

Psychiatrická propedeutika

Tomáš Kašpárek

Předmluva

Tento text vznikl jako podklady pro praktická cvičení z psychiatrie na lékařské fakultě. Ty mají na Masarykově univerzitě rozsah deset dní a vyučující tedy stojí před úkolem sdělit to nejdůležitější a nejpraktičtější svým budoucím kolegům nepsychiatrům a zároveň ukázat to nejzajímavější budoucím kolegům psychiatrům. Psychiatrie je přitom velmi dynamický obor, spojující stoletou tradici, která přinesla detailní rozборы psychopatologických fenoménů s moderní neurovědou, která umožňuje nahlížet na duševní poruchy v kontextu nejaktuálnějších vědeckých poznatků a zároveň vede k vývoji nových terapeutických modalit. Vyučující bojuje s nedostatkem prostoru, aby byl schopný umožnit studentům nahlédnout pod povrch každodenní psychiatrické rutiny a demonstrovat tuto fascinující bohatost, kterou psychiatrie znamená.

Kromě mediků však mají psychiatrii v sylabu i mnohé nelékařské zdravotnické obory – psychiatrii vyučujeme pro studenty ošetrovatelství, optometrie, fyzioterapie, výživáře, laboranty... Setkáváme se tedy se studenty (a medicí v tom nejsou výjimkou), kteří mají velmi limitované předchozí znalosti z oborů jako je psychologie, neurologie, neurofyziologie či farmakologie a i tomu musíme způsob výuky přizpůsobit. V případě výuky psychiatrie nás zrazuje i minimální možnost elaborace nových informací, tj. navázání nových znalostí na systém znalostí předchozích, což by usnadnilo pochopení a zapamatování si nového. Psychopatologické pojmy jsou pro studenty vysoce abstraktní, těžko si pod nimi představují konkrétní prožitky a těžko hledají vztahy mezi psychiatrickými koncepty.

Zkušenost tedy ukázala, že je nutné maximálně interpretovat a uvádět praktické příklady alespoň těch nejdůležitějších psychopatologických termínů, lapidárně sdělovat významy a vztahy... abychom se posléze dozvěděli, že jsou tyto příklady otrocky opakovány bez pochopení smyslu daných konceptů. Tento text by měl tedy sloužit jako průvodce psychiatrickou teorií a praxí, umožnit čtenáři vytvořit si základní strukturu vědomostí a soudů o oboru psychiatrie a připravit jej tak pro hlubší pochopení při studiu standardních učebnic. Aby mohl být text považován za průvodce, musí mít rozsah „na cesty“: nesmí

suplovat dobře vybavenou knihovnu, naopak, měl by podat co nejsrozumitelnější přehled toho nejdůležitějšího, s připomenutím kontextu, uvedením praktického významu. Průvodce se snaží mluvit jazykem, který je srozumitelný i pro nepoučeného turistu – text se proto snaží využít otázek, které téměř konstantně při výuce psychiatrie zaznívají a které tak odrážejí stav konceptualizace oboru před tím, než se mu student začne věnovat. Doufám, že tento text pomůže čtenáři při jeho cestě za krásami současné psychiatrie.

První setkání s psychiatrií

Vstupujete nebo se chystáte vstoupit na půdu psychiatrie. Ať již je vaší motivací cokoliv – získat zkušenosti pro budoucí lékařské povolání, přetrpět několik dní a získat kredity... - je potřeba mít povědomí o několika skutečnostech, aby vám stáže z psychiatrie mohly něco dát a hlavně, abyste nepoškodili pacienty, se kterými se zde budete potkávat. S psychiatrií se pojí velké množství legend a předsudků, které se týkají nejen duševně nemocných, ale i těch, kteří se o ně starají (stigma). Určitě si sami vybavíte několik vtípů a tvrzení a jste zvědaví, jestli jsou pravdivé. Myslím si, že není na škodu si před tím, než se budete seznamovat s teorií a praxí našeho oboru uvědomit, co se vám vybaví, když slyšíte slova „duševně nemocný“, „blázen“, „hysterka“, „schizofrenik“, „mánie“, „psychiatr“, „blázinec“, „elektrošoky“ a srovnat tyto představy s tím, co se na stážích dozvíte a co uvidíte.

V tomto krátkém textu se budeme věnovat následujícímu okruhu otázek: Jak vypadá člověk, o kterého se starají psychiatři? Co má za potíže, jak se chová? Jak se člověk k psychiatrovi dostane? Jaký má takový člověk život? Kde vůbec žije? Co ho do budoucna čeká? Jak psychiatr pozná, že jde o duševní nemoc? Jak rozezná zdravého člověka od „nemocného“? Jaké „triky“ používá, aby „to“ z lidí dostal? Může psychiatr vůbec někoho vyléčit? Jak vlastně léčí? „Dopuje“ duševně nemocné? Dělá ze zdravých lidí „zombie“, utlumuje, aby „neobtěžovali“? Doufám, že po přečtení následujícího textu a po absolvování stáží na klinice vám budou odpovědi na tyto otázky zřejmé a pomůžete nám šířit osvětu do naší laické společnosti.

Několik úvodů do psychiatrie

Několik tradic

Psychiatrie je medicínský obor, ve kterém se setkává biologický a humanitně-orientovaný, psychologický pohled na lidskou psychiku. Je nesporné, že psychické funkce jsou vázány na funkci mozku. Když Phineasi Cageovi zničila ocelová tyč prefrontální oblasti mozku, stal se z něj jiný člověk, došlo u něj k výrazným změnám povahy, temperamentu. Když operujeme mediotemporální oblasti pro refrakterní temporální epilepsii, způsobíme poruchy paměti. Tumory, infarkty mozku ovlivňují dle lokalizace naši schopnost vnímat, projevovat se, rozumět řeči. Neurosyfilis mění lidskou emotivitu, vede k reverzibilním změnám intelektu. A takto bychom mohli pokračovat ještě dlouhou dobu. V dnešní době máme možnost studovat funkci mozku v průběhu zapojení různých psychických funkcí v podstatě on-line, s dobrým prostorovým rozlišením. Vidíme tak, které oblasti mozku jsou klíčové pro výkon určitých funkcí, jako je například vnímání, emoční hodnocení, plánování, rozhodování... Vidíme též, jak se mění aktivita mozku – ve smyslu prostorové distribuce aktivity a její mohutnosti – nacházíme změny morfologie mozku, abnormality jeho propojení v souvislosti s mnoha duševními nemocemi. Odtud čerpá biologická psychiatrie informace a inspiraci pro biologické způsoby léčby duševních nemocí.

Přestože máme k dispozici poměrně sofistikované nástroje pro studium morfologie a funkce mozku, současná technika stále neumožňuje odpovídat na množství základních otázek, které v souvislosti se studiem lidské psychiky ve zdraví a nemoci padají. Jsme daleko od snů Isaaka Asimova, který si představoval, že pomocí analýzy elektroencefalogramu budeme schopní odhadovat charakterové vlastnosti lidí a předvídat tak jejich chování. Nevlastníme nástroje, které by nám zprostředkovaly obsah vědomí či paměti (jak to umožňovala jiná vysněná technika dalšího z otců sci-fi literatury, Stanislava Lema). Toto je důležité si uvědomit – současná zobrazovací technika nám umožňuje sledovat, co dělá mozek, když řeší určitý úkol, nedozvíme se však nic o kvalitě, resp. obsahu informací, které mozek zpracovává. Stejně tak se nedaří „zobrazit“ – resp. zřejmě to není ani možné – funkce jako „vědomí“ (tj. kde dochází k uvědomování si sebe sama a okolí), „já“ (tj. kde dochází k sebeuvědomování a k pocitům kontinuity, integrity) apod. Jak již bylo naznačeno, jde nejspíš o špatně pokládané otázky, protože takovéto funkce možná nejsou „lokalizované“, možná jsou spíše vlastností, která je implicitní struktura určitého stupně organizace a komplexity, jako jsou rozsáhle neuronální sítě mozku, vzájemně složitě propojené a spolupracující.

Z tohoto důvodu je biologický pohled na lidskou psychiku značně redukcionistický a měl by

být inspirovaný psychologickými koncepty, které bezprostředně nevycházejí z funkce mozku a zabývají se komplexnějšími rysy naší psychiky a principy jejího fungování a zejména kvalitou, významy jednotlivých psychických obsahů (např. vzpomínek, myšlenek, fantazií apod.). Z těchto konceptů vychází tradiční psychopatologie i nejrůznější psychoterapeutické systémy. Vlastně ideální by bylo, kdyby se tyto pohledy inspirovaly navzájem. Např. psychoanalýza Sigmunda Freuda vycházela zpočátku z představ o funkci nervového systému, hovořila o „energii vedené nervovými spojeními“, odkud vycházely koncepty přetrvávajícího vlivu potlačených emocí či myšlenek atd. Později Freud usoudil, že tehdejší znalosti o funkci CNS jsou natolik nedokonalé, že neumožňují interpretaci psychických funkcí z pohledu neurofyziologie a zavrhl jakoukoliv vazbu mezi jeho psychologickými teoriemi a neurobiologií. Možná dnes žijeme v době, kdy bude díky pokroku poznání v neurovědách a kognitivní vědě možné tyto dva světy sblížit.

K tomu je dobré mít na paměti následující schéma: ukazuje různé roviny, na kterých můžeme studovat lidské chování a jeho poruchy. Biologická psychiatrie se zajímá zejména rovinami od genetického kódu po neurofyziologické systémy, psychologické, resp. psychoterapeutické tradice pak kladou důraz na různé roviny od psychických funkcí po sociální prostředí. Je zjevné, že změny na jedné úrovni povedou ke změnám, adaptacím na úrovních ostatních, přitom jde o obousměrný způsob ovlivňování, na vyšších i nižších rovinách. Existuje zde též tzv. cirkulární kauzalita, tj. změna vede k adaptacím a ty zpětně působí na primárně změněnou rovinu, která se dále adaptuje. Je zřejmé, že v takto složitém systému je těžké nacházet (lineární) kauzální vztahy, hledat primární rovinu postižení atd. Je také zřejmé, jak úzce spolu souvisí zevní prostředí, prožívání člověka a jeho neurobiologické dispozice.

Genetický kód (funkčně významné změny...)

Subcelulární mechanismy (regulace exprese DNA, tvorby proteinů...)

Neuronální buňky (exprese receptorů, vlastnosti membrán, cytoskeletu, viabilita...)

Neuronální síť (konektivita, organizace, počet členů...)

Neurofyziologické systémy (senzoricko-motorické, jazykový, exekutivní, paměťové...)

Psychické funkce (paměť, pozornost, exekutivní funkce...)

Osobnost, psychologická rovina (obsah a význam, způsoby hodnocení a reagování...)

Dyáda (partnerský vztah)

Rodina (širší okruh vztahů)

Skupina – sociální prostředí

Náplň oboru

Začněme znovu od začátku – tím, že si řekneme, jaký je rozdíl mezi psychiatrem a psychologem. Laická veřejnost si tyto dvě profese plete, i když existuje matná představa o tom, že „skončit u psychologa“ není tak hrozné, jako „skončit u psychiatra“. Triviální rozdíl je v jejich vzdělání: psycholog je absolvent filozofické fakulty, psychiatr vystudoval medicínu. To nám ještě nic neřekne, naopak tento fakt spoustu lidí mate, protože si nedokáže vysvětlit, proč by měl mít psychiatr medicínské vzdělání – ale o tom později. Další triviální – i když praktický – rozdíl je v dostupnosti terapeutických prostředků: psychiatr může používat biologické způsoby léčby, psycholog pouze psychologické. Pochopitelně nejpodstatnější je rozdíl v náplni jejich oboru: psychologie se zabývá lidskou psychikou ve zdraví, principy jejího fungování, co nás činí lidmi, co nás motivuje, jak se chováme v nejrůznějších situacích, včetně těch zátěžových a proč se tak chováme. Psychologie má množství podoborů, její absolventi se uplatňují jako personalisté, v reklamním průmyslu, teoretikové, ale i pracovníci ve zdravotnictví (klinická psychologie).

Psychiatr se naopak zabývá patologií, tj. chorobnými stavy, které postihují psychické funkce a vedou k poruchám chování či subjektivním potížím. Samozřejmě, že využívá poznatků psychologie, měl by mít poměrně dobrou představu o tom, jak funguje lidská psychika, ale v tom nemá psychiatrie nijak výlučné postavení. Naopak, celá medicína by měla čerpat ze znalostí o fungování lidské psychiky – určitě jste se setkali s popisem procesu přijetí závažné diagnózy, jehož znalost umožňuje klinikům pochopit zdánlivě nelogické chování jejich pacientů. Ještě jednou – psychiatrie se zabývá diagnostikou a léčbou duševních nemocí.

Další termín, který se dnes často objevuje a o jehož vztahu k psychiatrovi a psychologovi nebývá jasno je psychoterapeut. Psychoterapeut je pracovník ve zdravotnictví, nejčastěji psychiatr nebo psycholog, který poskytuje psychoterapii. K tomu potřebuje zvláštní vzdělání, tzv. výcvik v některém z mnoha psychoterapeutických systémů, dlouho existovala atestační zkouška z psychoterapie. V dnešní době se však objevují lidé, kteří poskytují psychoterapii v rámci různých konzultačních služeb, poradenství a ti v rámci privátního sektoru nemusí vždy splňovat tyto náročné podmínky a proto je vhodné zjišťovat, jakou má člověk kvalifikaci, zkušenost, resp. zda je členem některé psychoterapeutické společnosti ještě před tím, než k němu na psychoterapii začnete docházet.

System péče

Jak se tedy člověk dostane k psychiatrovi? Přes všechnu negativní reklamu, kterou psychiatrie má se často stává, že sám nemocný rozpozná, že má nějaké potíže, které ho v jeho životě omezují a vyhledá proto psychiatra. Asi stejně často se však stává, že si všimne okolí nemocného, že se děje něco nestandardního a doporučí mu návštěvu lékaře. Pacient tak může či nemusí učinit – problémem je často tzv. náhled chorobnosti – tzn., že i přes to, že okolí rozpoznává, že se s jejich blízkým „něco děje“, nemůže ve většině případů lékař pacienta k vyšetření přinutit proti jeho vůli. Ze zákona existují jen výjimečné situace, kdy může psychiatr poskytovat svou péči proti vůli pacienta (detence a léčba proti vůli v případě ohrožení sebe sama či okolí na zdraví či životě pod vlivem duševní poruchy anebo neschopnost poskytnout informovaný souhlas se zdravotnickými výkony a přitom je nutná intenzivní péče k zachování života či zdraví pacienta). Formálně je někdy pacient k psychiatrovi doporučen jiným lékařem, přístup k psychiatrovi je však tzv. nízkoprahový, což znamená, že člověk může psychiatra vyhledat bez doporučení obvodního lékaře – což má určitě své výhody, které si dokážete představit.

