Dále **anxiolytika**, jejichž hlavní efekt spočívá v tlumení úzkosti, ale mají též potenciální návykový charakter (to platí pro benzodiazepinová anxiolytika). **Nootropika** jsou léky zasahující do látkové výměny v mozku a zlepšující prokrvení a zásobování buněk kyslíkem. Využívají se k léčení organického psychosyndromu. V současné době jsou na trhu tzv. **kognitiva**, léky s přímým efektem na paměť, kterými se léčí Alzheimerova demence. Další skupinou léků jsou **thymopropylaktika** neboli stabilizátory nálady, upravující výkyvy nálad (lithium, antiepileptika 2. a 3. generace) a využívané v léčbě maniodepresivity. **Psychostimulancia** – léky stimulující psychikou činnost, navyšují bdělost, zrychlují myšlení, výbavnosti z paměti na úkor přesnosti. Pro svou značnou návykovost se nevyužívají, v minulosti byl využíván např. jejich efekt ke snižování chuti k jídlu (Adipex). Jedinou indikací k jejich podávání je ADHD.

11.2 Biologické terapie

Jde o léčebné metody ovlivňující biologické procesy v mozku.

Elektrokonvulzivní terapie (EKT) – metoda zavedená do léčby ještě před druhou světovou válkou. Obecně veškeré „šokové“ metody vycházejí z historie, z předpokladu a pozorování, že různé záchvaty, např. vyvolané malárií, zmírňují průběh duševní poruchy. EKT je uznána jako účinná a bezpečná metoda léčby zejména u velké deprese, zvláště rezistentní na léčbu psychofarmaky, bipolární poruchy a některých forem schizofrenie, zvláště s katatonii. Principem metody je průchod elektrického proudu mozkem, který vyvolává krátký epileptický záchvat provázený svalovými křečemi. Výkon probíhá v krátkodobé celkové anestézii a ve svalové relaxaci, která zabrání možným úrazům. Laiky je tato metoda často odsuzována, naopak pacienti, kteří s ní mají zkušenost, o ni často sami žádají, protože je velmi účinná a zatížená minimem nežádoucích účinků. V minulosti též využívala **inzulinoterapie** (vyvolání stavu bezvědomí aplikací inzulínu).

Repetitivní transkraniální magnetická stimulace – jde o metodu, která lokálně stimuluje mozek, způsobuje indukci elektrického proudu v tkáni mozku pomocí magnetického pole. Je schválena a používána v léčbě deprese, v dalších oblastech stále ještě probíhá výzkum.

Fototerapie – využívá příznivého vlivu světla na náladu, její efekt je zejména popisován u tzv. sezonních afektivních poruch (nadměrná spavost, přejídání, únavnost v zimních měsících).

11.3 Psychiatrická rehabilitace

V podstatě samostatné odvětví psychiatrie, jehož cílem je resocializace nemocného. Nejvíce se uplatňuje u vážných duševních poruch (psychóz). Patří sem **rehabilitace pracovní**, ergoterapie, dále **rehabilitace léčebná** – tam patří v psychiatrii umělecko-kreativní léčba, arteterapie, léčba pohybem a sportem, využití balneoterapie (lázeňská léčba). Za velmi důležitou je považována **rehabilitace sociálně-psychologická**, která vychází z předpokladu, že člověk je součástí nějaké sociální skupiny, nemůže existovat bez ostatních lidí. Zahrnuje např. **nácvik sociálních dovedností**, často v rámci psychosociálních center, kde se nabízí i poradenská činnost, další možností jsou **socioterapeutické kluby**, svépomocné skupiny pacientů a jejich příbuzných, dále sem můžeme zahrnout i tzv. **chráněné bydlení**.

Použité zdroje

Höschl C., Libiger J. a Švestka J. *Psychiatrie*. Druhé, doplněné a opravené vydání. Praha: Tigis, spol. s.r.o., 2004. s. 695 - 746. ISBN 80-900130-7-4

Dušek K. a A. Večeřová-Procházková. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Dotisk 2. Praha: Grada Publishing, s.r.o., 2011. s. 566 - 589. ISBN 978-80-247-1602-6

12. PSYCHÓZA

Motto: „Psychóza není ani trest, ani pomsta, je to jen jiná cesta.“

Psychóza je slovo řeckého původu a znamená nemoc duše. Jde o závažné duševní onemocnění, které je léčitelné, ale které svým průběhem zasahuje hluboce do osobnosti pacienta a také do jeho vztahů s okolím. Zásadně mění způsob pohledu člověka na své prožívání,

ostatní lidi a svět, ve kterém žije. Nemocný si žije ve své realitě. Tento obecný popis je společný řadě onemocnění, která řadíme do skupiny psychóz, které můžeme rozdělit na tři základní skupiny.

