

Psychiatrie

minimum pro praxi

Jiří Raboch, Pavel Pavlovský, Dana Janotová

TRITON

4. vydání



Triton

Raboch, Pavlovský, Janotová
Psychiatrie
minimum pro praxi

Psychiatrie

minimum pro praxi

Jiří Raboch, Pavel Pavlovský, Dana Janotová

4. vydání

Jiří Raboch, Pavel Pavlovský, Dana Janotová
Psychiatrie – minimum pro praxi

Vyloučení odpovědnosti vydavatele

Autoři i vydavatel věnovali maximální možnou pozornost tomu, aby informace o léčivech odpovídaly aktuálnímu stavu znalostí v době přípravy díla k vydání. I když tyto informace byly pečlivě kontrolovány, nelze s naprostou jistotou zaručit jejich úplnou bezchybnost. Doporučujeme proto řídit se údaji a instrukcemi výrobců uvedenými na příbalovém letáku příslušného přípravku. Z těchto důvodů se vylučují jakékoli nároky na úhradu ať již přímých, či nepřímých škod. *Tato kniha ani žádná její část nesmí být kopírována, rozmnožována ani jinak šířena bez písemného souhlasu vydavatele.*

Prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.

přednosta Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN Praha

Doc. MUDr. Pavel Pavlovský, CSc.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha

MUDr. Dana Janotová, CSc.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha

recenzoval:

MUDr. Pavel Baudiš

© Jiří Raboch, Pavel Pavlovský, Dana Janotová, 2006

© TRITON, 2006

Cover © Renata Ryšlavá, 2006

Vydalo nakladatelství TRITON,

Vykáňská 5, 100 00 Praha 10, www.triton-books.cz

ISBN 80-7254-746-1

Za podporu vydání publikace děkujeme firmám:

Astra Zeneca

Bristol Myers Squibb

Janssen Cilag

Krka

Richter Gedeon

Sanofi Aventis

Zentiva

Obsah

1. Základní pojmy v psychiatrii / J. Raboch	11
2. Organicky podmíněné duševní poruchy / P. Pavlovský	33
3. Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek / P. Pavlovský	54
4. Schizofrenie / P. Pavlovský	73
5. Afektivní poruchy / J. Raboch	86
6. Úzkostné poruchy a poruchy vyvolané stresem / J. Raboch	109
7. Disociativní poruchy / J. Raboch	135
8. Somatoformní poruchy a jiné neurotické poruchy / J. Raboch	139
9. Poruchy příjmu potravy / J. Raboch	144
10. Neorganické poruchy spánku / J. Raboch	148
11. Sexuální poruchy / J. Raboch	153
12. Poruchy osobnosti / J. Raboch	162
13. Návykové a impulzivní poruchy / J. Raboch	174
14. Mentální retardace / D. Janotová	178
15. Dětská psychiatrie / D. Janotová	184
16. Právní aspekty psychických poruch / P. Pavlovský ..	196
Literatura	201

1. Základní pojmy v psychiatrii

Jiří Raboch

Psychopatologie je nauka popisující symptomatiku duševních poruch na třech úrovních. **Symptomy** jsou nejjednodušší známky onemocnění. Mohou být pozorovány objektivně (zpomalená psychomotorika) nebo subjektivně prožívány (strach z veřejného vystoupení). **Syndromy** jsou skupiny symptomů, které se typicky vyskytují současně (např. depresivní syndrom se smutnou náladou, zpomaleností psychomotoriky, narušením koncentrace, poruchami spánku apod.). **Nozologické jednotky** je možno v současné době chápat jako hypotetické konstrukty, které vznikly na základě posledních vědeckých poznatků, týkajících se pozorovaných symptomů, syndromů, etiologických faktorů, dosavadního průběhu. Umožňují nám komunikaci mezi odborníky a zároveň vyjadřují určitou pravděpodobnost dalšího průběhu poruchy a jejího terapeutického ovlivnění. Současná mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) však kvůli nejednotnosti názorů na příčiny duševních poruch většinou opomíjí etiopatogenetický přístup a zdůrazňuje především jejich symptomatologii (fenomenologický přístup).

