

## Obecná psychopatologie

### Úvodem

OP se zabývá poruchami jednotlivých funkčních systémů psychiky; tyto systémy jsou však izolovány jen „na papíře“, didakticky, ve skutečnosti jsou všechny nedílnou součástí systému psychiky; do jisté míry je sice možné, že např. postižení mozku v určitých jeho partiích způsobí potíže právě v některé izolované oblasti psychického fungování, nelze však uvažovat o jednoznačné kauzalitě; k příkladu: je časté, že postižení – úraz, tumor...– některých částí se kompenzuje funkcí zbylých částí; samo oddělení psychických struktur je často didaktické – např. pozornost úzce souvisí s pamětí, vnímáním, emocemi či přímo s celkem osobnosti jako integrativním systémem. Jeden druh symptomu může také být výrazem postižení různé etiologie – např. porucha vnímání může souviset s úrazem, intoxikací, očekáváním..., podobně emoční porucha může nastat v důsledku somatického onemocnění (depressivní ladění části kardiaků či části astmatiků), stejně jako může být projevem situační neurotické reakce anebo i psychotického onemocnění.

Jinými slovy – OP je vlastně symptomatickou psychopatologií, zabývá se symptomy, příznaky poruch, nikoli poruchami samými (o poruchách uvažujeme jako o syndromech – typických nahromaděních příznaků charakteristických pro určitou nemoc, typických kombinacích). Vlastní poruchy, reálně se vyskytující, mající své specifické příčiny a průběh, vyžadující určitý přístup či terapeutické působení, vázané na osobu, nikoli jen na teoretický klasifikační systém, jsou předmětem psychopatologie speciální.

Obecná psychopatologie však ještě proto není zbytečná – je důležité vyznat se v příznacích, aby mohly být vnímány syndromy, je to jakýsi „stavební materiál“ pro oblast speciální pspat.

Obecná pspat. přináší ještě jednu zvláštnost – některé popisované jevy vlastně vůbec nemusejí být patologické, jde o jevy běžně se vyskytující (o subjektivní zvláštnosti lidské psychiky, které ne zcela přesně odpovídají okolní realitě –např. paobrazy, zrakové klamy), o záležitosti příliš běžné na to, aby byly samy o sobě chorobné (např. iluze, výkyvy nálad) – o „nepatologické psychopatologii“ viz např. klasickou Freudovu „Psychopatologii všedního života“, o případy, kdy záleží na jejich klasifikaci společností (např. problém homosexuality); pouhý název látky „psychopatologie“ by nás tedy neměl zavádět v tom smyslu, že každá jednotka jeho obsahu je „vždycky špatně“.

Tento text je neúplnou učební pomůckou, nejde o skripta, spíše o učební osnovu či rozšířený slovníček pojmů, s nimiž se v obecné pspat. pracuje. Je členěn do kapitol podle jednotlivých subsystémů lidské psychiky, jejichž oddělení je však do značné míry pouze didaktické – může se tedy např. stát, že jeden jev je zmíněn z různého úhlu pohledu vícekrát. „Kapitoly“ obsahují názvy a popis **klasifikačních jednotek** (vytištěno tučně a kurzívou, popř. *podrobnější příklady jednotek* – kurzívou) ale i příbuzné **pojmy** a teoretické koncepty (vytištěno tučně). Ne vše je potřeba se učit, to, co je ale opravdu **podstatné** a důležité, je zvýrazněno podtržením.

Pro stručnost je místy využito zkratk: MD = maniodepresivita, SCH = schizofrenie, EPI = epilepsie apod.