Organické psychózy (způsobené zřetelným poškozením mozkové tkáně).

Toxické psychózy (způsobené ovlivněním činnosti mozku specifickou chemickou sloučeninou, např. LSD, amfetaminem, THC, alkoholem).

Funkční psychózy (neprovází je žádné zjizvitelné a typické poškození nebo ovlivnění činnosti mozkové tkáně). Této skupině se budeme věnovat podrobněji. Vystihují význam slova psychóza v užším slova smyslu, hlavním představitelem je schizofrenie, dále akutní a přechodné polymorfní psychotické poruchy, porucha s bludy, schizofaektivní porucha a schizotypální poruchy.

12.1 Schizofrenie

Schizofrenie – je odvozená z řečtiny (schizo – štěpit, phren – rozum a myšlení). Lidé trpící schizofrenií ztrácí kontakt s realitou, slyší nebo vidí věci, které nejsou skutečné, a pod vlivem svých představ pak jednájí. Schizofrenií onemocní asi 1 až 1,5 % populace, výskyt je stejný v různých kulturách, u různých etnik a i na jednotlivých kontinentech. Vyskytuje se stejně často u mužů i žen, onemocnět může kdokoliv. U mužů začíná schizofrenie častěji mezi 16. a 25. rokem života, u žen později, mezi 25. až 30. rokem věku. **Příčiny** vzniku schizofrenie jsou široké, v zásadě je můžeme rozdělit **na vrozené a dědičné** (pokud má jeden rodič schizofrenii, riziko pro dítě je asi 10 %, oba rodiče až 30–40 %), **vlivy prostředí, události, se kterými se pacient setkal**. Vliv rodiny se spatřuje jako důležitý hlavně z hlediska další prognózy.

12.2 Příznaky schizofrenie

Můžeme je dělit do dvou velkých skupin, na **pozitivní** (tzn. nadměrné nebo zkreslené vyjádření normálních funkcí) a **negativní** (oslabení nebo ztráta normálních funkcí mozku).

Pozitivní příznaky – hlavními jsou halucinace a bludy. **Halucinace** jako projev zkresleného vnímání, mohou být nejčastěji **sluchové** (nemocný slyší zvuky, nejvíce pak hlasy, které k němu přímo hovoří

nebo o něm, mohou komentovat jeho chování, velmi nebezpečné jsou ty, které dávají příkazy). Zvláštním druhem jsou **intrapsychické** halucinace, při nichž má nemocný dojem, jako by mu někdo myšlenky bral nebo vkládal do hlavy, může být pocit, že myšlenky jsou ozvučovány. Při **zrakových** halucinacích mohou nemocní vidět různé barvy a tvary, ale i celé scény jako ve filmu. **Čichové halucinace** bývají často spojené s chuťovými a doplňují bludy (pocit, že jim někdo dává jed). **Tělesné** halucinace znamenají např. pocity pálení doteky na těle (např. pohlaví). **Bludy** jsou mylná nevývratná přesvědčení, která nemocnému připadají zcela pravdivá a reálná. Blud má obvykle svůj postupný vývoj – např. počáteční nedůvěra, uzavírání se před lidmi spěje do propracovaného systému bludů (bojí se o svůj život, některá auta ho sledují, vidí je stát před domem, může dělat bezpečnostní opatření atd.). Obsahy bludů jsou nejčastěji vztahovačnost a pronásledování (**paranoidní a persekucní**), mohou se vyskytnout bludná přesvědčení o výjimečnosti a nadpřirozených schopnostech (**extrapotenční** bludy) či významném původu (**originární**). Časté jsou také **náboženské** obsahy bludů. Dále bývá narušena **forma myšlení**, které může být nesouvislé, zabíhavé, někdy až zcela nesrozumitelné – slovní salát. Občas vidíme zárazy – zastavení toku myšlenek. Mezi pozitivní příznaky dále řadíme **poruchy chování**, kdy nemocní jednaní pod vlivem bludů a halucinací, vyskytuje se neklid, agitovanost, agresivita, bizarní chování.