Z didaktických a praktických důvodů je možno popsat deset základních okruhů psychiky, kterými se zabývá obecná psychiatrie. Některé fenomény se překrývají a jiné jevy nelze jednoznačně zařadit. Základní uznávané okruhy jsou:

- I. vědomí
- II. vnímání
- III. myšlení
- IV. paměť
- V. pozornost
- VI. emoce
- VII. inteligence
- VIII. jednání a vůle
- IX. pudy a instinkty
- X. osobnost

I. Vědomí

Pro správné fungování vědomí je nezbytná účast všech psychických funkcí. Stav bdělosti je podmíněn činností různých nervových center a drah, především asociační mozkové kůry, retikulární formace (ascendentní retikulární aktivační systém) a thalamických jader. K fyziologickým změnám vědomí patří typicky spánek a hypnóza.

Termín vědomí se užívá ve dvojmýslu:

- a) **Bdělost – vigilita** je optimální stav centrálního nervového systému a jeho schopnost adekvátně reagovat. Poruchy vigility se označují jako **kvantitativní poruchy vědomí**. Znamenají plynulé snižování bdělosti (čilosti, pozornosti, jasnosti vědomí) od **somnolence** – spavosti přes **sopor** – kdy nemocného lze nakrátko probudit silnými podněty,

až ke **kómatu** – bezvědomí, kdy nemocný nereaguje ani na bolestivé podněty. **Synkopa** označuje krátkodobé bezvědomí vzniklé např. mozkovou hypoxií při náhlé změně polohy nebo při rozčílení.

b) **Uvědomění si sebe sama** jako individuality vůči okolnímu světu a schopnost uvědomit si a správně zařadit (integrovat) vlastní vnitřní prožitky. Pokud je alternována schopnost vlastní identifikace v zevním světě anebo schopnost určit původ a časově lokalizovat vlastní prožitky, pak hovoříme o **kvalitativních poruchách vědomí**. Tyto lze dělit na:

1. **Obluzené vědomí, delirium** – projevuje se poruchami vnímání (iluze a halucinace), poruchami myšlení (inkoherece a bludy), poruchou emotivity (zvýšená nebo snižená afektivita a patická nálada), poruchou chování (neklid, stupor). Ze všech těchto poruch vyplývá zkreslený vztah ke skutečnosti (poruchy orientace a neschopnost náhledu chorobnosti stavu) a následná ztráta vzpomínek (amnézie). Jednotlivé složky psychiky jsou porušeny v různém stupni. Stav končí většinou spánkem. Rozeznáváme dvě formy obluzeného vědomí:
 - a) **hypoaktivní** – méně častá forma, dříve označovaná jako amence. Chování nemocného je méně nápadné, aktivita je nižší, chybí útočnost, typická je spánková inverze. V popředí jsou poruchy myšlení a orientace. Vyskytuje se nejčastěji při ateroskleróze mozkových tepen.
 - b) **hyperaktivní** – v chování je patrný neklid, aktivita je zvýšená, objevuje se agresivita. Vyskytuje se nejčastěji ve formě deliria tremens (s třesem) u odvykacího syndromu alkoholického, při intoxikacích dalšími drogami nebo léky především s anticholinergními účinky

(atropin), při febrilních stavech u infekčních chorob (pneumonie, tyfus – česky původně hlavnička), při hypertonické krizi, v rámci mozkového krvácení apod. Deliria jsou častější u dětí a starších osob. Tuto poruchu nalézáme u více než jedné pětiny hospitalizovaných starších 60 let. Průběh bývá kolísavý, často se zhoršující ve večerních hodinách. Délka trvání se pohybuje ve dnech až týdnech.

2. **Mrákotné stavy – obnubilace** – jsou charakterizované náhlým začátkem a náhlým koncem změněného vědomí. Jsou u nich přítomné poruchy vnímání, myšlení, emotivity a chování stejně jako u obluženého vědomí. Na proběhlý stav je amnézie. Vyskytují se u epilepsie (psychomotorické záchvaty), u disociačních stavů, při patickém afektu, patické ebrietě, při hypoglykémii. Jejich trvání je krátkodobé (obvykle minuty).