## 1. poruchy vnímání (percepce)

- **paobrazy**
- **smyslové klamy** (lžička ve vodě, dva profily, dvě úsečky...)
- **eidetismus, eidetická vloha** (schopnost velmi dobře popsat to, co určitou dobu pozoruji – pexeso s dětmi...)
- **synestézie**
- **idiosynkrazie**: intenzivní zážitek nelibosti při určité modalitě podnětu (skřípání...)
- **pareidolie**: vkládání významu do pův. bezobsažného materiálu (mraky, kouř, Rorschachův test...)
- **živá představivost**: ztráta plného náhledu, že jde o představu; využívá se v imaginacích, běžně u hysterických či hypersenzitivních osob
- **halucinace**: „... smyslový dojem, nepodmíněný ze zevnějšku, chorobné přesvědčení o existenci vnímaného a patický postoj k tomuto domnělému vjemu“ (Mysliveček, 1957) Rozlišujeme halucinace a *pseudohalucinace* podle druhých dvou kritérií; h. jsou růz. původu (delirantní obluzené vědomí, intoxikace, psychóza), vždy poměrně závažné (obzvl. u psychózy), neboť signalizují vážnou poruchu a mohou vést až k tragickému jednání (imperativní h.) Členíme je jednak podle komplexnosti na *elementární* (*foto*, *vize*, *akoasmata*), odpovídající jedné smyslové modalitě a *komplexní* (čert se zjeví, mluví a smrdí). Podle dalších kritérií (modalit, projevů) se popisují a) *zrakové h.*, b) *sluchové h.* - záslechy (akoasmata), neverbální, verbální, imperativní; antagonistické h.; též *čtení myšlenek*, *vyzrazování myšlenek*, c) *čichové* (olfaktorické) a chuťové h., d) *hmatové*, dotykové, taktilní, haptické h., e) *útrobní*, cenesestetické, viscerální h. (vč. halucinace posedlosti), f) *pohybové*, motorické, kinestetické h., g) *verbálně – motorické, grafomotorické h.*, i) *inadekvátní h.*, j) *extrakampinní h.*, *hemianoptické h.*, k) *reflektorické h.* (jediným smyslem vnímá, asociativně vyvolává jiný smyslový vjem), l) *asociované h.*, m) *negativní h.* - os. nevidí, co má vidět;
- **pseudohalucinace**: dojem smyslového vjemu, ale je i vědomí, že jde o přelud či chorobný projev
- **hypnagogní, vigílagogní h.** – vznikající při usínání či probouzení, nejsou chor. příznakem
- **iluze**: přidávají se cizí, neskutečné vlastnosti skutečně vnímanému (analogicky jako pseudohalucinace se vyskytují i **pseudoiluze** – sem patří i „chybné výkony“ v senzoričké oblasti)

## 2. poruchy pozornosti

- pozornost je určitý víceméně záměrně *zostřený stav vědomí* nebo *zaostřeně vnímání*; může být zaměřena stejně dobře navenek, jako do nitra; v rámci pozornosti rozlišujeme ještě několik specifických schopností:

**selektivita** = výběrovost; sch. poupat se jen na ty obsahy, kt. jsou vhodné pro daný okamžik  
**tenacita** = ulpělost; umožňuje ulpět jen na určitém předmětu a nenechat se odvrátit jinam (míněna je především v rovině času; jak dlouho)  
**vigilita** = bdělost; naopak umožňuje registrovat nové přicházející podněty, obracet se k nim  
**koncentrace** = soustředěnost; síla, s jakou je pozornost zaměřena urč. směrem (kvalita; jak moc, jakým způsobem)  
**iritabilita** – označuje podnětový práh, minimální možnou intenzitu podnětu, aby vzbudil naši pozornost  
**kapacita (extenzita)** = rozsáhlost obsahů, kt. poz. pojme v jednom okamžiku (+selektivita = **distribuce** = schopnost sledovat více vybraných věcí v daném okamžiku)

- též je důl. si uvědomit, že pozornost má svou volní i bezděčnou složku. Pro úroveň pozornosti je důl. motivace, je ale časté, že intervenují nemotivované emoce, pak může být pozornost zaměřena dokonce i protivolně. Na udržení pozornosti se podílí ještě řada dalších mechanismů, velmi důležitá je úroveň bdělosti. **Stav pozornosti** závisí i na **konstituci** (temperamentu – můžeme např. rozlišovat extravertovanou a introvertovanou pozornost), momentálním **stavu organismu** (únava, intoxikace), mění se během **vývoje** (s věkem) – děti mají většinou dobrou vigilitu ale slabší tenacitu, ve stáří je tomu spíše naopak; váže se též na specifické poruchy (autisti – obrovská tenacita na někt. věci, hyperkinet. syndrom –horší koncentrace...); p. pozornosti se pozná např. i v poruchách řeči, myšlení nebo chování – rozbíhavé a zabíhavé myšlení..., velmi patrný je pak vliv poruch vědomí (zastřené, oblužené v. se s dobrou pozorností prakticky vylučuje); časté jsou také poruchy chování při neurózách (obzvl. neschopnost koncentrovat poz.), na pozornosti s podepíše i stres. Stav pozornosti ovšem do značné míry (především v normě, tam, kde nejde o přímé postižení konkrétní poruchou) závisí na **procvičování**;