Negativní příznaky – sem patří zejména snížení a ochuzení citového prožívání, bývají problémy s koncentrací, neschopnost plánování, rozhodování. Bývá porucha vůle, která je oslabená až s úplnou ztrátou, uzavření do sebe, které může být až extrémní (autismus). Dále sem patří poruchy nálady, zvláště deprese.

12.3 Formy schizofrenie

1. **Paranoidní schizofrenie** – je nejčastější formou, je pro ni typický výskyt paranoidně-halucinatorního syndromu, převažují bludy vztahovačnosti.

Jaké může mít pacient potíže:

- svět mu připadá nebezpečný
- pocit, že mu někdo chce ublížit
- pocit, že je pozorován a sledován

- pocit, že je ovlivňován
- pocit, že o něm ostatní lidé hovoří nebo že ho pomlouvají
- pocit, že mu někdo vkládá myšlenky do hlavy, nebo je naopak odnímá
- může slyšet hlasy, které komentují jeho jednání
- může slyšet hlasy, které se hádají či šeptají, hlasy, které radí nebo rozkazují
- může být přesvědčen o něčem nepravděpodobném nebo nemožném (např. o vznešeném původu, nadpřirozených schopnostech, zvláštním posláním apod.)

2. Hebefrenní schizofrenie – obvykle se rozvíjí pozvolna, projevuje se jakoby zvýrazněným pubertálním chováním. Typická je hypomanická nálada s planým vtipkováním, „jalové“ hloubání o problémech, vystupování bývá klackovité až hulvátské, posupně však se rozvíjí výrazná deteriorace osobnosti s emočním ochuzením a oploštěním.

Jaké může mít pacient projevy:

- výrazná nálada (většinou rozjívěná), nepřiměřená situaci
- dojem nevychovanosti
- hlučnost, nápadnost
- bezcílnost či rozporuplnost
- roztěkanost
- nesouvislost řečového projevu

3. Katatonní schizofrenie – porucha s obvykle akutním začátkem, považována za prognosticky nejpříznivější. Hlavní jsou poruchy psychomotoriky, bizarnost, nápadná strojenost, manýrování, grimasování, ceremoniály, topornost projevu, inkohérence.

Pacient se může projevovat takto:

- střídání velkého vzrušení a pohybových aktivit s nehybností
- jako by schválně nedělal to, o co je žádán
- naopak někdy až automatické plnění všeho, co někdo žádá (působí jako robot)
- jako by vůbec neslyšel, že k němu někdo promlouvá
- zaujímání nezvyklých tělesných pozic a postojů

- dojem ztuhlosti

4. Simplexní schizofrenie – má pozvolný progredientní rozvoj, v popředí jsou především negativní příznaky, jako je emoční oploštělost, otupělost, hypobulie s hypoaktivitou. Obraz připomíná pozvolné „hloupnutí“.

- ztráta zájmů
- ztráta temperamentu
- bezcílnost
- sebestřednost
- neúčelnost, myšlení může působit jako jalové
- plochá emotivita
- řídnutí slovní zásoby
- pasivita
- potíže při studiu, práci, ztráta výkonnosti

12.4 Průběh a léčba

Obecně lze říci, že čím je nástup nemoci pozvolnější a čím dříve se (vzhledem k věku pacienta) objeví, tím bývá prognóza méně příznivá a vedoucí k **postprocesuálním změnám** – trvale přetrvávající příznaky (bludy, oploštělost), ale také změny osobnosti – tzv. psychopati-zace s difuzním poškozením osobnosti. Obvykle se popisuje, že 1/3 pacientů se vyléčí zcela, 1/3 částečně a u 1/3 pacientů i přes veškeré léčebné možnosti se nemoc nedaří léčit.

Léčba schizofrenie – po zavedení moderních léků jsou průběh a vyhlídky nemocných podstatně lepší. Výsledek léčby závisí nejen na typu psychotického onemocnění, ale i na tom, jak nemocný spolupracuje s lékařem a jak užívá léky, v neposlední řadě pak hraje roli faktor rodinného prostředí a životních událostí, se kterými se setkává. Léčba schizofrenie závisí na fázi, ve které se nemocný nachází. Při akutních stavech je hlavní metodou podávání léků (antipsychotik). K zabránění návratu nemoci (relapsu) je opět nejdůležitější pravidelné užívání psychofarmak, mezi akutními epizodami nemoci pak přicházejí psychoterapeutické metody, zvláště **psychoedukace** – podrobné seznámení s nemocí, využití socioterapeutických metod léčby (denní stacionáře, chráněné dílny, chráněné bydlení atd.).