Psychiatrická péče je pak poskytována různým způsobem. Snaha je, aby bylo maximum pacientů léčeno v jejich přirozeném prostředí, aby nebyli vytrženi ze své „komunity“. To má několik důvodů, jedním z nich je boj proti stigmatizaci, dále zachování sociálních dovedností a kompetencí pacienta. V neposlední řadě je takováto péče finančně nejvýhodnější. V našich podmínkách znamená komunitní péče zejména péči ambulantních specialistů. Hospitalizace je vyhrazena pro závažné stavy, např. psychózy, sebevražedné jednání, snahou je však opět co nejdříve dosáhnout stavu, který umožňuje další péči v ambulantních podmínkách. V případě psychiatrie znamená „co nejdříve“ cca 4-12 týdnů. Tato akutní hospitalizační péče má být poskytována co nejbližše komunitě nemocného, tj. na psychiatrických odděleních okresních nemocnic. Takovýchto je však poměrně málo, což je důsledek historického vývoje psychiatrie v našich zemích. Jen u malé části nemocných nedojde za tuto dobu k výraznému zmírnění obtíží a vyžadují další hospitalizaci. Takováto péče je poskytována na tzv. doléčovacích, resp. chronických lůžkách, v našich podmínkách dostupných zejména ve velkých psychiatrických léčebnách. Někteří pacienti vyžadují dlouhodobou, ve vzácných případech i celoživotní hospitalizaci. Zkušenost z některých, zejména evropských zemí ukazuje, že je možné, aby značná část pacientů, kteří jsou dlouhodobě hospitalizováni v psychiatrických léčebnách, žila samostatně v běžné společnosti. Vyžadují však více či méně intenzivní sociální podporu,

např. chráněné bydlení, chráněné zaměstnávání, pomoc při vykonávání některých činností, jako např. komunikace s úřady apod. Takováto podpora vyžaduje rozvinutou síť sociálních služeb, svépomocných organizací, občanských sdružení, což je však v našich dnešních podmínkách (r. 2009) spíše vzácností. V Brněnském regionu existuje jediné zařízení, sdružení Práh, které se zabývá psychosociální péčí o chronicky duševně nemocné, kapacita, ale i povědomí o službách, jsou však značně limitované. Z těchto důvodů u nás stále existují velké psychiatrické léčebny (s kapacitou několik set lůžek), často na okrajích měst či mimo ně, které dále slouží k vymezení duševně nemocných na okraj společnosti, z jejich očí, což podporuje bujení bohaté fantazie o tom, co znamená být duševně nemocný a stigmatizaci duševně nemocných (i když různé akce char. „Mezi ploty“ se proti tomuto jevu snaží bojovat).

Příbuzné obory

Již jsme se zmínili o vztahu k psychologii. Jak je to s dalšími obory? Psychiatrie vzešla z vnitřního lékařství a stále se mezi „interní obory“ počítá, i když v moderním pojetí patří spíše mezi obory neurovědní. Psychiatrie dlouho existovala ve spojení s neurologií, existovaly tzv. neuropsychiatrické kliniky. Postupně se však oba obory rozešly a několik desetiletí existovaly odděleně, aby k sobě v současné době opět nacházely cestu. Děje se tak proto, že neurologové začínají studovat a všímat si změn chování u nejrůznějších neurologických poruch – jako např. Parkinsonova nemoc, epilepsie... - a psychiatři začínají stále více zdůrazňovat neurobiologické mechanismy v etiopatogenezi duševních nemocí. Vztah k interním oborům bude zřejmý z části věnované organickým duševním poruchám. Vztah k sociálním oborům vyplývá z výše uvedené části věnované systému psychiatrické péče.

Etiologie duševních nemocí

Pojďme se nyní věnovat původu duševních nemocí: proč se u konkrétního člověka rozvine konkrétní nemoc? Odpovědi nejsou jednoznačné - ale jsou srovnatelné s tím, jak na tuto otázku odpovídají somatické obory. Duševní nemoci však s sebou nesou, na rozdíl od nemocí somatických, množství předsudků a lidové psychologie.

Slabost a nedostatek vůle?

Velké množství lidí si myslí, že projevy duševních poruch jsou otázkou nedostatku vůle poprat se s těžkostmi života. Lidé, kteří duševními poruchami trpí jsou často vnímání jako „slaboši“, jako „ti, co se moc pozorují“, co nemají „opravdové problémy“ a proto se věnují „pseudoproblémům“. Tyto lidi by určitě překvapilo, s jakou vůlí lidé trpící duševními poruchami se svými těžkostmi bojují, kolik síly jsou schopní mobilizovat, aby je přemohli či alespoň dočasně potlačili. Duševními poruchami také trpí lidé, kteří jsou velice energičtí, rozhodní a cílevědomí, přesto je před rozvojem duševní poruchy tyto vlastnosti nechrání. Duševní poruchy tedy nezpůsobuje slabost či nedostatek vůle.

„Traumatické“ zážitky

Velmi rozšířená je představa, že v pozadí duševních nemocí jsou nějaké drastické zážitky, nejlépe v časném dětství, na které člověk zapomněl a nyní, v dospělosti, mu způsobují těžkosti. Představa odpovídá prvnímu, tzv. „traumatickému“ modelu v psychoanalýze, který Freud velice brzy opustil jako mylný. Přesto tento model zlidověl a lidé často doufají, že psychiatr odhalí – nejlépe pomocí nějakých exotických technik, minimálně hypnózou – co jim rodiče v dětství provedli, že nyní tak trpí. Již to, že se dozví, co se v minulosti stalo, povede k odeznění jejich potíží. Pro duševní zdraví je časně dětství velice důležité, nelze však očekávat, že by tento vztah byl tak jednoduchý. Spíše než jednotlivé události jsou důležité opakované, trvalejší vlivy prostředí – bylo prokázáno, že týrané, zneužívané či zanedbávané děti trpí v dospělosti častěji duševními poruchami.

„Stres“

Lidé jsou ochotní akceptovat, že k duševním poruchám vede „stres“. Pod tímto pojmem si představují ztrátu zaměstnání, partnerské problémy či jiné nepříznivé sociální vlivy. Změny chování a prožívání v takovýchto situacích jsou pochopitelné a lidé jsou ochotní takovýmto lidem projevovat soucit a pomáhat jim. Stres má ale v medicíně jiný význam –

stresová reakce je adaptivní reakce organismu v zátěži, ať je zátěží pro organismus cokoli, včetně významných pozitivních událostí. Důležité je, jak dlouho stresor působí, tj. do jaké fáze stresová reakce dospěje, zda je člověk stresoru vystaven opakovaně a dlouhodobě při nedostatečné schopnosti jej ovlivnit (tj. odstranit, zmírnit jeho dopady...).

„Předurčení“

Další představou, spojovanou s rozvojem duševních poruch, je představa genetické předurčenosti: lidé tak mají dědit geny pro duševní poruchy a jsou tak otroky oslabené konstituce, se kterou nemají možnost bojovat. Tato představa odráží starý koncept „degenerace“. Genetika samozřejmě hraje roli v rozvoji duševních onemocnění, v naprosté většině případů však jde o polygenní poruchy, tj. je nutná souhra mnoha genů malého účinku, každý z nich kódující určitý, samostatně málo významný rys či funkci. Nelze si tedy představovat, že by se dědily duševní poruchy jako takové.

„Vždyť to jsou věci, které se dějí každému!“

Při rozboru příčin dekompenzace duševní poruchy jedné pacientky v průběhu praktických cvičení se jedna studentka rozhořčeně podivovala, jak je možné dávat neúspěšné složení zkoušek vedoucí k neúspěšnému ukončení studia, ztrátu samostatného života s nutností návratu zpět k rodičům, se kterými pacientka nevychází, do souvislosti s rozvojem duševních potíží. Argumentovala, že takové věci se přece dějí každému - pokud by takovéto věci měly způsobovat duševní poruchy, pak bychom museli být nemocní všichni...

Odpovědí je shrnutí odpovědí na všechny předchozí otázky: na rozvoji duševních potíží se podílí individuální konstituce daná geneticky a zevními vlivy, která společně s jedinečnými událostmi v průběhu života vytváří dispozici či citlivost vůči specifické zátěži ve smyslu snížené schopnosti tuto zátěž zvládat. Souhra této dispozice a zátěže vede k manifestaci duševních potíží.

Některé psychiatrické školy zdůrazňují více psychologické, jiné biologické momenty v etiopatogeneze duševních nemocí. Zkusme si však představit následující schéma s tím, že změny na jedné úrovni vedou ke změnám na úrovních dalších s tím, že existuje princip nazývaný cirkulární kauzalita.

Genetický kód
Subcelulární regulační mechanismy
Neuronální buňky
Neuronální síť
Neurofyziologické systémy
Psychické funkce
Osobnost, psychologická rovina
Dyáda (partnerský vztah)
Rodina
Skupina – sociální prostředí

Příčiny duševních potíží

Pojďme si teď poněkud formálněji uvést, co může způsobovat rozvoj duševních potíží. Představme si, že máme v ordinaci pacienta poprvé. Co musíme všechno zjistit, abychom dostali představu o příčinách jeho problému?

V první řadě nás zajímá, zda není přítomné nějaké onemocnění, které může způsobovat dysfunkci mozku, která se může manifestovat i psychickými příznaky. Pokud duševní příznaky vznikají jako symptomy organického onemocnění, mluvíme o „**Organických duševních poruchách**“. Organická duševní porucha je suspektní, pokud se příznaky rozvíjí v souvislosti s tělesným onemocněním a je potvrzená, pokud s odezněním tělesného onemocnění mizí i duševní příznaky. Odtud je zřejmé, jak se organické duševní poruchy léčí – léčbou základního somatického onemocnění. Protože mnohé tělesné nemoci není možné adekvátně léčit, jsou chronického rázu nebo proto, že jsou psychické příznaky příliš výrazné, užívá se i psychiatrická léčba, která je však z povahy věci pouze symptomatická.

Dále musíme odlišit, zda se psychické potíže nerozvíjí **v souvislosti se zneužíváním psychoaktivních látek** (drog). Proto zjišťujeme jednak anamnesticky způsob užívání, časovou souvislost mezi užíváním a rozvojem potíží, jednak využíváme toxikologického vyšetření. Nemocem, které se rozvíjejí v souvislosti s užíváním psychoaktivních látek, říkáme slangově „toxické“ duševní poruchy. Odlišení „toxických“ duševních poruch je opět prakticky důležité, protože se podle toho řídí léčba i prognostika (*Např. rozdílně přistupujeme k depresivnímu syndromu, který se rozvíjí v souvislosti s dlouholetým pravidelným abusem alkoholu a potížemi, které vznikají „samovolně“ – v prvním případě je potřeba léčit závislost na alkoholu, aby se odstranil vliv depresogenu – alkoholu. V druhém případě se může jednat o příznaky Depresivní poruchy, kterou léčíme primárně antidepresivy či psychoterapií*).

Dále existují potíže, které jsou úzce vázány na nepříznivé, traumatické události v životě. Může jít o tzv. **Reakce na stres**, kdy stresorem je míněna nějaká výrazně traumatizující událost, která přesahuje adaptační schopnosti jedince, při které je ohrožen jeho život či existence (obydlí...). O těchto onemocněních se nyní mluví častěji v souvislosti s teroristickými útoky, válečnými zkušenostmi či přírodními katastrofami, může jít však i o mnohem „civilnější“ události jako je autohavárie, znásilnění, přepadení apod. I méně výrazné (v kontextu výše zmíněných) životní události mohou vést k problémové adaptaci a způsobit psychické potíže – mluvíme pak o **Poruchách přizpůsobení**. S takovými se setkáváme při ztrátách blízkého člověka, při existenčních potížích, ztrátě či nepříznivé změně zaměstnání, při změnách prostředí, např. v rámci přistěhovalectví.

Další příčinou potíží může být aktivace určitých vnitřních, „intrapsychických“ problémů, konfliktů, které rezonují se zátěžovými situacemi v životě jedince, zejména se vztahovými problémy. Mluvíme o **neurotických poruchách**, dříve o „neurózách“. Existuje dlouhá tradice, která se snaží tyto intrapsychické faktory popsat a využít v terapii – psychoterapeutické školy. (*Neexistuje však specifický vztah mezi určitým charakterem potíží a intrapsychickými faktory, jednotlivé školy vidí problém v různých rovinách, nezřídka i u těchto nemocí nacházíme určité neurobiologické odchylky. Je však obtížné přiřazovat etiologický význam jednotlivým nálezům, protože nelze odlišit, co je příčinný faktor a co projev adaptace – viz výše „cirkulární kauzalita“. I z těchto důvodů psychiatrie opustila etiologické klasifikace nemocí a k diagnostice dnes používáme klinický obraz, tj. manifestaci typických příznaků.*)

Dalším zdrojem duševních potíží jsou tzv. osobnostní rysy. Osobnost je charakteristický a trvalý individuální soubor duševních vlastností, který se vyvíjí v průběhu dětství a adolescence v průběhu interakce individuálních dispozic (někdo je habituálně bázlivý, citlivý, někdo spontánní, aktivní, „oražený“) s prostředím (vztahy s pečujícími osobami, negativní zážitky apod.). Všichni znáte pojmy jako je „introvert“, „extrovert“, „flegmatik“ apod. V podstatě jde o vyjádření toho, že jsme každý jiný a máme jiné vlastnosti. Někdo je společenský, optimistický, někdo uzavřený pesimistický samotář. Existují určité vyhraněné osobnostní rysy, které mohou způsobovat jedinci či okolí potíže – tehdy mluvíme o **Poruchách osobnosti**. Důležité je, že jde o trvalý charakter vlastností jedince, že nejde o zásadní změnu jeho premorbidní osobnosti – viz dále.

A nakonec existují poruchy, které mají **specifickou patofyziologii**, jejich příčinou je specifická dysfunkce mozku, ne však ve smyslu organických duševních poruch. Psychické příznaky jsou zde primárním projevem této dysfunkce. Dříve se mluvilo o „psychózách“, dnes za tyto poruchy považujeme zejména nemoci z okruhu schizofrenie a afektivní poruchy.