Nejčastější formy obnubilací jsou:

- a) **stuporózní** – převládá nehybnost, ztráta iniciativy, nemocný nereaguje na podněty,
- b) **deliriózní** – převládá anxieta, neklid, poruchy vnímání, zbrkllost až útočnost,
- c) **automatická – vigilambulantní** – je charakterizována nenápadným počínáním, ale některé činy jsou v rozporu s osobností nebo běžným programem. Pacient na první pohled činí dojem, že je při vědomí. Bývá označována jako disociativní **fuga**.

Hypnóza představuje uměle navozenou změnu vědomí, kdy hypnabilní osoba ztrácí přímý kontakt se zevním světem. Tento je zprostředkován hypnotizérem, který má na hypno-

tizovanou osobu výrazný vliv (sugestibilita). Léčebně je možné využít hypnózu např. ve formě posthypnotických sugescí (zmenšování obav pacientů s fobiemi).

II. Vnímání

Vnímání je subjektivně zkreslený obraz reality zprostředkovaný našimi smysly. Je odvislé od funkčního stavu smyslových orgánů a nervového systému, především aferentních drah, senzorické a asociační mozkové kůry. Základními jednotkami vnímání jsou vzruchem vyvolaný počitek a následně kontextuálně zpracovaný vjem. Jedná se většinou o komplexní jevy, neboť současně vnímáme různými smysly. **Smyslové klamy** jsou způsobeny nedokonalostí našeho vnímání v některých situacích (např. zdánlivý zálohm lžičky ponořené do sklenky vody). **Eidetismus** je vlastnost, díky níž si jedinec dokáže na chvíli s velkou živostí vyvolat obraz toho, co právě viděl nebo slyšel. Vyskytuje se u dětí a umělců. **Pareidolie** označuje schopnost detailně dokreslovat pomocí fantazie smyslové vjemy. Např. při pohledu do mraků si dotyčný představuje scény z pohádky.

Mezi hrubě zkreslené (chorobné) vjemy reality patří iluze a halucinace. **Pravá iluze** je nekorigovatelná, vzniká na základě nesprávně interpretovaného zevního podnětu (místo židle vidí postižený člověka). Pravé iluze jsou přítomné u delirií a psychóz. **Halucinace** se od pravé iluze liší tím, že zevní podnět zde zcela chybí. Jedná se tedy o šalebný vjem, vzniklý na chorobném podkladu, o jehož správnosti je subjekt nevývratně přesvědčen (v tiché místnosti slyší pacient hlasy svých příbuzných). Halucinace lze rozdělit na elementární (jiskry, tóny), komplexní (scény, hovor) a kombinované (poruchy vnímání současně více smyslů). Dále je

rozlišujeme podle postižení jednotlivých smyslů na sluchové (často ve formě „hlasů“), zrakové, čichové, chuťové, hmatové a tělové (viscerální). Jako inadequate haluciance označujeme ty patologicky vzniklé vjemy, které postižený přiřazuje neodpovídajícímu čidlu, např. slyší okem. Zvláštní kategorii tvoří **intrapyschické halucinace**, kdy je nemocný přesvědčen, že mu jsou myšlenky vkládány do mozku, brány, nebo zveřejňovány. Jde tedy o jev na pomezí mezi poruchou vnímání a myšlení. Vyskytují se typicky u schizofrenie. Nejčastější jsou však u těchto nemocných přítomny verbální halucinace (hlasy). U deliria tremens se často vyskytují halucinace malých drobných zvířat a hmyzu – **mikrozoopsie**. Halucinace se vyskytují u intoxikací a psychóz.

Pokud je postižený schopen nesprávnost vnímání nahlednout – uvědomit si, že jde o šalebný vjem, hovoříme o **pseudoiluzích** nebo o **pseudohalucinacích**.

Iluze již viděného, slyšeného, prožitého – (Illusion du déjà vu, attendu, vécu) – jsou na hranici depersonalizací a poruch vnímání. Jedinec při nich má pocit, že přítomnou situaci již jednou viděl, slyšel nebo zažil.