12.5 Jaké jsou nejčastější mýty o schizofrenii?

- schizofrenie je nejhůře léčitelným duševním onemocněním s nevrannými změnami a chronickým průběhem
- schizofrenií bývají postiženi především lidé s nižším intelektem
- při onemocnění schizofrenií dochází ke zhrounutí nemocných
- nemocní se schizofrenií jsou nebezpeční a nevypočitatelní
- nemocní se schizofrenií jsou líní a nechťejí pracovat

Ani jedno z těchto tvrzení není pravdivé. Při současném vývoji vědy jsou k dispozici moderní léky s minimem nežádoucích účinků a jsou vypracovány rozsáhlé psychoterapeutické a rehabilitační programy, čímž se léčitelnost nemoci stále zlepšuje. Schizofrenie je nemoc s častým chronickým průběhem, ale záleží na včasnosti zahájení léčby.

Není pravda, že schizofrenií onemocní častěji lidé s nižším intelektem. Také není pravdivá teze o zhrounutí. U některých nemocných jen díky nemoci dojde ke zhoršení komunikačních dovedností, stávají se více uzavřenými. I tzv. lenost souvisí s vlastním průběhem nemoci a ztrátou vůle. Nemocní mohou dosáhnout výrazných úspěchů (John Nash – Nobelova cena, Tom Harrel – jazzový trumpetista, Peter Green – kytarista skupiny Fleetwood Mac).

Obavy z nebezpečnosti vycházejí z toho, že v akutním období nemoci jsou někteří nemocní neklidní, chovají se pod vlivem svých bludných představ, a pak mohou být agresivní. Toto chování vychází hlavně z velké úzkosti. Statisticky je prokázáno, že násilné trestné činy páchají schizofrenici stejně často jako ostatní populace.

Pro změnu přístupu k nemocným je nejdůležitější si uvědomit, že schizofrenie je nemoc léčitelná a že všechny obavy okolí vycházejí z toho, že je velmi těžké a někdy nemožné v průběhu akutní fáze nemocnému porozumět.

Jak se vypořádat se stigmatem nemoci?

Nemocní, kteří se uzdravují z epizody schizofrenie, musejí také čelit výzvě, jak se vypořádat s reakcemi druhých lidí. Mezi běžnou

populací panuje velká nevzdělanost, pokud jde o duševní onemocnění, mýty, kterými je toto onemocnění opředené, mohou vytvářet bludný kruh odcizování, které zasáhne ty, kteří trpí schizofrenií, a často i jejich příbuzné. Stigma může vést k sociální izolaci, neschopnosti najít si práci, užívání alkoholu nebo drog, bezdomovectví a nadměrným snahám o řešení situace prostřednictvím uzavřených psychiatrických klinik a léčeben. To vše snižuje šance na vyléčení.

Použité zdroje

Praško J., Látalová K., Ticháčková A. a L. Stárková. *Klinická psychiatrie*. Praha: Tigis, spol. s.r.o., 2011. s.203 – 234. ISBN: 978-80-87323-00-7

Zvolský P. a kolektiv. *Speciální psychiatrie*. 2.vydání. Praha: Karolinum, 1998. s. 68 – 79, ISBN 80-7184-666-X

Libiger J. *Schizofrenie*. Praha: PCP, 1991. ISBN 80-85121-13-1

13. KAZUISTIKY, ZÁVĚR

13.1 Kazuistiky

K pochopení veškeré zde uvedené problematiky a pochopení některých diagnóz jsem si nakonec připravila několik příkladů z naší každodenní praxe.

13.1.1 Demence

Paní Anežka 78 let

Do ambulance byla přivedena dcerou s tím, že se maminka velmi zhoršila po smrti otce a jestli nemá depresi. Při vyšetření se však ukázalo, že v popředí je narušená paměť, a to již významným způsobem.

V rodinné anamnéze byly popisovány poruchy paměti u matky pacientky (dožila se 80 let, ke konci stále utíkala a bloudila).

Osobní anamnéza – nikdy vážněji nestonala, přechodně užívala v nízké dávce léky na tlak. Mívala občasné dyspeptické obtíže, problémy se zácpou. Byla po gynekologické operaci dělohy pro myom.