Tabulka: Etiologická klasifikace duševních nemocí

Byť již není v psychiatrii používána pro diagnostiku, etiologická klasifikace nám umožňuje získat přehled o tom, čím mohou být psychické potíže způsobeny

Organické duševní poruchy
Poruchy vyvolané užíváním psychoaktivních látek
Psychózy
Neurózy
Reakce
Poruchy osobnosti

Vyšetření v psychiatrii

Součástí psychiatrického vyšetření je rodinná a osobní anamnéza, somatická anamnéza, anamnéza abusu psychoaktivních látek, psychiatrická anamnéza, tj. předchorobí, popis nynějších potíží a následně psychopatologický rozbor, syndromologická diagnóza, diferenciální diagnóza a na závěr tzv. nosologická diagnóza.

Tři zdroje informací

Hlavním zdrojem informací v psychiatrii je klinický rozhovor s pacientem. V jeho průběhu si všímáme zejména tří oblastí: subjektivního prožívání, pozorujeme chování, neverbální komunikaci a využíváme objektivních informací od blízkých pacienta. Jinak řečeno, zajímá nás, co pacient cítí, co si myslí, co vnímá a díváme se, jak se projevuje, jak mluví, myslí, jak se pohybuje, jakou má mimiku, výraz apod. Důležité je, zda souhlasí subjektivní prožitky s projevem chování – tyto informace umožní odlišit simulaci, disimulaci, agravaci (např. u verbálně-sluchové halucinací se často popisují tzv. „naslouchací postoje“ – než nám pacient odpoví na otázku, jakoby se zamyslí, chová se, jako by někoho poslouchal, jindy je patrné, že se rozhlíží a hledá zdroj sluchových vjemů. Jindy nám pacient v ordinaci popíše těžce depresivní prožitky a následně na oddělení tráví čas s manickými pacienty, vtipkuje s ostatními, organizuje „vzpoury“, stěžuje si na nudu a nedostatek aktivit apod.). Psychiatr si také všímá řeči těla, to ale většinou nemluví jednoznačně. Studenti se často svěří, že se ze začátku cítili nesví, protože si mysleli, že ze způsobu, jak sedí, mají položené ruce, zkřížené nohy apod., vyučující odhalí nějaká jejich tajemství, odhalí, „co jsou zač“. Některá gesta mají samozřejmě jasný význam, o většině pouček z neverbální komunikace to však sto procentně neplatí. Pro psychiatra jsou důležité spíše informace o tom, zda je neverbální komunikace v souladu s komunikací verbální, zda odpovídá emočnímu stavu pacienta, zda je vůbec přítomná či je nějakým bizarním způsobem narušená.

Změna

Kromě popisu současných příznaků a potíží je pro posouzení, zda se u vyšetřovaného jedná o projevy duševní poruchy důležité zhodnocení, zda jde o významnou změnu v jeho obvyklém chování a prožívání. Z těchto důvodů je pro nás důležitý kontakt s osobami, kteří vyšetřovaného znají a kteří jsou schopni tyto změny posoudit. Často jsou také první, kteří si rozvoje psychických potíží všimnou a návštěvu psychiatra iniciují.

Co je nejdůležitější otázka v psychiatrii?

Možná si už říkáte, že těch informací, které musíme získat, začíná být trochu moc. Přesto si musíme připomenout, že úkolem psychiatra není prostě zaznamenat to, co pacient sděluje a prožívá, ale přijít na to, co je důvodem pro tyto projevy (vzpomeňte si na to, jak dopadl Cimrman, když diktoval svou hru a „potřeboval vybočit“). Proto je v psychiatrii nejdůležitější otázka „Proč?“, tj. co bylo či je příčinou anamnestických údajů, subjektivních prožitků či zvláštností v chování. I ty zdánlivě bizarní projevy mohou mít „normální“ vysvětlení a nemusí být projevem duševní nemoci. Naopak za zdánlivě běžnými prožitky se může skrývat závažná patologie (*když je člověk při vyšetření nervózní, může to být proto, že je nesvůj z pohovoru s psychiatrem, ale i proto, že má obavy o svůj život, o který usilují mimozemské síly – zeptejte se...*).

Zásady vedení pohovoru

Vyšetření psychiatrem je samo o sobě stresující – ne snad proto, že bychom se snažili pacienta „mučit“, spíše proto, že se ptáme na intimní zkušenosti a na jejich důvody. Takováto „vnucená inventura“ je nepříjemná zdravým lidem, natož jedincům, kteří jsou již z různých důvodů stresovaní. Proto se snažíme vést pohovor tak, aby byl co nejcivilnější, aby co nejméně připomínal výslech. Přirozené chování při rozhovoru napomáhá vytvořit důvěru, která je nutná pro to, aby byl pacient ochotný sdílet své pocity a myšlenky, se kterými už mohl v minulosti u svých blízkých „narazit“.

Při vyšetření je dobré dát nejdříve prostor pacientovi, aby nám sdělil, co považuje za důvod návštěvy, co sám považuje za problém. Poskytněte dostatek času. Potom je na vás, abyste se vyptali na další souvislosti, příznaky. Z toho, jak se pacient chová, co nám o sobě řekl, co víme z dokumentace, parere, máme podezření na určitý okruh nemocí. Proto se musíme cíleně vyptat na příznaky, které u těchto nemocí mohou být a které nám umožní provést diferenciální diagnostiku – těmto otázkám říkáme „cílené otázky na psychopatologii“.

Zásadou by mělo být vyhýbat se sugestivním, naváděcím otázkám. Nepokládejte otázky, které v sobě obsahují možnou variantu odpovědi (Máte depresivní náladu? Býváte někdy úzkostný?).

Specifické situace

Existují situace, kdy nemůžeme být tak nedirektivní, jak je popsáno výše. Například u lidí, kteří jsou bradypsychičtí, těžce depresivní, aspontánní, s obsahově chudým myšlením, stažení do sebe je nutné klást jednodušší otázky, na které postačí odpověď takové

bohatosti, které je pacient schopen (např. jednoslovné...). Manické, zabíhavé, roztěkané, nesoustředěné pacienty, pacienty s formálními poruchami myšlení naopak musíme velmi často usměrňovat, abychom dostali odpovědi na to, na co se ptáme.

Anamnéza – na co se ptáme a co nám říkají jednotlivé informace

Účelem anamnestického dotazování je zjistit, s jakým člověkem se v ordinaci setkáváme, jaké má dosavadní zkušenosti, které se mohou podílet na rozvoji příznaků, na způsobu, jakým člověk reaguje na zátěž či rozvoj duševního onemocnění, jaké má vlastnosti, zvyky a jak se mění v souvislosti s psychickými potížemi, jaké má zázemí, kde čerpá pomoc apod. Navíc se snažíme zjistit, zda existují faktory, které mohou být příčinou rozvoje nynějších potíží.

Zajímá nás **rodinná anamnéza** – vyskytly se v příbuzenstvu nějaké duševní choroby? Vyhledal někdo z rodiny pomoc psychiatra? Byl někdo z příbuzných zvláštní, podivín? Spáchal někdo z příbuzných sebevraždu? Cílem je zjistit, zda se u dotyčného nevyskytuje dispozice k duševním onemocněním. Duševní nemoci se nedědí podle mendeliánských pravidel, jde o polygenní multifaktoriální poruchy, nicméně existuje vyšší riziko rozvoje duševních potíží u pokrevních příbuzných psychicky nemocných.

Praktické důsledky to má např. tehdy, kdy se u pacienta rozvíjí poprvé depresivní příznaky, a rozhodujeme se, zda jde o situační, tj. s nějakými závažnými událostmi spojené potíže nebo zda jde o projev Depresivní poruchy, u které je rizikem opakování depresivní fáze. Pokud má v rodinné anamnéze výskyt depresivní poruchy, bude vyšší pravděpodobnost, že se u něj jedná o projev afektivní poruchy a budeme uvažovat o profylaktické léčbě, event. o pravidelném sledování tak, abychom zachytili rozvoj nové depresivní symptomatologie.

V **osobní anamnéze** si všímáme důležitých období v životě a ptáme se, zda se vyskytly nějaké problémy. Probíráme život vyšetřovaného od porodu do současnosti.

Porod je často spojen s komplikacemi, které se mohou později manifestovat problémy v psychomotorickém vývoji či mohou přispívat k dispozici pro duševní poruchy. Např. hypoxické obstetrické komplikace najdeme častěji u nemocných trpících schizofrenií.

Dětství je poměrně důležité období lidského života, kdy se formují základní návyky, vlastnosti, vztahy. Těžkosti v dětství nevedou automaticky k duševním poruchám, mohou však k jejich rozvoji přispívat. Důležité jsou prožitky týrání, zanedbávání či zneužívání,

ztráty pečující osoby v raném dětství, zajímá nás, jaké vztahy a atmosféra byly v rodině, jak na ně dotyčný reagoval, jak se cítil v kolektivu vrstevníků apod.

Období školního **vzdělávání** je často prvním obdobím, kdy se člověk musí podrobit nějakému programu, musí být schopný akceptovat autority, musí být schopný spolupracovat v kolektivu – a to vše sám, bez bezprostřední dostupnosti bezpečí u někoho z rodičů. Proto nás zajímá, jak se člověk v tomto období cítil a jak zvládal výše uvedené „zkoušky“. Pro odhad premorbidního intelektu je dobré znát prospěch ve škole, nejvyšší dosažené vzdělání.

Způsob obživy, **zaměstnání**, také nese důležité informace – v zaměstnání je většinou potřeba podávat určitý požadovaný výkon, je opět potřeba akceptovat pokyny nadřízených, často je třeba vycházet v kolektivu spolupracovníků. Může být zajímavé znát důvod časté změny zaměstnání (*pokud člověk pětkrát mění zaměstnání proto, že si na něj nadřizený vždy zasedne, je neschopný apod., mluví pravděpodobnost pro to, že problém nebude na straně nadřízených*). Zajímá nás, zda člověk pracuje na úrovni, pro kterou má vzdělání (*pokud vysokoškolák, který původně pracoval jako VŠ pedagog, postupně přechází na stále nižší pozice, až nakonec zvládá pouze práci pomocného dělníka na stavbě, je pravděpodobné, že se s ním něco děje, něco, co mu brání podávat výkon, pro který měl premorbidně předpoklady*). Pokud vyšetřujeme dlouhodobě nemocného, zajímá nás, jak se jeho duševní potíže podepisují na jeho schopnosti pracovat, pokud má invalidní důchod, zda je z psychiatrické indikace. Z praktických důvodů je dnes třeba mít přehled o tom, zda je člověk zaměstnaný, nezaměstnaný, registrovaný na Úřadu práce, zda má hrazené zdravotní pojištění.

Mezilidské **vztahy** jsou dalším důležitým zdrojem informací. Zajímá nás, zda má člověk partnerský vztah. Pokud ne, zda má vůbec o vztahy zájem (*existují lidé, kteří se nejlépe cítí sami, společnost jiných nepotřebují, někdy je až obtěžuje – viz Schizoidní porucha osobnosti*). Jaké jsou partnerské vztahy? Je v nich spokojený? Jak se blízcí lidé pacienta dívají na jeho psychické potíže? Má u svých blízkých oporu? Jsou nějaké problémy v partnerském soužití a jak je vyšetřovaný zvládá, hodnotí? Pokud se mu vztahy rozpadly, např. došlo k rozvodu, jaké byly důvody pro rozvod? (*Příčinou mohou být např. osobnostní rysy nebo příznaky duševního onemocnění a vidíme pak, jak jsou tyto projevy významné, tj. zda mají vliv na život pacienta.*) Z praktických důvodů je také mít dobrý kontakt s blízkými pacienta, protože s nimi musíme velmi často řešit četné problémy, které z nejrůznějších důvodů nemůžeme či nedokážeme řešit přímo s našimi pacienty.

Je dobré mít představu o tom, jakou má člověk **povahu**, co si o sobě myslí, jak se hodnotí.

Mění se nějak jeho hodnocení v průběhu času či v souvislosti s rozvojem psychických příznaků? *(Např. v depresivní fázi se člověk podceňuje, v manické fázi naopak přeceňuje.)*

Jaké jsou **záliby** pacienta, jak rád tráví volný čas? *(Pokud se aktivní společenský muž, který tráví odpoledne na fotbalovém hřišti, večery ve společnosti přátel začíná izolovat, je pravděpodobné, že má nějaké potíže, které mu brání chovat se tak, jak měl doposud rád. Těmito potížemi mohou být například příznaky duševní poruchy).*

Somatická anamnéza je důležitá pro zhodnocení, zda příznaky nemohou být způsobeny nějakou poruchou funkce či struktury mozku, tj. zda se nejedná o tzv. organickou duševní poruchu (ta je pravděpodobná, pokud se psychické příznaky rozvíjí v souvislosti s rozvojem somatického onemocnění a jistá, pokud s odezněním somatického onemocnění odeznívá i psychiatrická symptomatologie).

Abusus psychoaktivních látek („drog“) může způsobovat téměř jakoukoliv psychiatrickou symptomatologii. Proto nás zajímá, zda má pacient nějakou zkušenost s psychoaktivními látkami, pokud ano, zda jsou přítomny rysy závislosti (viz dále) a pokud jsou přítomny nějaké psychické potíže, zda existuje nějaká časová souvislost s užitím psychoaktivní látky *(jde často o problém u psychotických, ale i afektivních příznaků, příznaky se mohou rozvíjet vlivem psychoaktivní látky – v době akutní intoxikace), v rámci reakce na akutní intoxikaci, v rámci odvykacího syndromu, či při dlouhodobém pravidelném užívání látky).*

Psychiatrická anamnéza se zaměřuje na dosavadní průběh onemocnění – pokud bylo již v minulosti diagnostikováno. Kdy vzniklo, jaké jsou obvyklé projevy, jaký je průběh (epizodický, chronický), dochází k úplnému odeznění příznaků nemoci nebo jsou přítomny reziduální symptomy? Jaká byla dosavadní léčba, které postupy byly úspěšné, které neúspěšné?

Vyšetření psychických potíží

Než se pustíme dál, tj. do snahy porozumět tomu, co způsobilo projevy popsané v nynějším onemocnění a do překladu těchto projevů do řeči psychopatologie, je potřeba mít základní představu o lidské psychice.

Psychika v kostce

Na začátku cesty je dobré získat základní obecné informace o jednotlivých oblastech, kterým se budeme dále blíže věnovat. Budeme se zabývat subjektivními prožitky a jejich objektivními projevy, budeme se je snažit pochopit a uspořádat si je v kontextu nějakého systému. Člověk sám sebe prožívá jako ohraničenou a jednotnou bytost. Abychom však byli schopní porozumět mnoha složitým duševním fenoménům, musíme si – poněkud zjednodušeně a uměle – tuto jednotu rozčlenit do jednotlivých psychických funkcí.