- **hyperprosexie**: zvýšení pozornosti; není to nic tak žádoucího, jak by se na první pohled zdálo. Většinou se jedná o selektivní zostření pozornosti – např. *paranooidní* člověk má zostřenou pozornost na obsahy, které by ho mohly ohrožovat, ovládací myšlenka znamená v jistém smyslu introvertovanou předimenzovanou pozornost ve směru dané myšlenky, *neurotickým rysem* může být i přílišné zaměření na to, co nám vadí (podobně jako idiosynkrazie, ale spíše na rovině složitějších mentálních operací, než pouze vnímání). Také u *manického syndromu* dochází často ke zvýšení iritability, tenacity, distribuce pozornosti, ale na úkor kvality – pozornost bývá labilní, silně osciluje. Časté jsou také perseverace (ulpívání) u pacientů s nejrůznějšími druhy *organického postižení* (zde ale dochází na druhé straně i k značné *dekoncentraci* pozornosti). *Psychostimulancia* zvyšují většinou kapacitu pozornosti a iritabilitu, ale většinou na úkor koncentrace pozornosti.

- **hypoprosexie**: snížení pozornosti (opět celkové nebo selektivní). Celkové snížení časté u *demencí*, může být i u *deprese* (tam ale může dojít i k selektivnímu zvýšení např. na obsah mikromanických bludů), též u *torpidních oligofreniků*. Snížení koncentrace je někdy přítomno u neuróz; hypop. lze navodit i *farmaky* – barbituráty, neuroleptiky – tam to souvisí s celkovým útlumem; **aprosexie** je stav takového snížení pozornosti, že už se nadá hovořit o snížení, lépe je nazývat to absencí pozornosti.

- **paraprosexie**: je nesprávné zaměření pozornosti – např. u *schizofreniků* a *schizomorfních poruch* dochází k jednostranné orientaci na obsah bludů nebo bývá pozornost zaměřená autisticky, zatímco ve směru do reality je těžce oslabená (pokud zrovna realita nějak nenahrává bludu).

- z běžného jazyka bychom mohli „vytáhnout“ jedno označení pro poruchu pozornosti – **roztržitost**. Zde jde o komplexní poruchu, vznikající spíše jednostranným zaměřením při nedostatku distribuce, popř. vigility a iritability.

### 3. poruchy paměti

- obecně: na paměť nahlížíme z několika hledisek – rozeznáváme např. paměť **fylogenetickou** (nepodmíněné reflexy, složitější instinkty) a **ontogenetickou** (danou jedincovým vývojem); používáné je členění paměti (ted' už jen ontogenetické) v souvislost s **časem, trváním** obsahu paměti – zde např. p. **krátko-** (několik s), **středně-** (dny) a **dlouhodobá** (roky; p. pro vzdál. události); dosti důležité je také rozlišení paměti **procedurální a deklarativní**. **P. p.** je především implicitní, neuvědomovaná a složená především z dovedností či obecně procedur (dovednosti, zvyky...) **D. p.** je uvědomovaná, explicitní, realizuje se verbální (pojmy, výroky) a neverbální (představy) složkou. Proced. paměť je i ontogeneticky starší (pro absenci deklarativní paměti v prvních letech života si např. nepamatujeme své rané zážitky, které se ale na našich procedurálních znalostech podepisují).

- na paměť můžeme pohlížet z hlediska fází jejího průběhu- nejčastěji se rozlišuje f. **zapamatování (vstípení), zadržení (retence) a vybavení (reprodukce)**. Rozlišit ještě můžeme retenci v užším smyslu jako sch. udržet, fixovat paměťové obsahy a konzervaci –tj. schopnost udržet je beze změny; **můžeme si všimnout i modalit paměti** (jednotlivé senzory, asociační pamatování, mechanická paměť, logická paměť); podobně jako pozornost může být i paměť **motivovaná i nemotivovaná**; paměť jako kognitivní subsystém má svůj specifický **vývoj** – v dětství lepší vstípenost, ve stáří zachovalá paměť pro starší obsahy, ale vstípenost slabá...

- vlastní p. paměti můžeme si rozdělit na **defekty a poruchy** - defekt může být získaný nebo vrozený, asi nejvýraznější je paměťová *deteriorace* při demenci, poruchy paměti bývají přechodné a reverzibilní (zvrátelné). Dále můžeme rozlišovat poruchy **kvantitativní a kvalitativní**.