Sociální anamnéza – paní Anežka byla učitelka, vzdělaná, vdaná, s manželem měla velmi dobré vztahy, jedna dcera, dvě vnučky. Celoživotně byla členkou Sokola a cvičila do vysokého věku, chodila s turisty.

K onemocnění – po smrti manžela, který v podstatě zabezpečoval chod domácnosti, dcera krom toho, že maminka občas něco nemohla najít, neměla tušení, že se něco děje. S úmrtím manžela u paní Anežky přichází to, že zcela nezvládá svou domácnost. Má v bytě nepořádek, celý den je např. v noční košili, ale přesto stále působí pohodově. Dcera popisuje, že občas reaguje zcela přiměřeně, ale celkově ztratila své bývalé zájmy, přestala sledovat oblíbené seriály, číst, přestala o sebe pečovat. Signálem pro návštěvu ambulance bylo, že se dcery neustále ptala, kdy že přijde tatínek z práce, zcela vytěsnila jeho úmrtí. U paní Anežky byla zjištěna mírná fáze Alzheimerovy demence, byla jí nasazena kognitiva. Stav se zlepšil, ustálil, s pomocí rodiny byla schopná být ve svém známém prostředí. Asi po dvou letech však došlo ke zhoršení stavu, objevily se noční stavy zmatenosti. Začala být podezřivá, vyprávěla, že jí někdo cizí chodí do bytu a krade jí věci, nejvíce byla zaujatá vůči jedné vnučce. Došlo ke zhoršení demence do stádia středně těžkého, byla upravena léčba, která opět přispěla ke stabilizaci stavu, nicméně pacientka již vyžadovala celodenní dohled, dcera ji vzala k sobě domů, ale vzhledem k tomu, že chodila do práce, využila možnosti denního dojíždění do domovinky.

13.1.2 Schizofrenie

Pan Josef, 22 let

Rodinná anamnéza – v rodině se vyskytla duševní porucha, děda z otcovy strany byl popisován jako podivín, spáchal sebevraždu. Rodiči byl chlapec hodnocen jako od dětství samotářský, měl málo kamarádů. Má dva starší sourozence, kteří jsou bez obtíží.

Osobní anamnéza – porod a raný vývoj proběhly v normě, nikdy nebyl vážněji nemocný, neměl žádnou operaci, neměl závažnější úraz ani úraz hlavy či bezvědomí.

Sociální anamnéza – vystudoval střední průmyslovou školu stavební, v posledním ročníku však narostly prospěchové problémy. Asi

rok byl nezaměstnaný, vyzkoušel několik brigád, ale nikde nevydržel s tím, že se necítil dobře mezi lidmi, míval pocit, že jsou proti němu zaujatí. Po nástupu do zaměstnání – stavební firma, technik, se začaly zvýrazňovat změny v chování. Svobodný, bez známostí. Je kuřák, alkohol konzumuje jenom příležitostně, vyzkoušel marihuanu, po které subjektivně pociťoval úlevu.