Řekněme, že psychiku člověka můžeme popisovat na úrovni vnímání, pozornosti, paměti, myšlení, emotivity, volního jednání, vědomí, osobnosti. Nejprve si je zkusme vysvětlit pomocí analogie s osobním počítačem: do počítače zasíláme data pomocí signálů myši, klávesnice, A/D převodníků. V počítači jsou tyto signály dekodovány a tvoří data, se kterými se dále pracuje. Analogií je funkce vnímání: naše smyslové orgány zasílají do mozku signály, které jednotlivé senzorické oblasti mozku dekodují a vytvářejí z nich celistvé vjemy, které si uvědomujeme a pracujeme s nimi. Dalším zdrojem dat v počítači je jeho paměť, jež má zjevnou analogii v lidské paměti. Zvláštní částí paměti počítače je tzv. pracovní paměť, což je zásobník, ve kterém jsou data, se kterými počítač aktuálně pracuje. Obdobná funkce je popisována i u člověka. Počítač (většina současných osobních počítačů) je schopný zpracovávat jen jednu jednotku informace za jednotku času a proto sériově přistupuje k jednotlivým informacím, nad kterými je potřeba provést požadované operace. Obdobou je lidská funkce pozornost – v daném čase jsme schopní zaměřit pozornost jen na omezené množství vjemů, vzpomínek či jiných psychických obsahů. Informace jsou v počítači zpracovávány pomocí procesoru, který vykonává početní či logické operace. Obdobou je lidská funkce myšlení, set způsobů abstrahování významů a vynášení soudů nad duševními obsahy, který nám umožňuje poznávat, reflektovat zevní i vnitřní realitu. Na základě zpracování vstupních informací volí příslušný algoritmus počítače další postupy – vypíše hlášení na obrazovku, odešle dokument k vytištění, načte další požadované informace z paměti, vypne se... Obdobně člověk na základě vyhodnocení významů aktuálních duševních obsahů volí, jak reagovat. Procesu volby, rozhodování a iniciaci reakce říkáme volní jednání. Člověk však není, na rozdíl od počítače, závislý pouze na „rozumovém“ výkladu duševních obsahů: je vybaven

emotivitou, která jednotlivým duševním obsahům přiřazuje další významy na základě pudových či jiných motivačních procesů, předchozí zkušenosti a navíc dlouhodobě zabarvuje duševní realitu. U člověka také můžeme hovořit o vědomí, což je složitá integrující funkce, něco jako vnitřní prostor, ve kterém se veškerý uvědomovaný duševní život odehrává. Každý člověk je navíc, na rozdíl od počítačů, neopakovatelný a jedinečný v individuálních rysech jednotlivých duševních funkcí – mluvíme o charakteru, temperamentu, kognitivním stylu apod., což jsou všechno atributy souhrnného konceptu osobnosti.

Berme tento popis jen jako velmi hrubý přehled složitého fenoménu lidské psychiky. Blíže si přiblížíme jednotlivé psychické domény v průběhu popisu vyšetření hlavních okruhů duševních nemocí. Jen mějme na paměti, že neexistují žádné příznaky, které jsou u některých poruch přítomny specificky, výlučně, jen se u určitých poruch vyskytují častěji.

V následující části se budeme věnovat tomu, jaké příznaky se vyskytují u několika důležitých duševních poruch, na které by se měl psychiatr dotazovat, resp. sledovat jejich výskyt a jejich přítomnost či nepřítomnost popsat v části „Nynější potíže“.

Vyšetření pacienta se schizofrenií

Schizofrenie není, jak se často laická veřejnost domnívá, rozdvojení osobnosti, přítomnost dvou odlišných osobností, které se střídají „u kormidla“ (po vzoru doktora Jekylla a pana Hyde; tomuto fenoménu se říká alternace osobností a může být jako vzácný jev pozorován u hysterie, dle dnešní terminologie u disociativních poruch).

Schizofrenie je skupina onemocnění (je lépe chápat slovo jako plurál, tj. skupina schizofrenií), u kterého pozorujeme velice pestrou a v čase proměnlivou symptomatologii. Dnes mluvíme zejména o tzv. pozitivních, negativních, kognitivních, afektivních příznacích a příznacích dezorganizace. Setkáváme se i s příznaky katatonními. Je nutné říci, že žádné příznaky nejsou pro schizofrenii specifické, tj. mohou se vyskytovat u velkého množství stavů, jejich výskyt automaticky neznamena, že člověk trpí schizofrenií. Některé příznaky však mohou být pro schizofrenii typické, tj. vyskytují se často.

Mezi **pozitivní příznaky** řadíme tzv. psychotické příznaky, které odráží hrubě narušený vztah k realitě (tj. pacienti považují za reálné jevy, které mají původ jen v jejich subjektivním světě, jde o hrubé zkreslení reprezentace reality). Jde zejména o poruchy

vnímání a poruchy obsahu myšlení.

Z poruch vnímání jsou důležité **halucinace**. To jsou vjemy, které nemají žádný původ v realitě (na rozdíl od **iluzí**, které jsou zkrácením reálného objektu – *večer jdeme lesem a zdá se nám, že před námi na cestě stojí postava. Pokud jde o zkrácené vnímání stínu keře, jde o iluzi. Pokud tam žádný keř není, jde o halucinaci*). U schizofrenie můžeme pozorovat jakékoliv halucinace, velmi časté jsou verbálně sluchové halucinace nebo intrapsychické halucinace. Méně často se setkáváme se zrakovými, čichovými, chuťovými, taktilními či interoceptivními halucinacemi. Např. velice živé komplexní zrakové halucinace vidáme spíše u intoxikací psychoaktivními látkami, jako jsou organická rozpouštědla. Kromě charakteru halucinací bychom měli zjišťovat, do jaké míry mají **vliv na chování**, na jeho psychiku (*co dělají či jsou schopní dělat, když jsou halucinace přítomny, jak na ně emočně reagují...*) a dále do jaké míry má člověk **náhled** na to, že to co prožívá jsou halucinace (*jde o poměrně proměnlivý stav: pacient s rezistentními, trvale přítomnými verbálně sluchovými halucinacemi dokáže rozlišit, že jde o „hlasy“ a dokáže jim nevěnovat pozornost, při zhoršení nemoci tuto schopnost ztrácí a nedokáže rozlišit, zda na něj v danou chvíli mluví reální lidé nebo zažívá halucinace, neví, na který vjem má reagovat, odpovídat a proto se stahuje, přestává úplně komunikovat...*).

Verbálně sluchové halucinace jsou vjemy řeči, lidově tzv. „hlasy“. (*Ptáme se na ně např.: „Slyšíte někdy hlasy lidí, přestože nejsou s vámi v místnosti nebo které jiní neslyší?“*.) Je důležité popsat charakter hlasů, tj. „co říkají“. Pro schizofrenii jsou poměrně typické tzv. **kontrénní** halucinace, kdy jedinec slyší dva či více hlasů, které jsou vůči sobě v opozici, tvrdí opačné věci, dále **komentující** halucinace, kdy jsou přítomny hlasy, které komentují, co právě člověk dělá. Velmi závažné jsou **imperativní** halucinace, kdy člověk slyší hlasy, které mu něco přikazují (*je pak důležité zjistit, zda člověk musí vykonat, co mu hlasy přikazují či zda dokáže vzdorovat. Lidé jsou pod vlivem imperativních halucinací poměrně bizarního jednání – pacient si pod vlivem těchto zážitků přikládal nůž na hrudník a opakovaně se rozbíhal proti zdi, aby si jej zabodl do srdce. Přitom sám zemřít nechtěl. S penetrujícími poraněními hrudníku byl pak přijat k hospitalizaci*). Dále jsou časté tzv. **teleologické** halucinace (hlasy člověku radí, co má dělat) nebo hlasy s **devaluujícím charakterem** (hlasy nadávají, urážejí, hovoří sprostě...).

Intrapsychické halucinace nejsou vázané na žádný smyslový systém. Jde o zvláštní zážitky jako je pocit, že nám někdo krade myšlenky (**amputace myšlenek**), nebo nám je naopak do mysli vkládá (**imputace myšlenek**; tj. že to nejsou naše vlastní myšlenky, na které musíme myslet), že vysíláme myšlenky, které mohou ostatní snadno „číst“. Jako

zvláštní a typický příznak se popisuje pocit **ozvučení myšlenek** (své myšlenky v duchu slyšíme jako s ozvěnou, jako by byly vyřčeny v jeskyni...).

Mezi závažné poruchy obsahů myšlení, které často vídáme u schizofrenie, patří tzv. bludy. Jde o často bizarní přesvědčení pacienta, která nemají původ v reálných významech událostí, o kterých je člověk nevývratně přesvědčen (nelze mu je „vymluvit“) a mají vliv na jeho chování. K těmto charakteristikám se přidává nutnost chorobného vzniku (nejde např. o přesvědčení vycházející z náboženské věrouky) a individuální charakter bludů (formální charakteristiky bludů jsou u každého stejné, jejich obsah je však jedinečný a vychází z individuální zkušenosti, dynamiky jedince).

U schizofrenie vídáme jakékoliv bludy, často vídáme bludy paranoidní: paranoidní bludy v úzkém slova smyslu (situace a věci mají pro jedince nový, zvláštní význam), perzekuční bludy (přesvědčení o úkladech vůči vlastní osobě) a jiné. Můžeme však vidět i mikromanické/depresivní bludy či bludy manické/megalomanické – viz dále.

Vyšetření bludů je poměrně obtížné, musíme se totiž detailně dotazovat pacientů na to, co si myslí o sobě, o dění kolem nic apod. Protože toto jsou poměrně intimní věci (každému nesdělujeme na potkání to, o čem jsme přesvědčení, co si myslíme), je dobré k těmto fenoménům přistupovat pomalu, obezřetně. Např. není dobré se hned zeptat „máte pocit, že vás někdo sleduje a chce vám ublížit“, protože bez dostatečné důvěry vám pacient hned takovéto obavy nesdělí, navíc se ptáte přímo na něco, co je obecně považováno za chorobné a pacient je přesvědčen, že pokud odpoví kladně, budeme ho považovat za duševně nemocného. Proto se doporučuje ptát se nejprve na obecné věci, které nejsou ohrožující, ale které nás postupně vedou k tomu, zda nejsou výše uvedené zážitky přítomny, např.: „Máte mnoho přátel? Existují lidé, kteří vás nemusí mít rádi? Jsou nějaké důvody, proč by vás lidé nemuseli mít rádi? Existuje něco, kvůli čemu byste se mohl cítit ohrožený? Všiml jste si, že by si o vás lidé povídali, všímali si vás?“. Neexistují prefabrikované otázky – resp. nejsou příliš použitelné – lepší je nechat se vést rozhovorem, kam směřuje a ptát se na to, co z hovoru vyplývá.

Další naváděcí otázky, které nás mohou přiblížit k bludným přesvědčením, jsou např.:
Religiózní, mesianistické, reformátorské bludy: „Žijete podle nějaké konkrétní filozofie či náboženství?“ „Co si myslíte o smyslu života, o vaší roli v životě?“ „Máte nějaké poslání?“

Extrapotenční, megalomanické bludy: „Když se srovnáte s běžnými lidmi, jste v něčem jiný, výjimečný?“ „Máte nějaké schopnosti, které jiní nemají?“...

Negativní příznaky jsou velice důležité, protože více než pozitivní příznaky ovlivňují schopnost pacienta zapojit se do aktivního života (učit se, pracovat, žít v partnerském vztahu). Často jsou tyto příznaky zaměňovány s leností, neochotou apod. Není tomu tak. Mezi tyto příznaky patří **abulie** (problém iniciovat volní aktivity, pustit se do činnosti, setrvat u ní), **anhedonie** (ztráta schopnosti prožít příjemné pocity), **oploštění emocí** (ztráta schopnosti reagovat škálou emocí, zchudnutí mimiky a gestikulace, pacienti mají „nemastný, neslaný výraz“, který nemění, nedoprovází to, co říkají, emocemi), **alogie** (zchudnutí myšlení, snížená nabídka asociací, nápadů, slov), **apatie**, **sociální stažení**. Tyto příznaky přímo pozorujeme, některé vyplynou z rozhovoru či objektivních údajů (sociální stažení, abulie).

Kognitivní příznaky zahrnují poruchy pozornosti, exekutivních funkcí, paměti – zejména verbální složky, slovní plynulosti. Jsou důležitou součástí klinického obrazu, někdy jsou považovány přímo za projev primární patologie nemoci. K jejich vyšetření slouží specializované neuropsychologické nástroje, klinicky však můžeme získat hrubou představu pomocí **sedmičkového testu** (opakované odečítání 7 od 100 v duchu, říkají se jen výsledky – dobře testuje schopnost koncentrace pozornosti) či **testem 3 slov** vybavených bezprostředně a s odstupem cca 5 minut (Řekneme 3 slova a chceme je bezprostředně zopakovat – testuje bezprostřední, ikonickou paměť. Po 5 minutách chceme, aby si člověk znovu vybavil tato tři slova – testujeme krátkodobou paměť. Zdraví lidé bez poruch krátkodobé paměti by si měli být schopní vybavit všechna 3 slova.).

Afektivní příznaky mohou zahrnovat širokou škálu příznaků, zejména může jít o depresivní, ale i manické příznaky, které však nesplňují kritéria pro samostatnou afektivní poruchu, jindy jde o projevy dysregulace emocí, jejich nepřiměřenost kontextu, situaci apod.

Příznaky **dezorganizace** představují narušení struktury myšlení či chování, lidé se chovají bizarně, nepřiléhavě situaci, myslí tak, že jejich komunikace je nesrozumitelná. Patří sem tzv. **formální poruchy myšlení**. Patří sem projevy, které souvisí s narušením schopnosti adekvátně **asociovat** mezi pojmy. Tuto schopnost vyšetřujeme pomocí **příslaví a rozdílů**: požádáme pacienta, aby určil, jaké jsou rozdíly mezi dvěma podobnými pojmy (klasické

příklady jsou řeka-rybník, trpaslík-dítě...) a dále, aby vyložil význam obvyklého přísloví (Jak se do lesa volá, tak se z lesa ozývá...). Pacienti se schizofrenií často nedokáží rozdíly postihnout a vyložit přísloví, často inadekvátně asociují nepatřičné věci. V mluveném projevu se pak můžeme setkat s **paralogickým myšlením** (myšlenky a pojmy na sebe navazují na základě povrchních podobností – např. barvou věci, zvukovou podobou slova...), s **tangenciálním myšlením** (rozbíhavé myšlení, odpověď se nevtahuje k otázce, „jeden o voze, druhý o koze“), **inkoherentním myšlením** (narušení logických i gramatických vazeb, ve větě klade vedle sebe nesouvisející pojmy, projev je nesrozumitelný) aj.