III. Myšlení

Myšlení je logické, racionální zpracovávání vjemů a paměťových stop za účasti ostatních psychických funkcí včetně emocí vedoucí ke zevšeobecnění poznání skutečnosti. Předpokladem myšlení je bdělost, pozornost a paměť. Myšlení je v přímé souvislosti s inteligencí. U člověka se nejčastěji projevuje v řeči, písmu a jednání. Uskutečňuje se pomocí základních jednotek – představ a pojmů. Představa je názorný odraz konkrétního předmětu či jevu v lidské mysli. Pojem je výsledek abstrakce, který zachycuje podstatné znaky

předmětů a jevů. Jednotlivé pojmy se pak asociují a logicky propojují.

Poruchy myšlení rozdělujeme na *kvantitativní* a *kvalitativní*.

Kvantitativní poruchy myšlení

(poruchy tempa a cíle myšlení):

Mezi poruchy, vyznačující se zejména **změnou tempa** myšlení, zařazujeme:

Útlum myšlení, bradypsychismus – celkové tempo je pomalé. Nemocný se spontánně málo projevuje, odpovídá po latencích. Myšlení mu zjevně působí obtíže. Představy se vybavují obleněně. Determinující tendence je zachována, ale je zeslabena. Pro postiženého je namáhavé uvažovat i o zcela jednoduchých věcech, rychle se unaví. Myšlenkový útlum může dosáhnout takového stupně, že nemocný nepromluví ani slovo (**mutismus**). Vyskytuje se i při prosté únavě, u osob vyčerpaných, nemocných tělesně, u mentálních retardací, demencí a zejména může být nápadný u depresivních stavů.

Překotné myšlení, tachypsychismus – myšlení je zrychlené, někdy se stupňuje až v myšlenkový trysk. Subjekt mluví rychle a mnoho (**logorea**). Pokud se rychlost myšlenkových pochodů zrychluje, stává se subjekt neschopným slovně vyjádřit vše, co ho napadá. Ztrácí se determinující tendence. Slovní produkce přeskakuje z jednoho tématu na jiné. Někdy rychlost řeči nestačí běhu myšlenek a subjekt mluví o další představě (vzniká dojem inkoherece, roztržitosti řeči a myšlení, tzv. **pseudoinkoherece**, která může být chybně interpretována jako schizofrenní porucha myšlení). Tato porucha myšlení se typicky vyskytuje u ma-

nických poruch nálady, při lehkých intoxikacích alkoholem a jinými drogami, krátkodobě i při šťastném zážitku (výhra apod.).

Do druhé skupiny *kvantitativních poruch myšlení (poruchy cíle myšlení)* je možno zařadit takové stavy, při kterých myšlení není ovlivněno vlastní dynamickou složkou, vyjádřenou tempem myšlení, ale dalšími psychopatologickými faktory, které toto tempo nepřímou ovlivňují. Je to zejména schopnost nebo neschopnost udržet determinující tendenci a směr myšlení. Do této skupiny můžeme zařadit:

Roztržité myšlení – je rušené nějakým problémem, který subjekt zaměstnává v určité situaci (starost o dítě apod.) a proto se špatně soustřeďuje na jiné úkoly, které má provádět. Roztržitost někdy způsobuje dominující nebo ovládací představa, jež zabraňuje subjektu v upoutání pozornosti na jiný předmět mimo jejich okruh. Dominující nebo ovládací představy mohou vycházet z rámce normy (průkaz validity vědecké hypotézy, vynálezu), tak i z oblasti zcela patické (blud).

Zabíhavé myšlení – pokračuje sice správně k určitému cíli (zachovává tedy určitou determinující tendenci), ale přitom stále odbočuje k vedlejším tématům. Obráží často nedostatek intelektu, kdy subjekt nedovede zvolit myšlenky, které jsou důležité z hlediska konečného cíle úvahy.