K onemocnění – poslední rok pozoroval sám pacient a též jeho okolí velké změny. Měl pocit, že má nápadně velký nos a uši, lidi si ho kvůli tomu víc všímají. Měl pocit, že o něm lidi hovoří. Také začal mít nepříjemný pocit z rodičů, že ho nemají rádi jako dřív, začal se k nim chovat hrubě, odmítat, napadalo ho, že mu něco dávají do jídla. Rozhodl se, že si bude sám nakupovat a vařit. Měl pocit, že mu jsou vysílány signály přes elektrické vypínače, tak se jich přestal dotýkat. Také měl pocit, že o něm hovoří v televizi a rádiu, že do toho je zapojena policie, která na něho přes televizi působí tajnou vysílačkou. Obvykle slyšel mužský hlas, který mu vyhrožoval a nadával, někdy ho varoval, že je sledován. Začal velmi špatně spát, probouzel se strachem že je sledován, měl obavy, že je v pokoji skrytá kamera. Stěžoval si na bolesti hlavy, bez omluvy přestal chodit do práce, doma se zabarikádoval. Pro agresivní výpady vůči rodičům byl přivezen RZP za asistence policie k první psychiatrické hospitalizaci. Byl zcela bez náhledu, choval se výrazně agresivně, pro nespolečenskou spolupráci mu zpočátku byly léky aplikovány injekčně, postupně při zlepšení stavu začal užívat léky ústy, ale měl sklon k podvádění. Ke zlepšení stavu dochází asi po dvou měsících léčby, podařilo se vytvořit náhled na nemoc. Zvládnul návrat do zaměstnání a asi sedm měsíců docházel na pravidelné kontroly, užíval léky, dosáhl kvalitní remise. Poté léky vysadil, další ambulantní návštěva zhruba po půl roce, kdy byl opět přiveden rodiči, sám odmítal léčení, není nemocný, všechno to je na něj nahané, je sledovaný, tím si je jistý, byl ochotný brát pouze něco na úpravu spánku. Odmítal hospitalizaci, pro kterou v danou chvíli nebyly splněny podmínky ve smyslu detence – nedobrovolného vstupu. Byla zvolena forma injekční depotní léčby – docházení na injekci jednou za dva týdny, postupně jsme interval posunuli na jeden měsíc, stav se upravoval pozvolna, při zlepšení spolupráce začal docházet do denního stacionáře při psychiatrickém oddělení, kde také absolvoval Prelaps – psychoedukační program a stejně tak jeho rodiče. Stav se upravil, ale pro dlouhodobou pracovní neschopnost mu byl přiznán částečný invalidní důchod, začal pracovat v chráněné dílně.

13.1.3 Mánie

Paní Marie, 52 let

Rodinná anamnéza – u otce popisovala problém s alkoholem, další významné skutečnosti nebyly zjištěny.

Osobní anamnéza – doposud vážněji nestonala, léčí se s hypertenzí, hypercholesterolemií, je po operaci žlučníku.

Sociální anamnéza – má obchodní akademii, v minulosti pracovala jako úřednice, od r. 1990 podniká, má šicí dílnu, vyrábí speciální věci z nepromokavých materiálů pro zahraniční zadavatele, vcelku dobře finančně situovaná. Je vdaná, popisovala překonání krize vztahu asi před pěti lety, kdy měl manžel poměr. Dvě dcery, studují, jedna žije v zahraničí. Je kuřačka, alkohol konzumuje pouze příležitostně, přednostně víno.

K onemocnění – byla přijata k hospitalizaci poté, co napadla manžela. Chovala se nápadně, byla mnohomluvná, byla oblečena neadekvátně svému věku, tvrdila, že není nemocná, je chytrá, všechno ví lépe než doktoři. Stav byl při hospitalizaci upraven a posléze v ambulanci vyprávěla, jak se stydí za své chování v máni. Popisovala, že měla neustále nějaké nápady, hrozně se jí to líbilo, nic nebyl problém, nemusela spát ani jíst, stále měla nějakou činnost, rozjížděla další podnikání, velmi utrácela – např. si v létě koupila kožich. Také jí začal chutnat alkohol, tvrdý, i když do té doby si dala občas víno. Měla pocit, že se líbí chlapům, chodila tancovat na diskotéky. Rozhodla se a nafotila erotický kalendář. Vše vyvrcholilo tím, že se odletěla bavit do Moskvy. Po návratu jí manžel vyčítal její chování, utrácení, a tak ho zfackovala. V ambulanci spolupracovala dobře, užívala léky s antimanickým působením – antipsychotika a současně stabilizátory nálady – antiepileptika. Asi po půl roce došlo ke změně obrazu a rozvoji deprese.

13.1.4 Deprese

K onemocnění – u paní Marie došlo postupně k rozvoji deprese. Cítila se unavená, vyčerpaná, měla pocit, že se jí nedaří práce, špatně se soustředila. Začala špatně spát, probouzela se kolem třetí hod. ranní a dále už nemohla usnout, honily se jí v hlavě myšlenky, že

rodině zkazila život, že jim způsobila ostudu, bála se, že jí krachne firma a lidé přijdou o práci. Ztratila chuť k jídlu a výrazně zhubla – asi 10 kg za dva měsíce. Nejhůře se cítila po ránu, v trvalém napětí, zcela neschopná vstát z postele. Zhoršení duševního stavu vyvrcholilo sebevražedným pokusem, když spolýkala velké množství léků, manžel ji včas našel. Léčba si vyžádala delší čas, razantní antidepresivní medikaci, bylo nasazeno lithium.