Katatonní příznaky jsou projevy hrubě narušené psychomotoriky. Může jít o **stupor** (člověk je nehybný, nereaguje, nekomunikuje, přitom je při vědomí), můžeme vidět příznaky jako je **povelový automatismus** (člověk nevykazuje žádnou spontánní aktivitu, na povel však vykoná vyžadovaný pohyb), **flexibilitas cerea** (nehybného člověka je možno nastavit do libovolné pozice, ve které poté setrvává). Dále může jít o **bizarní stereotypní pohyby**, které nemají žádný účel, různé **manýrování**, jindy o **negativismus** (nespolupráce) apod.

Vyšetření pacienta s afektivní poruchou

Depresivní syndrom

Pacient vám připadá skleslý, smutný, reaguje pomaleji, je stažený do sebe. Ptejte se proto na přítomnost depresivních příznaků.

Vedoucím příznakem depresivního syndromu je depresivní nálada (překvapivě) – ptejte se proto, jakou má pacient převládající náladu. **Depresivní nálada** je špatná, černá, temná, někteří ji popisují jako „bolestivou“ (v analogii k fyzické bolesti jim tato nálada přináší psychické utrpení). Intenzita depresivní nálady může kolísat, někdy je horší ráno (ranní pessima) a večer dochází k určitému projasnění (typicky popisováno pro tzv. endogenní depresi dle dřívější klasifikace; lidé jsou rádi, že zvládli další den a doufají, že zítra už musí být lépe, ráno se vrací symptomy ve stejné intenzitě, lidé mají obavu, jestli dokáží zvládnou nároky dalšího dne, když jim není dobře), jindy bývá horší nálada večer (opět dříve považováno za typický znak tzv. neurotické deprese; lidé jsou večer zmožení tíhou událostí dne, nakupením zátěžových situací), někdy nálada nekolísá a je stabilně depresivní. Je také potřeba, aby tento stav **trval dostatečně dlouho**, abychom mohli mluvit o poruše – pokud trvá **čtrnáct dní** a je přítomná po většinu dní (tj. mohou být dny,

kdy se člověk cítí poměrně dobře, převažují ale dny v depresivní náladě), jsou splněna kritéria pro depresivní fázi.

Z depresivní nálady vyplývá množství dalších potíží. Lidé nemají zájem o své oblíbené činnosti, ztrácí potěšení, které jim přinášely (**hypohedonie** = snížení, **anhedonie** = úplná ztráta), mají problém se přinutit k aktivitě – i k běžným denním činnostem, jako je osobní hygiena, péče o domácnost apod. (**hypobulie, abulie**). Jsou **vyčerpaní**, chybí jim elán, „životní energie“, jsou unavení, těžko tolerují a zvládají zátěž. Hůře se jim přemýšlí, jsou zpomalení (bradypsychismus), ztrácí spontaneitu, těžko se soustředí (když čtou, musí se stále vracet na začátek odstavce, aby věděli, o čem vlastně čtou, obtížně se jim sleduje děj pořadů v televizi - **hypoprosexie**). Ztrácí zájem o intimní život (**snížená sexuální apetence**), nemají z něho potěšení (další podoba hypohedonie). Jídlo může ztrácet chuť, je prožíváno jako bez chuti nebo lidé snižují příjem stravy, protože na jídlo nemají „ani pomyslení“, díky tomu ztrácí na váze (**poruchy obživného puđu, hypo- či anorexie**). Jsou přítomny poruchy spánku (**hyposomnie, insomnie**) a to jakékoliv – poruchy usínání, přerušovaný spánek, předčasné probouzení (typ poruchy spánku má terapeutické důsledky, protože podle toho indikujeme typ hypnotik). Kromě objektivních poruch spánku, kdy i okolí pozoruje jeho narušení existuje subj. pocit nedostatečně občerstvujícího spánku, lidé se probouzejí unavení, vyčerpaní, což někdy může vést k nedorozuměním mezi pacienty a personálem, kdy si pacienti dlouhodobě stěžují, že nespí (subj. cítí, že se nevyspali), přitom personál opakovaně pozoruje, jak v noci spí bez problémů. Předčasné probouzení se považuje za zvlášť problematický příznak: lidé se budí nad ránem, nemohou už usnout, leží v lůžku a trápí se, po ruce není nikdo, s kým by mohli své problémy probrat a odklonit tak jejich naléhavost, což vše může vést k tomu, že lidé konají suicidia. Proto je léčba spánku u depresivní poruchy velice důležitá.

Dostáváme se k obsahům myšlení v rámci depresivního syndromu, tedy k tomu, o čem bývají myšlenky lidí v depresi. Jsou často pesimisticky naladěni, mají tendenci hodnotit události negativně – a to i vzpomínky, které se jim vybavují, vidí v novém, negativním světle, mají pocit, že se jim nikdy nic pěkného nestalo a díky tomu neočekávají, že by je ještě něco pozitivního mohlo očekávat, naopak, očekávají spíše negativní události, kterých se obávají. Tomuto zkreslení hodnocení, zbarvení obsahů myšlenek se říká katathymie, mluví se o katathymně zkresleném myšlení (jde o analogii pověstných růžových brýlí – v depresi jsou nasazeny šedé či černé brýle). Těmto negativním obsahům myšlení pak říkáme „depresivní obsahy myšlení“. Lidé i sebe samotné hodnotí negativně, **nemají dostatek sebevědomí**, což je změna oproti stavu, kdy v depresi nejsou. Známe i

konkrétnější způsoby myšlenek, které pacienty s depresivním syndromem napadají – často si vyčítají, že nejsou k ničemu, jsou rodině jen na obtíž, vyčítají si, jak jednali v minulosti, jak ubližovali lidem kolem sebe (autoakuzace). Přitom díky katathymii nejde často o reálné problémy, jde o přehodnocení běžných událostí, které jsou nyní ve světle deprese hodnoceny negativně. Autoakuzace mohou být takového běžného charakteru, mohou ale nabýt bizarní, nepřiměřený ráz a pak mohou mít až charakter autoakuzáčnických bludů – viz dále (např. pacient si vyčítá, že před 20 lety špatně provedl elektroinstalaci na své chatě a nyní hrozí, že to jeho vinou „bouchne“ a způsobí to katastrofu v jaderné elektrárně Dukovany a bude mít na svědomí miliony životů).

Bludy jsou specifické obsahy myšlení, zopakujme si jejich hlavní charakteristiky – mají chorobný původ, jsou nepřiměřené realitě, jsou nevývratné a mají individuálně specifické rysy. Jejich přítomnost má opět důležité terapeutické důsledky, mluvíme o tzv. psychotické depresi, u které jsou indikována antipsychotika. U depresivního syndromu se můžeme setkat s jejich několika typy (již jsme zmínili autoakuzáčnické bludy):

Ruinační bludy – lidé jsou přesvědčeni, že přišli o veškerý majetek, či o něj brzy přijdou, vše jako důsledek jejich nezodpovědného jednání, neschopnosti apod. Přitom jde o nevývratné přesvědčení ani výpis z „tučného“ konta je nepřesvědčivý, budou argumentovat, že vše teprve přijde nebo má banka chybné údaje...

Bludy eternity – lidé jsou přesvědčeni, že nikdy nezemřou, budou žít věčně a věčně budou trpět za své hříchy.

Bludy negační – lidé tvrdí, že nežijí...

Bludy enormity – lidé přehánějí své činy, proporce v negativním smyslu. Tradují se případy pacientů, kteří odmítali vyměšování, protože byli přesvědčeni, že svými výkaly zaplaví celý svět. Jiný klasický příklad je případ pacienta, který byl přesvědčen, že má hlavu velkou jako zrnko máku a obával se, aby mu ji nesezobl pták...

Hypochondrické bludy – lidé jsou přesvědčeni o nějaké tělesné nemoci či dysfunkci, která je však poněkud bizarní (pacient tvrdí, že již 10 let nespál a to proto, že od krku dolů je mrtvý a vše, co sní se v něm hromadí a hnije. Po vyšetření na interním oddělení lékař zjišťuje, že tomu tak není a odesílá jej na psychiatrii. Jiní pacienti tvrdí, že mají splepená střeva, že u nich léky neúčinkují, protože jim po spolknutí vypadávají krkem apod.).

Dysmorfobické bludy – lidé jsou přesvědčeni o tom, že mají nějakou tělesnou deformitu, která z nich dělá ošklivé, zrudý a vyřazuje je tak z lidské společnosti.

Kromě těchto poměrně závažných příznaků můžeme u depresivních pacientů pozorovat

závažné poruchy psychomotoriky jako je **stupor** (ztráta volných pohybů, pacient leží v lůžku, nereaguje ani na bolestivé podněty, přitom je při vědomí), **mutismus** (pacient mlčí, nekomunikuje), pasivní **negativismus** (nespolupracuje, nepodrobuje se, nechává sebou pasivně manipulovat),

Samozřejmě nejzávažnějším důsledkem depresivních příznaků je **suicidální jednání** – viz dále.

U každého pacienta s depresivním syndromem se musíme zeptat, zda byly někdy v minulosti přítomny manické příznaky – viz dále. Opět to má praktické důsledky, protože depresivní fázi v rámci Bipolární afektivní poruchy léčíme jinak než fázi v rámci Depresivní (i rekurentní) poruchy. Musíme se hlavně bát rizika přesmyku do mánie.

Manický syndrom

Manické příznaky jsou do určité míry opakem depresivního syndromu.

Lidé mají nadnesenou náladu. Nemusí jít přímo o příjemný, euforický stav (tzv. euforická nálada), často bývají lidé zvýšeně dráždiví, reagují podrážděně, agresivně na minimální podněty (rezonanční nálada). Jindy jsou lidé morózní, rozladění z minimálních těžkostí, našťvaní (morózní nálada, bývá u tzv. smíšené fáze, která má depresivní i manické rysy).

Nadnesená nálada je spojená s nerealistickým přeceňováním sebe sama, svých schopností, lidé nerealisticky plánují a pouští se do mnoha aktivit zároveň, přitom nejsou schopní dotáhnout věci do konce, protože je v průběhu jejich realizace napadají další možné aktivity, kterým se okamžitě věnují. Jsou zvýšeně společenší, neudrží společenský odstup, s neznámými lidmi se okamžitě přátelí a sdílí s nimi intimní myšlenky, mají zvýšenou sexuální apetenci a vyhledávají v tomto směru realizaci bez ohledu na společenský ostych či konvence, chovají se nezodpovědně, rizikově (rozdávají své jmění neznámým bezdomovcům; řídí podnapilý, hostí velká množství neznámých lidí, vyhledává rizikové situace apod.). Myšlení mívají zrychlené, často mluví překotně, někdy se mluví o tzv. myšlenkovém trysku, kdy je výrazně zrychlená nabídka myšlenek, které subj. rychle probíhají myslí, což se může odrážet v řeči, někdy se pozoruje tzv. pseudoinkoherece, kdy pacienti začínají mluvit nesouvisle, nesrozumitelně, nedokončují věty, spojují různé věty dohromady – ne proto, že by měli strukturální poruchy myšlení, ale proto, že jim myšlenky běží tak rychle, že je „nestačí domyslet“ a přeskakují na myšlenky další. Mají zvýšenou nabídku vzpomínek, které jsou velmi živé, plastické, detailní, je přítomna zvýšená jistota vzpomínek, tj. lidé jsou přesvědčeni, že se události staly tak, jak si je vybavují, přitom je narušená přesnost vybavených vzpomínek, tj. lidé si z paměti vybavují

věci nepřesně, zkresleně, což může vést k různým konfliktním situacím. Je snižena potřeba spánku, lidé nepotřebují spát mnoho nocí po sobě a cítí se vitální, čerství, stejně tak nepotřebují jíst a pít. Z těchto důvodů je manická epizoda často fyzicky náročná a může vést k různým „kolapsům“, problémem je manická epizoda u somaticky nemocných lidí, jejichž organismus nemusí zvýšenou zátěž zvládat (pacientka kardička je v manické fázi hyperaktivní, neodpočívá, nespí, fyzicky se přepíná a je hospitalizována pro příznaky kardiálního selhávání).

Obsah myšlení může být také katathymně zkreslen, tj. vše je nerealisticky pozitivně hodnoceno. Mohou se objevit hrubá zkreslení obsahů myšlení, jako jsou bludy. V manických stavech pozorujeme:

Extrapotenční bludy: lidé jsou přesvědčeni, že mají zvláštní schopnosti (tlukotem svého srdce kontrolují rychlost otáčení planety...)

Originární bludy: přesvědčení o význačném původu (jsem synem britské královny, z důvodu bezpečnosti mě MI5 umístila do rodiny v ČR, ale až Alžběta zemře, vystoupím z krycí identity a nastoupím na trůn...).

Inventorní bludy: produkce bizarních vynálezů (perpetum mobile a podobné výtvořky).

Mesianistické bludy: zvláštní poslání, úkol ve společnosti, kterou mám svým jednáním, životem spasit.

Erotomanické bludy: přesvědčení o vlastní přitažlivosti pro ostatní (bez ohledu na pohlaví a živočišný druh...).

Ale mohou se, stejně jako u depresivního syndromu, vyskytnout i paranoidní bludy).

Pokud jsou manické příznaky vyjádřeny v mírnější formě (hypománie), nemusí mít příliš závažné důsledky pro schopnost jedince fungovat ve společnosti, naopak, lidé, kteří jej neznají a setkávají se s ním v hypomanickém stavu jej považují za příjemného, společenského, veselého a aktivního. Nevidí totiž to, co je opět jedním z nejdůležitějších rysů – a to je **změna** proti obvyklému chování těchto lidí. Ti mohou být naopak osobnostně plaší, nespolečenšší, pasivní. Někdy proto období hypománie považují za žádoucí stav, ve kterém by rádi žili dlouhodobě a porušují lékařská doporučení, vysazují léky. Jde však o nereálná očekávání, neboť neléčené fáze onemocnění nemají trvalý charakter, bez léčby mají spíše tendenci trvat déle, hlavně se však bez léčby zvyšuje frekvence výskytu jednotlivých fází a to bez ohledu na jejich polaritu, tj. zvyšuje se zastoupení hypomanických, manických i depresivních fází.

Vyšetření pacienta se závislostí

Ani (velké) množství konzumovaného alkoholu ani pravidelnost konzumace ani opakovaná výrazná ebrieta neříkají nic o přítomnosti závislosti na psychoaktivní látce. Proto je naším úkolem při vyšetření pacienta, který pravidelně konzumuje psychoaktivní látku zjistit, zda jsou u něj přítomny rysy závislosti, zda jsou přítomny příznaky odvykacího syndromu či komplikace abusu v podobě doprovodných psychických potíží. Nejlépe to pochopíme právě na příkladu alkoholu.