Ulpívavé myšlení – je charakterizováno tím, že subjekt ulpívá na jednom slově nebo větě, kterou stále opakuje nebo opakovaně do řeči zapojuje (**perseverace**). V normě se vyskytuje např. při únavě, rozespalosti nebo v útlumovém stadiu opilosti. U patických stavů se s ním setkáváme u organických mozkových onemocnění (demence, nádory), a to zejména u těch procesů, které buď zasáhly větší část mozkové tkáně, nebo jsou difúzní.

Nevýpravné myšlení – je charakterizováno tím, že se subjekt stále vrací ke stejné tematice. Vyskytuje se tam, kde zájmy osobnosti jsou egocentricky zúženy. Může to být např. při zátěži nebo oslabení organismu ještě v rámci normálního stárnutí. Zvýrazňuje se pak při demenci, dále u epilepsie a u těžších mentálních retardací (imbecilita).

Kvalitativní poruchy myšlení:

Myšlenkový záraz – nemocný, který myslí a mluví při běžném kontaktu bez jakékoli zjevné poruchy, se náhle v řeči zarazí bez zjevného zevního podnětu, někdy i uprostřed slova. Jde o patický jev, spojený se zárazem jednání vyskytující se typicky u schizofrenie.

Nesouvislé (inkohherentní) myšlení – tok myšlenek obráží rozvolnění asociací. Myšlenky nenásledují logicky jedna za druhou v plynulém proudu. Myšlení ztrácí obsahovou souvislost. Řeč nemocného se skládá z jednotlivých slov nebo vět, které nejsou spolu vázány žádným obsahovým pou-tem. Rozeznáváme:

- a) **zmatené myšlení**, které doprovází obluzené vědomí (např. horečnaté blouznění). Determinující tendence zde mizí, vjemy jsou nejasné, často se mění v iluze. Střídají se různé emoce. Soudnost je otupena. Chybí řídicí element. Nemocný nemá vliv na vznik těchto představ a necítí se při jejich vzniku aktivně účasten. Vědomí má snový, **oneiroidní** charakter.
- b) **roztříštěné myšlení** – je typickým znakem schizofrenních poruch myšlení. Vědomí je zachováno. V důsledku rozvolnění asociací vkládá pacient mezi jednotlivá slova další slova nebo věty bez respektování normální logické stavby. Navíc je často jeho myšlení ovlivněno vlast-

ními logickými zákony (**paralogie**), jež mohou být bizarní a jež se mohou odvozovat buď z jeho autistických prožitků, nebo mohou být ovlivněny jeho bludnými představami.

Autistické (dereistické) myšlení – je to myšlení unášené volně vlastní fantazií subjektu, bez ohledu na skutečnost a vlastní zkušenost. Jeho substrátem je fantazijní splnění přání. Směr myšlení je zde udržován emočními reakcemi, jež subjektu vyhovují. Samo o sobě není patické. Patickým se stává, až když je nemocný nedovede přerušit podle potřeby nebo když přestane odlišovat své autistické představy od skutečnosti. Postižený se chová a jedná pak podle nich bez ohledu na důsledky.

Magické (symbolické) myšlení – je blízké pověře a přisuzuje jevům symbolický, tajemný význam. Vyskytuje se u schizofrenie, ale též u jedinců v normě pod vlivem osobních nebo skupinových kulturních vlivů.

Obsese jsou vtíravé myšlenky, které přicházejí do mysli subjektu proti jeho vůli (ego-dystonní), jsou provázeny úzkostí, nutí jedince opakovat úkony, eventuálně složité rituály (**kompulze**). Jedinec si je při tom vědom, že vykonané jednání je nadbytečné, chorobné, ale volní snaha toto jednání potlačit stupňuje anxiету. Snazší je proto nutkání vyhovět. Nemocní si např. celé dny myjí ruce, kontrolují uzávěr plynu, opakovaně se proto vracejí z ulice domů apod.

Dominantní nebo ovládací myšlenky se objevují též proti vůli jedince, avšak ten zná důvod, proč se tyto myšlenky vracejí (např. silný emoční zážitek v nedávné minulosti). Jsou tedy chápány jako ego-syntonní.

Katatymní myšlení je zkreslené emotivitou, tedy např. nadměrně dobrou nebo špatnou náladou. Vyskytuje se