13.1.5 Panická úzkostná porucha

Pan Tonda, 36 let

Rodinná anamnéza – jedináček, vychován v kompletní rodině, otec zemřel v 50 letech na infarkt.

Osobní anamnéza – doposud vážněji nestonal, neprodělal žádný vážnější úraz, žádnou operaci. Neužívá pravidelně žádné léky.

Sociální anamnéza – VŠ ekonomická, spolujednatel úspěšné firmy, zvyklý pracovat 12–15. hodin denně. Je ženatý, má dvě malé děti, se kterými je žena na rodičovské dovolené, bydlí v novém rodinném domě, který je zatížený velkou hypotékou. Býval občasný kuřák, příležitostně alkohol, od vzniku potíží se vším skončil.

K onemocnění – sám udává, že je úspěšný podnikatel, velmi pracovně vytížený. Před rokem z ničeho nic večer se mu udělalo slabo, bušilo mu srdce, bolelo na hrudníku, měl strach, že má infarkt, nemohl dýchat. Žena mu zavolala pohotovost, byl vyšetřen na kardiologii, kde mu natočili EKG, dle svého sdělení dvakrát za sebou, ale i když mu sdělili, že je vše v pořádku, zůstala v něm pochybnost. Po týdnu se záchvat opakoval, v noci, bušilo mu srdce, nemohl dýchat, hrozně moc se potil, žena ho odvezla opět na pohotovost, kde absolvoval ta samá vyšetření s negativním závěrem. Během půl roku byl takto vyšetřen sedmnáctkrát, měl opakovaně děláno EKG, sonografické vyšetření srdce, kompletní laboratoř. Jeho známým lékařem mu bylo naznačeno, aby vyhledal psychiatra, což odmítnul. Z obavy ze záchvatu se začal vyhýbat některým pracovním povinnostem, např. cestování do zahraničí, autem byl chopen jezdit pouze ráno a večer, když nebyl provoz, úplně se vyhýbal obchodákům, protože tam měl

jednou záchvat. Nikdy nevycházel bez telefonu, aby si v případě obtíží mohl zavolat sanitku. Začal si brát Neurol, který mu byl doporučen při jednom z interních vyšetření a po které pociťoval úlevu. Při dalším záchvatu se nechal vyšetřit i na neurologii, kde mu opět doporučili návštěvu psychiatra. Byla s ním probрана problematika, byl edukován o příčinách vzniku a průběhu poruchy, doporučena medikace – antidepressiva SSRI, kterou z počátku špatně toleroval z obav z vedlejších účinků, ale po šesti týdnech přišlo viditelné zklidnění, ze strany pacienta pochopení problémů, byl mu zcela vysazen Neurol vzhledem k riziku návyku.

13.1.6 Obsedantně-kompulsivní porucha

Zde uvedu několik krátkých příběhů k pochopení podstaty této poruchy.

Když Petr odchází z domova, má pocit nejistoty, zda zamknul vchodové dveře, musí je zkontrolovat. Nicméně když od nich odejde, opět neví, zda je zamknul, jestli to neudělal třeba včera, a opět se vrací, obvykle pak musí dodržet rituál – sáhnutí na kliku, kontrola a narovnání předložky před dveřmi. Kvůli svému kontrolování přišel opakovaně pozdě do práce, na sjednané schůzky.

Otakar má nutkavou myšlenku, že se nakazí bakteriemi a viry na klikách dveří a madlech v dopravních prostředcích. Obává se, že by mohl nakazit celou rodinu. Proto se snaží vyhýbat všem těmto situacím, a když není vyhnutí, dlouze si myje ruce až po lokty a poté je desinfikuje Ajatinem. V koupelně tráví až 4 hodiny denně. Ještě musí mýt Ajatinem kohoutky, protože se jich před tím dotýkal špinavýma rukama.

Hana má vtíravé myšlenky, že by mohla ublížit svému dítěti, že by ho mohla bodnout nožem, proto nože uklízí, schovává, např. pokud uvidí nůž v obchodě, doslova z něj uteče.

Pavel, řidič z povolání, trpěl nutkavou nejistotou, zda někoho nesrazil – cyklistu nebo chodce stojícího u silnice, opakovaně se vracel na určité místo, aby se ujistil, že se nic takového nestalo.

Michaele, hluboce věřící, se pokaždé, když viděla církevní budovu, obrázek s církevními motivy nebo když četla text s církevní tematikou, vnutila nechtěná myšlenka „Bůh je č....“.