Existuje tzv. sociální pití, tj. takové užívání alkoholu, které nevede k žádným potížím. Pak existuje „**škodlivé užívání**“, někdy označované za „abusus“, což je konzumace alkoholu přes to, že víme, že nám způsobuje problémy – a to jak ve zdravotní, tak v sociální, rodinné či pracovní oblasti (*např. pokud pijete i když víte, že máte hepatopatii, abusujete alkohol. Stejně tak se zajímáme, jestli má člověk kvůli pití partnerské problémy, jestli byl na pracovišti přistižen podnapilý a pokračuje v pití v práci přesto, že má důtku a hrozí mu ztráta zaměstnání*).

A pak existuje **závislost na alkoholu**. Závislým je člověk tehdy, pokud pravidelně konzumuje alkohol přesto, že ví, že mu způsobuje problémy, když se u něj rozvíjí tolerance k látce (k dosažení kýženého efektu jsou potřeba stále vyšší dávky), pokud se u něj rozvíjí fyzická (při nepřítomnosti látky se rozvíjí odvykací stav) či psychická závislost (v podobě bažení, „cravingu“, nutkání ke konzumaci), pokud ztrácí kontrolu nad konzumovanou dávkou (nedokáže přestat konzumovat, když jednou začne – např. zajde „na jedno“ po práci a vrací se nad ránem po propité noci; nebo opakovaně neúspěšně abstinuje – zeptejte se kuřáků, kolikrát již „přestali kouřit“), pokud omezuje aktivity pouze na ty, které jsou spojené s konzumací látky.

Je tedy nutné zjistit kolik (množství piva, destilátů, vína denně), jak často, jak dlouho pravidelně (*značná část naší populace začíná konzumovat alkohol v adolescenci či rané dospělosti, důležitá je však délka pravidelné konzumace*) v jaké situaci (ve společnosti, sám) a jakým způsobem (*např. konzumace pomocí klistýru do konečníku, aby si člověk „šetřil“ žaludek není příliš slučitelná s představou běžného sociálního pití, spíše svědčí pro velkou potřebu alkoholu v rámci závislosti – případ reálného pacienta*) člověk konzumuje alkohol.

Pro zjištění rysů závislosti nám mohou pomoci otázky, zda mívá dotyčný pravidelně **alkoholová okénka**, palimpsesty (amnésie na období konzumace alkoholu, svědčí o výrazné akutní intoxikaci alkoholem, kdy je díky inhibičnímu, membrány stabilizujícímu efektu alkoholu narušena schopnost vstřípivosti paměti). Další pomůckou je dotaz na tzv.

„**ranní doušky**“, tj. ptáme se, kdy člověk začíná konzumovat alkohol, zda nepotřebuje již brzy ráno dávku ke zvládnutí odvykacích příznaků (*např. pacient se budí již nad ránem a cestuje na blízkou benzinu, kde kupuje novou lahev rumu, protože není schopen snést rychle se rozvíjející odvykací příznaky*).

Medicínsky důležité jsou příznaky odvykacího syndromu. Odvykací syndrom může probíhat nekomplikovaně, může však mít potenciálně fatální komplikace – delirium tremens, epileptiformní křeče.

Odvykací syndrom na alkoholu je důsledkem převahy excitačních mechanismů v mozku při nepřítomnosti externě dodávaného inhibičního faktoru – alkoholu – což může vést k projevům excitotoxicity s následným poškozením neuronů. Projevuje se do několika hodin až jednoho dne od přerušování konzumace či výraznější redukce dávky (*pacient přijímán pro delirium poté, co před Vánoci slíbil ženě, že omezí pití*). Projevuje se tremorem, zvýšeným pocením, vegetativní hyperaktivitou (pac. mají tachykardie, hypertenze), celkovou slabostí, zvýšenou tenzí, úzkostí, bývají gastrointestinální potíže, bolesti hlavy, pacienti mohou být agitováni, neklidní.

Důležité je sledovat orientaci pro možnost rozvoje **delirantního stavu**, v rámci kterého jsou pacienti dezorientovaní místem, časem a situací (*nerozpoznávají, že jsou hospitalizováni, mohou mít za to, že s nimi hovoříte z úplně jiných důvodů, např. jste u nich na návštěvě apod. – to je také důvodem četných nedorozumění, kdy pacient odmítá spolupracovat, dodržovat ošetrovatelská opatření, napadá personál, neboť nerozpoznává situaci hospitalizace a zaměňuje ji... proto je také značně ztížena až znemožněna zdravotnická péče o tyto pacienty*), je narušena schopnost koncentrace pozornosti, mohou být přítomny poruchy vnímání v podobě iluzí (*pacient zaměňuje svůj odraz v okně za jinou osobu a živě s ní hovoří*) a halucinací (často vizuálních, popisuje se zkouška „čtení z čistého listu“, kdy pacienta vyzveme, aby přečetl, co je napsáno na prázdném archu o což se pacient často snaží, sděluje, že nějaký text je přítomen; dále se jako typické popisují tzv. mikrozoopsie, tj. vizuální halucinace drobných zvířat – *ony „myšky“, ale pacienti často halucinují brouky, pavouky, zaznamenali jsme halucinace množství malých mimozemšťanů, kteří pobíhali pod postelí pacienta...*), bývají přítomny poruchy myšlení (formální poruchy ve smyslu narušení dynamiky i struktury myšlení, ale i obsahové v podobě většinou nesystematizovaných, prchavých a měnlivých bludů). Typické je kolísání stavu, který může trvat několik dní, většinou při léčbě odeznívá do týdne. Delirium je díky povšechné dysfunkci mozku a často četným somatickým komplikacím dlouholetého abusu potenciálně fatální stav, existuje riziko reziduálních kognitivních poruch, tj. i po

odeznění delirantního stavu jsou poruchy paměti, intelektu, stav může přejít do demence, Korsakovského syndromu apod.

Dále je třeba zjistit, zda nejsou přítomny **následky** pravidelného dlouhodobého abusu alkoholu. Jde zejména o rozvoj toxického postižení CNS, které se projeví difuzní encefalopatií a poruchou kognitivních funkcí, extrémem je alkoholová demence či alkoholový amnestický, tzv. Korsakovský syndrom (porucha vstípidivosti s narušením krátkodobé paměti, amnézie vyplňována konfabulacemi – *pacient ležící 14 dní v nemocnici odpovídá na dotaz, co dělal včera, že navštívil se ženou zahradu, kde celý den ryl, teď je z toho unavený a pálí ho oči, protože hodně svítlo slunce; při opakování stejného dotazu s krátkým odstupem pacient sdělí, že včera to „nebylo nic moc“, celý den pršelo, tak jen ležel u televize... Pro poruchy vstípidivosti si pacient nezapamatuje, čím období amnézie vyplňuje a produkuje „novou verzi“, vždy je však přítomno subjektivní přesvědčení, že se takto události opravdu staly. Tímto se konfabulace liší od lži, kdy si lháři většinou své legendy pamatují a uvádějí stále stejnou verzi.*). Dlouhodobé užívání alkoholu však může být spojeno i s rozvojem depresivní symptomatologie, s poruchami vnímání (alkoholová halucinóza) i poruchami myšlení (typické emulační bludy), které se vyskytují i mimo akutní intoxikaci či delirium za jasného vědomí. Nemluvíme zde o somatických komplikacích pravidelného abusu.

Proto i u pacientů závislých na alkoholu vyšetřujeme náladu, poruchy vnímání, obsahové poruchy myšlení – bludy, zjišťujeme orientačně úroveň kognitivních funkcí – proto testujeme sedmičkovým testem, testem 3 slov vybavovaných bezprostředně a s odstupem, schopnost abstrakce testujeme rozdíly podobných pojmů a výkladem přísloví.

Vyšetření pacienta s úzkostnou poruchou

Existuje poměrně pestré spektrum úzkostných poruch. Zde si řekneme, jaké existují základní příznaky, které u těchto poruch vidáme, jaký je mezi nimi rozdíl a jak se mohou projevovat, jaký mohou mít vliv v životě člověka.

Příznak, který tyto poruchy spojuje, se jmenuje úzkost (**anxieta**). To je emoce, kterou známe všichni, je běžnou „součástí“ naší emoční výbavy. V běžném jazyce má mnoho synonym: nervozita, stres, napětí, tréma, knedlík v krku, roztřesenost apod. Jde v podstatě o prožívání zátěžových situací, které nás nějakým způsobem ohrožují. Dobré je uvědomit si, že jde v podstatě o subjektivní doprovod stresové reakce – pak porozumíme tomu, jak pestré doprovodné příznaky s sebou úzkost nese – a že je tedy součástí našich adaptačních mechanismů.

V době stresové reakce vidíme vyplavení katecholaminů se změnami parametrů cirkulace a ventilace. Zvyšuje se srdeční frekvence, mění se distribuce krve v oběhu, maximum jde do svalů a do mozku (hlavy), odkrývá se GIT. Prohlubuje se ventilace, mění se poměry acidobazické rovnováhy a s tím dochází ke změnám hladiny ionizovaného kalcia a následně ke zvyšování dráždivosti nervosvalové ploténky. V době, kdy jsme vystaveni typické situaci, pro kterou byla stresová reakce v průběhu naší evoluce „vyrobena“, tj. situace, kdy je třeba vydávat maximální fyzický výkon („boj nebo útěk“) nemáme moc čas si tyto fyziologické (!) změny uvědomovat. Bohužel, s rozvojem civilizace se čím dál častěji setkáváme se situacemi, které považujeme za ohrožující, nepříjemné, které spouštějí stresovou reakci, nejsou přitom spojeny s vysokým fyzickým výkonem, spíše naopak – nejčastěji jde o nejrůznější sociální situace v nejširším slova smyslu. Díky tomu máme čas si změny uvědomovat, mohou nás překvapit, můžeme je špatně interpretovat, zaměňovat za příznaky nemoci.

Při úzkosti tedy můžeme cítit, že nám buší srdce, že nám srdce vynechává (respirační arytmie), že nás pálí na hrudníku, že nám hučí v hlavě, že máme závrať. Pro zvýšenou ventilaci můžeme mít subjektivní pocit, že máme nedostatek vzduchu, že se dusíme, že se nedokážeme nadechnout. Brní nás kolem úst, třese se, chvějí se nám ruce, cítíme napětí ve svalech. Tlačí nás žaludek, může nám být na zvracení, můžeme cítit nutkání na stolici (dle lidového rčení „z toho se nepodělám...“), nutkání na močení. Chvílemi nás polévá horko, jindy chlad, cítíme, jak rudneme, zvýšeně se potíme. Na psychické úrovni je projevem úzkosti neklid, na úrovni myšlení jde o různé obavné myšlenky, často lidé zažívají obavy z toho, že zemřou, zblázní se, ztratí nad sebou kontrolu. Ve vystupňovaných stavech se můžeme setkat s **depersonalizací** (člověk ztrácí obvyklý pocit vnímání sebe sama, zdá se mu, že je mimo sebe, že je netečný pozorovatel svého těla, ztrácí bezprostřední prožitek svého těla, pocitů, myšlenek) či **derealizací** (obdobu depersonalizací, ale jde o pocit odtržení od bezprostředního vnímání zevní reality, člověk může mít pocit, že se vše děje jako v kině, za záclonou a člověk je jen v roli nezúčastněného pozorovatele. Tyto stavy nejsou specifické pro duševní poruchy, můžete se s nimi setkat i v rámci vyčerpání, febrilních stavů, velice časté jsou po intoxikaci halucinogeny).

Pokud se úzkost vyskytuje v situacích, které pro většinu lidí nejsou ohrožující nebo není vůbec vázána na žádnou situaci nebo pokud je úzkost nepřiměřené intenzity či se vyskytuje příliš často, tak, že jedince začíná omezovat, je mu buď subjektivně nepříjemná či pro její výskyt není schopen zvládat určité oblasti ve svém životě, mluvíme o patologické

úzkosti, úzkosti jako projevu duševní poruchy, což je vlastní užší význam slova *anxieta*.

Specifickou formou úzkosti jsou **fobie** – tj. jde o úzkost vázanou na specifickou situaci, která běžně u lidí úzkost nevzbuzuje. V tom je také rozdíl mezi fobií a strachem: strach je úzkost v situacích, které jsou pro lidi ohrožující (pokud cítíme úzkost ve chvíli, kdy se na nás řítí nazlobený vlčák, nejsme duševně nemocní; pokud cítíme úzkost vždy, když vstupujeme do metra, je pravděpodobné, že trpíme fobií). Fobie mohou mít různý obsah – podle toho, s jakou situací se vážou. Mezi nejčastější fobie patří sociální fobie a agorafobie. **Sociální fobie** je úzkost ve chvílích, kdy je člověk v kontaktu s druhými lidmi, ať už jde o úzkost při zkoušení před třídou, při oslovení cizích lidí, při kontaktu s lidmi na úřadu, při telefonování apod. Lidé se sociální fobií mají obavu z toho, že si o nich ostatní lidé nemyslí hezké věci, že na nich okamžitě vidí, že nejsou „v pohodě“, že jsou nervózní a že je budou mít minimálně za podivíny. Obávají se, že na nich ostatní lidé vidí, jak rudnou, jak se jim chvěje hlas či ruce, mají hrůzu z toho, že svou úzkost nevydrží a v průběhu sociálního kontaktu se pozvracejí, pokálejí či pomočí. Tyto obavy jim rozhodně nedodávají na uvolněnosti a eleganci. Z těchto důvodů se začínají lidé sociálním situacím vyhýbat (**vyhýbavé chování**), straní se kolektivu – ne však proto, že by sociální kontakty nepotřebovali (jako je tomu např. u schizoidní poruchy osobnosti), ale proto, že se sociálního kontaktu bojí. Pokud ví, že se budou muset nevyhnutelně sociálnímu kontaktu vystavit, vzbuzuje to u nich, pochopitelně, úzkost již dopředu (**anticipační úzkost**). **Agorafobie** je spojena s obavou pobývat v prostředí, kde je množství lidí, odkud není jednoduché odejít a kde není dostupná okamžitá pomoc v případě potíží. Lidé mají hrůzu z toho cestovat prostředky hromadné dopravy, stát ve frontě v obchodním domě, být v kině apod. V těchto situacích totiž zažívají příznaky úzkosti, které často zaměňují za projevy nějakého závažného onemocnění a obávají se, že mohou zkolabovat, budou ležet na zemi a lidé, místo aby jim poskytli nezbytnou pomoc, si na ně budou ukazovat a považovat je za podivíny, opilce. Aby byli schopní se takovýmto situacím vystavit, potřebují vedle někoho, komu věří, že se o ně v případě potřeby postará.

Panická úzkost je záchvatovitý výskyt úzkosti, která nemocí být vázána na žádnou specifickou situaci. Dochází k náhlému rozvoji úzkosti, která velmi rychle dosahuje značné intenzity. V popředí je vnímání tělesných příznaků úzkosti, které jsou zejména v případech, kdy nejde o vazbu na konkrétní situaci, interpretovány jako záchvat nějakého závažného tělesného onemocnění – epileptický, asthmatický záchvat, infarkt myokardu, cévní mozková příhoda apod. Z těchto důvodů lidé často volají RZP, vyhledávají pohotovost a díky tomu se s těmito pacienty setká značné množství lékařů-nepsychiatrů. Je proto

praktické o tomto stavu vědět. Z praktického hlediska je také důležité vědět, že ojedinělý záchvat panické úzkosti zažije velká část lidí a sám o sobě není projevem nemoci. Není tedy třeba odesílat tyto pacienty k vyšetření na psychiatrii a stigmatizovat je. Pokud však dochází k panickým záchvatům opakovaně, je konzultace u psychiatra na místě.

Ještě si řekneme o příznacích obsedantně-kompulzivní poruchy. Jsou to obsese a kompulze. **Obsese** jsou duševní obsahy, které se vtírají proti vůli pacienta do mysli a neustále se vrací, jsou mu nepříjemné, zúzkostňují jej, ruší jej od činnosti. Důležité je, že je člověk považuje za své duševní obsahy (*na rozdíl od pocitů, kdy jsou člověku určitým způsobem vkládány do mysli nechtěné, cizí myšlenky – např. pomocí telepatie, čipu apod. V tomto případě jde o intrapsychické halucinace, které svědčí pro zcela jinou poruchu a vyžadují odlišnou léčbu. Proto se na to, zda jde o vlastní duševní obsahy, ptejte*). Těmito duševními obsahy může být cokoli – myšlenka, představa, vzpomínka (*všichni máme podobné zážitky – např. se vám možná stalo, že odcházíte od bytu a napadne vás, jestli jste zamkli. Vráťte se, zkontrolujete a odcházíte. V tu chvíli vás napadne znovu, jestli jste opravdu zamkli – a protože máte plnou hlavu nějakého úkolu, nejste si schopní vybavit, jestli jste opravdu zamkli. A protože je pro vás představa odemčeného bytu zúzkostňující, jdete a zkontrolujete zámek znovu. Jiným příkladem může být situace, kdy jste ráno v rádiu slyšeli nějakou melodii a půl dne se jí nedokážete zbavit, neustále vám zní v uších i když je vám nepříjemná, nelíbí se vám, vůli ji potlačit nedokážete.*). **Kompulze** jsou určité činnosti, které mají stereotypní ráz, někdy mají podobu ritualizovaných úkonů, které musí jedinec vykonávat, aby zmírnil úzkost (*kontrola zámku, jestli je zamčeno by byla obdobou kompulzí*). Proto se jim také někdy říká rituály. Opět může jít o jakékoliv jednání (*většinou jde o různé motorické akty, můžeme se však setkat i s tím, že pacienti provádí kompulze v duchu – jeden pacient sděloval, že aby ráno zmírnil úzkost a byl schopný začít nějaké smysluplné aktivity, musel si v duchu představit pohyb v kruhu dopředu, do boku a zpět, to vše 3x po sobě*). Velice časté jsou obsese ze znečištění (můžete vidět ve filmu Lepší už to nebude s Jackem Nicholsonem): pacienti mají strach, že se venku znečistí, že mají na rukách bakterie a pokud se jich nezbaví, onemocní či budou roznášet nemoci. Proto jdou do koupelny a myjí se (kompulze). Umyjí se jednou, pak je napadne, že se určitě neumyli dostatečně, stále mají pocit špinavých rukou, proto se myjí znovu a znovu. Někteří pacienti takto tráví dlouhé hodiny a na jinou činnost jim nezbyvá příliš energie (*jeden pacient byl schopen ráno vyjít na nákup, po návratu se zbytek dne myl, ruce si čistil rejžákem a savem do výše ramen, kromě toho čistil i omítky v bytě – stejným způsobem – které zničil až na cihlu*).

Vyšetření pacienta s organickou poruchou

Budeme se zabývat nejčastějším případem v psychiatrické praxi – a to demencí. Demence se projevuje kognitivními poruchami, poklesem úrovně intelektu a pak množstvím tzv. behaviorálních a psychologických příznaků, které jsou často důvodem, proč se pacient dostaví do psychiatrické ambulance.

Vyšetření pacienta s demencí může být poměrně obtížné, protože kontakt s pacientem může být velice špatný, jeho řeč málo srozumitelná, myšlení obsahově velmi chudé. Musíme zjišťovat objektivní informace o tom, jak je narušena sebeobsluha pacienta (zda je stále schopen se o sebe starat sám, obleče se správně, nají se příborem, dodržuje hygienu, je kontinentní) a do jaké míry narušují kognitivní poruchy fungování člověka (poznává blízké, ztrácí a stále hledá věci, bloudí po bytě a nemůže najít cestu na záchod, je možné se s ním domluvit, chápe, o čem se mluví, co se po něm chce, vyjadřuje se srozumitelně...). Z dalších projevů se zaměřte na projevy úzkosti, neklidu, agrese, na poruchy nálady a emotivity (často tzv. emoční labilita, tj. časté střídání nálad až emoční inkontinence, tj. naprostá dysregulace emocí, kdy se emoce střídají bez ohledu na situaci), na poruchy vnímání (časté jsou halucinace), myšlení (často **nevýpravné myšlení** – pacient neustále zůstává u jednoho tématu, není schopen pokročit v myšlení dále, **zabíhavé myšlení** – pacient sděluje spoustu nepodstatných detailů, trvá mu dlouho, než odpoví otázku, mohou být bludy), poruchy sexuality, změny chování.

Zjišťujte schopnost orientace – místem, časem, osobou, situací. Nenechte se zmást tím, že lidé vypadají formálně společensky, tj. konverzují, chovají se adekvátně, opravdu se na tyto věci ptejte, pacienti mohou zastírat své „výpadky“, „neznalosti“ („ale to víte, že vím, kolikátého dne je... no v jakém městě bychom byli?... no co bych tady dělala, přišla jsem vás navštívit...“, přitom pokukují po okolí, jestli jim někdo „nenapoví“). Dále klinicky vyšetřete paměť (test 3 slov), pozornost (7-test). Součástí vstupního vyšetření dementního pacienta by mělo být i zhodnocení jeho stavu pomocí Mini-Mental State Examination (MMSE), existují i další škály, které mohou pomoci odlišit vaskulární demenci od Alzheimerovy nemoci apod.

Kromě příznaků zjišťujte dynamiku potíží – pozvolný pokles intelektu nebo schodovité zhoršování (typické po opak. cévních příhodách u vaskulární demence), zda si pacient změny svého stavu uvědomuje, zda jsou přítomny vaskulární rizika či jiné nemoci, které by mohly způsobovat syndrom demence.

Suicidální příznaky

U každého pacienta musíme věnovat pozornost příznakům, které mohou naznačovat riziko suicidálního (sebevražedného) jednání. Popisuje se škála příznaků: taedium vitae (pocit, že život za nic nestojí, již mě v životě nic pěkného nečeká, negativní hodnocení) se považuje za první krok k úvahám o sebevraždě. Dále se popisuje suicidální myšlenky. Ty mohou být buď vágní, nekonkrétní (bylo by lepší, kdybych nežil, sebevražda by vyřešila mé problémy...) nebo konkrétní, kdy pacient uvažuje přímo o tom, jak by sebevraždu realizoval. Suicidální tendence jsou stavem, kdy pacient bojuje s nutkáním sebevraždu realizovat, je to určitý stav „na hraně ostří“. Suicidální pokus – tentamen suicidii – je nezdařený pokus o sebevraždu, dokonaná sebevražda pokus zdařený.

Úkolem psychiatra je dotazovat se na tyto úvahy, zhodnotit, zda je přítomná nějaká duševní porucha, pod jejímž vlivem by mohl člověk páchat sebevraždu. Nemůžeme totiž klást rovnítko mezi sebevraždu a duševní nemoc. Existuje mnoho situací, které vedou duševně zdravé lidi k sebevražednému jednání (existenční potíže, infaustní prognóza onemocnění...). Z toho důvodu také nemůže psychiatr dávat záruky, že člověk, kterého vyšetřil a neviděl u něj suicidální příznaky, v blízké době sebevraždu nespáchá. Nikdo z nás nedokáže dát ruku do ohně sám za sebe, nevíme, co se nám v blízké budoucnosti přihodí a co vyhodnotíme tak, že jediným východiskem je sebevražda. Pokud existuje duševní onemocnění, které pacienta vede k sebevražednému jednání, je naší povinností pacienta léčit – nebezpečí sobě či okolí pod vlivem duševní choroby je jednou ze tří situací, kdy máme lidi léčit i proti jejich vůli. Pokud nejde o důsledky duševní nemoci, měli bychom se snažit najít takovou pomoc, která nabídne i jiné alternativy řešení zdánlivě bezvýchodné situace, než je sebevražda.

Proto se na tyto příznaky ptejte každého, koho vyšetřujete, ptejte se konkrétně. Snažte se dát najevo, že tyto myšlenky či toto jednání nepovažujete za ostudu či mravně pokleslé, naopak, že jde o věci, které se mohou stát v závažných situacích každému.

Psychiatrický chorobopis

Teď už si můžeme říci, jak vypadá zápis vyšetření – tj. psychiatrický chorobopis – níže je uveden vzor jeho struktury:

Jméno a příjmení, věk

Rodinná anamnéza: bez psychiatrické heredity x výskyt duševních onemocnění

Osobní anamnéza

Porod a psychomotorický vývoj: komplikace, zvláštnosti

Dětství: jak hodnotí, v jaké rodině vyrůstal, jaké vztahy, psychotrauma?

Vzdělání: jak zapojen do kolektivu, vztah k autoritám, prospěch, komplikace?

Vztahy: přít., nepřít., jaké jsou, problémy? důvody rozpadu? jak hodnotí on.?

Zaměstnání: v jakém oboru, adekvátní výkon? vztahy? problémy?

Povaha: jak se hodnotí

Zájmy

Abusus: jaké látky, známky škodlivého užívání či závislosti? vztah k rozvoji potíží?

Somatická anamnéza: jaké nemoci, vztah k rozvoji potíží?

Psychiatrická anamnéza: kdy první kontakt s psychiatrem, obvyklý char. potíží, průběh, úspěšné a neúspěšné terapeutické přístupy.

Nynější onemocnění

Popis subjektivních prožitků pacienta s projevy jeho chování v rámci aktuální epizody, fáze či zhoršení. Jde opravdu o popis běžnou řečí, nepoužívejte psychopatologické termíny. Vzpomeňte si, jak jste měli na základní škole za úkol popsat rodiče a tak se snažte popsat pacienta, kterého vyšetřujete. Je to jediný způsob, jak mohou ostatní kolegové nezávisle na vás zhodnotit, jaké má pacient potíže a jakými příznaky trpí.

Máte zodpovědět několik otázek:

Jaký je důvod vyšetření? Zjistíte např. z parere, ze sdělení doprovodu, z výpovědi pac.

Kdy potíže začaly a jak dlouho trvají? Jaká je jejich dynamika? Kolísá jejich intenzita?

Pokud ano, v souvislosti s čím?

Existují nějaké vyvolávající příčiny?

Co považuje pacient za důvod vyšetření, jaké sám rozpoznává příznaky?

Jaké jsou další příznaky nemoci? Dle vašich doplňujících cílených otázek na psychopatologii.

Jaké mají příznaky důsledky pro život pacienta? Omezují jeho schopnost pracovat, žít v partnerském vztahu, věnovat se svým oblíbeným činnostem?

Psychopatologický rozbor

V této části popisujete jednotlivé psychické funkce pomocí psychopatologických termínů a uvádíte příznaky, kterými pacient trpí. Tato část by měla zrcadlit Nynější onemocnění – tj. příznaky, které zde uvedete, byste měli mít popsány v Nynějším onemocnění.

Popište vědomí (vigilitu, luciditu), orientaci (místem, časem, osobou, situací), psychomotorické tempo a psychomotoriku, vnímání, emotivitu (přiměřenost situaci, bohatost rejstříku emocí, převažující náladu), myšlení (dynamiku, strukturu, obsah), pudy (obživný, sexuální, sebezáchovný), paměť (bezprostřední, krátkodobá, dlouhodobá), pozornost, intelekt, osobnostní rysy, náhled nemocnosti.

Obvyklé termíny používané při normálním nálezů: vigilní, lucidní, orientován všemi směry, psychomotorické tempo v normě, vnímání bez poruch, emotivita přiměřená, nálada normoformická, bez úzkosti, strachu, myšlení koherentní, bez bludů, obsesí, bez suicidálních myšlenek či tendencí, paměť a pozornost bez klinicky zjištěných změn, intelekt odhadem v normě, nosognoze.

Syndromologická diagnóza

Nyní na základě převažujících příznaků uveďte, jaký je přítomný syndrom (např. depresivní, halucinatorní, paranoidní...).

Diferenciální diagnóza

Které nosologické jednotky připadají v úvahu u daného syndromu? Co pro kterou možnost mluví a co mluví proti?

Nosologická diagnóza

Diagnóza, kterou u pacienta stanovujeme. Teprve na základě nosologické diagnózy určujeme terapeutický plán (už jsme zmínili, že jinak léčíme pacienty s depresivním syndromem v rámci Rekurentní depresivní poruchy, Bipolární afektivní poruchy, Organické depresivní poruchy, depresivního syndromu jako následku dlouhodobého abusu alkoholu, či v rámci reakce na závažné životní události).

„Minikazuistika“: Jak prezentovat pacienta

Při prezentaci pacienta kolegům se snažíme postihnout nejdůležitější informace tak, abychom umožnili pochopení případu bez zahlcení detaily.

Nejprve uveďte **základní anamnestické informace** tak, abychom si dokázali představit životní situaci a osobnost pacienta. Zmiňte jakékoliv zátěžové situace v životě pacienta, a jak na ně dotyčný reagoval, tj. události v raném dětství, jako je týrání, zneužívání, zanedbávání, ztráty blízkých osob, zapojení mezi vrstevníky, vztah k autoritám ve škole, v zaměstnání, narušené partnerské vztahy, apod.