Václav měl obsesi, že je známým politikem a že v novinách o něm bude uveřejněna pomluva, která ho úplně znemožní. Věděl sice, že je to nesmysl, ale jednou bylo jeho jméno v novinách v souvislosti se stranou, ke které se hlásil. Aby snižoval úzkost, musel pročitat denní tisk. Počet novin byl čím dál větší. Rodiče, kteří mu chtěli ulevit, mu nabídli, že některé noviny přečtou za něj. Z nabídky se však rychle stala povinnost, rodiče denně museli sedět u novin a pročitat je, jinak měl Václav takový vztek, že je i fyzicky napadnul.

Dana se začala vyhýbat číslu čtyři. Narozineniny jejího manžela připadají na čtvrtý den v měsíci a její obsedantní logika vyžaduje, že pokud se nebude tomuto číslu vyhýbat, může způsobit svému muži škodu, smrt. Začala to důsledně dodržovat, např. přeskokování čtvrté stránky v knize, časopise, nejedla čtyři knedlíky apod., ale postupně se to začalo týkat i čísel začínajících anebo končících čtyřkou, násobky čtyř apod.

13.1.7 Mentální anorexie

Slečna Martina, 17 let

Rodinná anamnéza – u matčina bratra je popisováno podivínství a sebevražedný pokus. Vyrůstá v konfliktním rodinném prostředí, kdy rodina žije společně s rodiči matky, kdy babička usiluje o nadvládu nade všemi, čemuž se matka podvolila a přenechala jí veškerou péči o domácnost.

Osobní anamnéza – porod a raný vývoj v normě, doposud s ničím vážněji nestonala.

Sociální anamnéza – je studentkou gymnázia s velmi dobrým prospěchem, zajímá se o módu, počítače. Doposud nevyzkoušela žádné návykové látky. Je bez známosti, ale s chlapcem již chodila. Povahově se sama hodnotí jako přecitlivělá.

K onemocnění – ve třinácti letech demonstrativně skončila s dětstvím (vyhodila všechny panenky, dětské knihy), začala se sama starat o domácnost, dirigovala mladšího bratra, nakupovala, pro všechny vařila. Dostávala se do velkých konfliktů s babičkou. Na táboře se seznámila s hochem, který jí měl říct, že má velký zadek, a začal chodit s jinou. Martina přestala jíst, držela dietu, zpočátku zdůvodňovanou vegetariánstvím. Současně začala výrazně cvičit, běhala, chodila na aerobik, kde se omotávala igelitem pro větší efekt. S jídlem podváděla, když měla doma jíst, vymluvila se, že už se najedla venku, ve škole apod. Přestala menstruat, ale zašla si ke gynekologovi a ten jí předepsal hormonální antikoncepci. Doma začala být velmi konfliktní, na všechny zlá, neustále podrážděná, s emoční labilitou. Pokračoval váhový úbytek, cvičení kdykoliv – např. o přestávce ve škole běhala po schodech. Jedla rajče nebo jablko, občas tvaroh, jako zdroj energie zvolila pití netučného mléka. Začaly jí padat vlasy, měla neustálý pocit zimy i v parném létě. Nakonec skončila hospitalizována na dětském oddělení s únavovou zlomeninou nohy. Byla jí diagnostikována mentální anorexie a doporučen pobyt na specializovaném pracovišti.

14. ZÁVĚR

Doufáme, že příručka, kterou jste právě dočetli, vám přinesla řadu důležitých i informací o psychiatrii a celkově o duševně nemocných. Pro život je jistě užitečné se orientovat v tom, co to je vlastně duševní nemoc, jak je to široký pojem, i uvědomění si toho, že se s těmito problémy setkáváme vlastně každodenně. Měla by pomoci v pohledu na psychiatrii jako na medicínský obor, který není senzační, ale stojí na jasně daných vědeckých základech, umí léčit duševní poruchy. A také více než ostatní medicínské obory využívá mezioborové spolupráce, zvláště pak v oblasti práva a sociálních služeb.



2. rozšířené a upravené vydání

Vydal: Benepal, a.s.

Vydáno v roce 2013

Sazba, grafické práce a tisk: Daniel Vrzal

PUBLIKACE JE SPOLUFINANCOVÁNA EVROPSKÝM
SOCIÁLNÍM FONDEM A STÁTNÍM ROZPOČTEM ČR.

Neprodejná publikace.