Např.: šedesátiletá vdaná žena, vysokoškolsky vzdělaná, pracuje v oboru, matka dvou dětí. Premorbidně extrovertní rysy, tendence k úzkostné reaktivitě v zátěži, aktivní, společenská. Bez zátěžových událostí v minulosti, bez rodinné zátěže pro duševní onemocnění.

Dále charakterizujte **průběh psychiatrického onemocnění**. Důležité je, zda se onemocnění v průběhu času nějak mění, zda probíhá epizodicky nebo chronicky, zda dochází k úzdravě a opakovaným relapsům, zda existují reziduální příznaky a jaký je jejich funkční význam, tj. zda ovlivňují schopnost žít v partnerském vztahu, pracovat, věnovat se svým oblíbeným činnostem apod. Existují nějaké faktory, které mohou způsobovat nepříznivý průběh – např. vysazování léčby, stresující faktory v partnerském vztahu, zaměstnání, somatický stav, zneužívání psychoaktivních látek?

Např. Ve 40 letech poprvé diagnostikována depresivní porucha, od té doby opakované epizody deprese, dosahuje plné remise, v rámci které je schopná podávat adekvátní výkon, nejsou významnější reziduální příznaky. Doposud nebyly zaznamenány epizody elevace nálady. V rámci udržovací léčby užívá lithium, které snáší bez výraznějších nežádoucích účinků, užívá je pravidelně.

Nyní popište **nynější onemocnění**, tj. v současnosti vyjádřené příznaky, rozvoj nové epizody atd. Důležité je zmínit, zda je přítomný nějaký vyvolávající faktor, resp. situace, v souvislosti s níž k rozvoji příznaků dochází. Dále zmiňte dynamiku současných potíží – dochází ke kolísání intenzity, v souvislosti s čím? Na rozdíl od chorobopisu je dobré při rychlé prezentaci případu kolegům používat přímo psychopatologické termíny, event. je možné je rychle demonstrovat na konkrétních případech, jak se u pacienta projevují. Začněte syndromem a pak vyjmenujte příznaky, které jsou přítomné.

Např.: Asi měsíc, v návaznosti na náhlý vznik závažného onemocnění dcery, postupný rozvoj depresivního syndromu, v popředí depresivní nálada, obtížně odklonitelná, ranní

pesima (nehůře se cítí ráno, večer vždy doufá, že zítra jí už bude lépe, což se příští ráno opět nevyplní...), depresivní obsahy myšlení (musí myslet jen na to, co je negativní, co ji trápí), autoakuzace (vyčítá si, že zanedbala výchovu dcery, kterou nevedla dostatečně k péči o své zdraví a tak zavinila její nynější nemoc), katathymie (v životě se jí nic nepodařilo, vybavuje si jen negativní vzpomínky, nic příjemného), hypobulie (velice těžko se přinutí k činnosti, ráno leží 2 hodiny v lůžku a nemůže se přinutit vstát a provést ranní hygienu...), exhausce (je vyčerpaná, nemá elán do dalšího života), hypohedonie (dříve příjemné aktivity jí teď nic neříkají), hypoprosexie (když čte knihu, musí se stále vracet zpět, aby věděla, o čem čte, nepřečte ani odstavec... selhává v 7-testu), snížená sexuální apetence (nemá zájem o intimní život, dotyky manžela jí jsou až nepříjemné...), bradypsychismus (oproti jejímu obvyklému tempu je zpomalená), taedium vitae (život už pro ni nemá cenu, nic jí už nečeká, snad by bylo lepší, kdyby nežila), bez konkrétních suicidálních myšlenek.

Na závěr se pokuste o nosologickou diagnózu, event. diferenciální diagnózu s tím, co svědčí pro kterou variantu.

V našem případě by šlo o Periodickou depresivní poruchu, současnou fází těžkou, bez psychotických příznaků.

Úplným závěrem by měl být **návrh dalšího postupu** – co je potřeba k ujasnění diagnózy? Jaká vyšetření? Objektivní anamnéza? Psychologické vyšetření? Vyšetření k vyloučení somatického onemocnění, které by mohlo způsobovat současné potíže? No a naposledy, jaký je **návrh terapie**?

V našem případě je diagnóza dlouhodobě stanovená, současné potíže zapadají do obvyklého klinického obrazu, nejsou přítomny projevy tělesného onemocnění, pacientka nezneužívá psychoaktivní látky. Pro léčbu aktuální epizody jsou lékem volby antidepresiva volená dle farmakologické anamnézy, kontrola hladiny lithia, event. další kroky léčby dle reaktivity.

Vyšetřovací metody v psychiatrii

Psychiatrie nedisponuje vyšetřovacími metodami, které by bylo možné využít k diagnostice duševních poruch (s výjimkou metod klinické psychologie). Přesto využíváme mnohé metody v rámci diferenciálně diagnostického procesu k vyloučení organických duševních poruch či poruch vyvolaných užíváním psychoaktivních látek a to zejména v případech, kdy je netypický klinický obraz či suspektní příznaky pro organické onemocnění mozku. V tomto případě by nám mělo napomoci základní neurologické vyšetření, které by měl být psychiatr schopen provést v rámci prvního komplexního vyšetření.

Zejména náhle změny stavu s doprovodnými poruchami vědomí by měly být adekvátně vyšetřeny, hrubou patologií odliší CT, jinak je pro psychiatrii více informativní MRI. Jako nejdostupnější vyšetřovací metoda, která může odhalit organické postižení CNS (jak ložiskové, tak difuzní procesy, jak morfologické tak funkční změny), je stále nejčastěji používáno EEG.

Dnes se stává standardem detailní vyšetřování případné organicity u prvních výskytů závažných duševních nemocí, jako je schizofrenie či afektivní poruchy. Indikujeme zobrazovací metody, serologické vyšetření na neurotropní viry, borrelii, u demencí navíc zjišťujeme event. přítomnost příčin reverzibilních syndromů demence, jako je deficiencie vitamínu B12 či kyseliny listové, neurosyfilis, apod.

Z toxikologického vyšetření využíváme detekci psychotropních látek z moči – vzhledem k většinou krátkému poločasu jejich výskytu v moči (výjimkou je THC) můžeme usuzovat na rozvoj psychických příznaků v souvislosti s akutní intoxikací psychoaktivní látkou.

Z laboratorních metod, které jsou specif. pro psychiatrii využíváme stanovování hladin některých léčiv (lithium, valproát, karbamazepin) v séru, podle kterých řídíme jejich dávkování. Dále je u některých léků doporučováno pravidelně sledovat, zda se nevyskytují jejich závažnější nežádoucí účinky – proto se sleduje krevní obraz při léčbě karbamazepinem a klobazepinem (riziko agranulocytózy), jaterní testy při léčbě valproátem a karbamazepinem. U antipsychotik druhé generace (AP II) se doporučují sledovat parametry metabolického syndromu X, EKG (zejména QTc a zejména u některých AP II). EEG je doporučováno při léčbě klobazepinem a lithiem pro jejich epileptogenní působení.

Léčba v psychiatrii

Poznámky o farmakoterapii

Na tomto místě nechci probírat, jak se léčí jednotlivé duševní poruchy – k tomu existují standardní učebnice. Zmíníme jen několik důležitých informací.

Psychofarmaka dokážou ovlivnit symptomy četných poruch. U některých by bez psychofarmak ke spontánní úzdravě docházelo jen zřídka (schizofrenie) či by k tomu docházelo mnohem později (depresivní, manické příznaky). Psychofarmaka umožnila obrovskému množství duševně nemocných žít svůj život v „normálních“ podmínkách, tj. umožnila jim bydlet samostatně, pracovat, mít smysluplné partnerské vztahy apod., což před érou psychofarmak nebývalo možné a lidé se závažnými duševními poruchami byli dlouhodobě internováni za zdmi velkých psychiatrických ústavů. Psychofarmaka však nedokážou duševní nemoci vyléčit, tj. zajistit, že se již příznaky nikdy nevrátí. Díky tomu se u pacientů často vrací duševní potíže, pro které jsou opakovaně hospitalizováni. Dlouhodobá psychofarmakoterapie určitých nemocí však snižuje riziko návratu potíží, resp. snižuje frekvenci relapsů – toto platí např. pro schizofrenii či afektivní poruchy. Význam psychofarmak je tedy v tom, že zkracují trvání akutních příznaků a snižují riziko relapsu. Z toho důvodu je však nutná pravidelná a dlouhodobá terapie, pro kterou je nutná dobrá spolupráce s pacientem, velmi žádoucí je náhled nemocnosti a pochopení důvodů, proč léky dlouhodobě užívat.

Druhá poznámka se týká rychlosti nástupu účinku psychofarmak – kromě benzodiazepinů neznáme léky, které by měly okamžitý efekt na duševní poruchy. Většinou jde o horizont týdnů – zda účinkují antidepresiva či antipsychotika hodnotíme nejdříve po 4 týdnech podávání účinných dávek! Bohužel, doposud nedokážeme odhadnout, kdo na jaké antidepresivum/antipsychotikum odpoví. Proto při nepřítomnosti odpovědi po 4 týdnech podávání volíme jinou látku a čekáme opět 4 týdny. *(přibližně lze říci, že na první antidepresivum odpoví cca 60% pacientů, na druhé 60% ze 40% zbývajících. Někteří pacienti reagují na 3., 4. či 5. kůru – jde o farmakorezistentní pacienty, které je obtížné léčit a kteří někdy na zmírnění potíží čekají i několik měsíců. Takoví pacienti jsou indikováni i pro jiné než farmakologické přístupy – viz dále.)*. V současné době existují první experimentální práce, které naznačují, že by bylo možné predikovat účinnost již dříve. Zatím však ještě nejde o širěji akceptované postupy. Z těchto důvodů je důležitá farmakologická anamnéza, tj. čím již byl pacient léčen, na který léčebný postup reagoval a které postupy naopak selhaly – tyto údaje evidentně zkracují dobu do nástupu účinku léčby a zkracují i délku hospitalizace.

Poznámky o psychoterapii

Psychoterapie je léčba pomocí vědomě aplikovaných psychologických metod. Tato obecná definice se používá proto, že existuje překvapivé množství škol a směrů, pro které se těžko hledá jednotící charakteristika. Ať už si pod psychoterapií představíme cokoliv, je nutné vědět několik základních věcí.

Jednak, psychoterapie je proces. To znamená, že k tomu, aby někdo změnil své chování, je potřebný určitý čas a pravidelnost. Přesto se lidově říká, že si má člověk o svých problémech jít „popovídat s psychologem“. To implikuje, že jednorázový pohovor s psychologem dokáže „vyléčit“ jakékoliv potíže. Opak je pravdou.

Dále, psychoterapie není vhodná pro každého. V první řadě člověk musí být **motivován** psychoterapii podstoupit, tj. pravidelně, po dobu minimálně několika týdnů navštěvovat psychoterapeuta a mluvit o svých potížích, resp. svých myšlenkách a pocitech, vztazích, plánech... (Takoví nejsou všichni pacienti a podobně jako je to obecně známo u léčby závislostí, nemotivovaným lidem žádná léčba nepomůže. Svou roli hraje i dostupnost psychoterapie – ať už je to dáno dostupností psychoterapeuta či praktickými problémy pacienta a jeho preferencemi. Mám zkušenost z praxe v okresním městě, kde pacienti, jejichž potíže by byly vhodné pro psychoterapii, často volili farmakoterapii, protože jejich zakázkou bylo „pomožte mi, ať je mi alespoň trochu lépe a dokážu dál pracovat“ – tedy nestáli o vyléčení, ale o co nejjednodušší a nejrychlejší pomoc, která jim alespoň trochu uleví a umožní jim tak věnovat se dále své práci, resp. hospodářství.). Dále je nutná určitá **úroveň intelektu**, tak, aby byl člověk schopen pružné adaptace prostředí, změny (mentálně retardovaní či dementní lidé toho většinou schopní nejsou). Alespoň pro určité druhy psychoterapie je nutné, aby byl člověk schopný **vhledu** do svého duševního dění, aby rozuměl svým pocitům a dokázal je rozpoznat, aby byl schopný sledovat své myšlenkové pochody. Tyto vlastnosti nesouvisí s úrovní intelektu, existují vysoce inteligentní lidé, jejichž emotivita je značně nediferencovaná, lidově lze říci, že jsou emočně tupí, odborně se používá např. termín alexithymie, který odráží neschopnost rozpoznávat emoce a jejich význam.

Dalším faktorem, který rozhoduje o tom, zda a jaká psychoterapie je vhodná, je diagnóza, resp. charakter osobnosti: např. pro těžší poruchy osobnosti (hraniční poruchy osobnosti) či psychotické poruchy nejsou vhodné tzv. hlubinné přístupy (psychoanalýza a jí příbuzné metody...), naopak tito lidé vyžadují přístupy, které je kotví v realitě. To neznamená, že pro tyto pacienty neexistují žádné psychoterapeutické přístupy, že by u nich byla psychoterapie kontraindikovaná. Jsou však pro ně vhodnější přístupy jako je kognitivně-

behaviorální terapie či podpůrná (např. z psychoanalýzy vycházející) psychoterapie.

Jak již bylo řečeno, existuje obrovské množství psychoterapeutických škol, které se liší svou teorií, pomocí které vysvětlují původ duševních potíží, či obecně modelem psychiky a dále terapeutickými přístupy. V dnešní době jsou nejrozšířenější kognitivně-behaviorální terapie, psychodynamická terapie a ostatní přístupy vycházející z psychoanalýzy a gestalt terapie. V našich podmínkách se však setkáte i s logoterapeuty, jungiány, rogeriány, v pedopsychiatrii je velmi oblíbená systemická psychoterapie. Lékařům (alespoň těm, kteří alespoň někdy slyšeli o Pavlovovi; o Skinnerovi nejspíš neslyšel nikdo...) je asi nejbližší kognitivně-behaviorální terapie, protože vychází z teorie učení a behaviorální psychologie. Ta má dnes také nejlépe prokázanou účinnost na značné množství diagnóz, její postupy často dokážou zmírnit potíže v poměrně krátkém čase (v horizontu týdnů) a proto je dnes velmi populární. Ostatní, zejména z psychoanalýzy vycházející přístupy však KBT kritizují pro její pouhé zaměření na příznaky bez ohledu na jejich příčiny, které se pak v další zátěžové situaci opět projeví, často jinými příznaky. Hlubinné, zejm. z psychoanalýzy vycházející přístupy se naopak snaží odstranit příčiny (osobnostní rysy, intrapsychické konflikty...) s předpokladem, že příznaky pak odezní samy. Díky tomu, že se nezaměřují na příznaky, je obtížné konstruovat klinické studie, kterými se ověřuje účinnost léčebných přístupů.