#### 3.1. kvantitativní poruchy paměti:

- **hypermnézie**: nepřiměřené zapamatování se může vyskytovat u některých *neuróz* (tam bývají až protivolebně nepřiměřeně zap. nepříjemné obsahy), u *paranoidní* problematiky, kdy jsou nepřiměřeně zap. obsahy související s bludem. U *mánií* i při působení některých *psychoaktivních (psychostimulačních) látek* bývá neselektivní zvýšení výbavnosti, ale na úkor přesnosti, event. uspořádanosti obsahu; **relativní hypermnézie** je popisována především u mentálně retardovaných, kteří někdy mají paměť relativně na mnohem lepší úrovni než ostatní složky kognice

- **hypomnézie**: snížení paměťových schopností - může být selektivní nebo globální. Mezi faktory, kt. působí hypomn. patří *organická postižení, především demence, únava, stres, neurotické poruchy, dále i intoxikace a farmaka – některá psychofarmaka* (anticholinergika, hypnotika), *cytostatika, někt. antibiotika, alkohol*; z dalších nox (příčin) např. *elektrošok*.

**Selektivně** bývá postižena nejčastěji *vštipivost* – nejvíce u *demencí*, kde toto postiž. někdy vede až k tzv. *amnestické dezorientaci*, kt. bývá často provázána produkcí *konfabulací* (Alzheimer, Korsakov). U vaskulárních demencí často s por. vštipivosti kontrastuje relat. zachovalá *retence*. U *neuróz, depresí, únavy* bývá často průvodním jevem porucha výbavnosti (sem patří i tzv. efekt „mám to na jazyku“).

- **amnézie**: ztráta paměti, zpravidla časově ohraničená; Může být úplná nebo pouze selektivní, může být dočasná (časem se paměť na daný úsek obnoví) nebo také trvalá. Velmi často vzniká při *por. vědomí kvantit. typu* – častá je např. iniciace bezvědomím při úrazu hlavy. Je-li amn. postižen i úsek před úrazem, hovoříme o *a. retrográdní*, po úrazu – *anterográdní*.

Amn. může být na urč. čas. úsek **kontinuální nebo ostrůvkovitá** – tento případ je častý při amn. způsobené *deliriem*. Též vzpomínky na průběh dění při *alkoholové intoxikaci* mohou být přerušovány tzv. **okénky – palimpsesty**; selektivní amn. vznikají často též *vytěsněním* nějakého nežádoucího (nepříjemného, společensky neúnosného) obsahu, což je typické u *hysterických osobností*.

Může se vyskytnout též tzv. **tranzitorní globální amnézie** či **psychogenní amnézie** u osob s *organickým postižením* po působení nějakého stresogenního podnětu; **dissociativní amnézie** bývá průvodním jevem dalších diss. projevů – obzvl. tzv. *dissociativní fugy* – útěku, toulavosti, kdy se postižený chová pseudoúčelně, takže není nápadný.

### 3.2. kvalitativní poruchy:

- **paramnézie**: zkreslení paměť. obsahu, takže si vybavujeme něco jiného, než se skutečně stalo; navzdory nepřesnosti je pocit určitosti, přesnosti vybavovaného.

- **vzpomínkový klam**: patická paramnézie, nevývratné přesvědčení, že něco nějak a někdy bylo, zatímco ono to tak vůbec nebylo (ani náznakově se to nestalo). Typické pro *psychózy*

- **ekmnézie**: nepřesná časová lokalizace jinak správně vybavené vzpomínky

- **kryptomnézie**: neuvědomělý plagiát

- **pseudologia phantastica** (bájeví lhavost) není vlastně typická porucha paměti; je to bohatá produkce představ, fantazií, vžívání se do zajímavých zážitků, v nichž je nositel v hlavní roli; u *hystericky* stavěných osobností, časté též *v dětském věku*.

- z okrajových fenoménů zmiňme též **konfabulaci**, která vzniká jako domyšlení úseků událostí, na které má člověk amnézii (opět to ale nebývá uvědomované domyšlení).

## 4. poruchy myšlení

O myšlení platí dvojnásob to, co platí obecně – totiž že funkce (vč. poruch) jednotlivých systémů nemůžeme ostře oddělovat, že veškeré oddělování je jen didaktické či k potřebám klasifikace. Myšlení úzce navazuje na vědomí a vnímání, v myšlení se odráží osobnost jako taková (nemůžeme si pod myšlením představit pouze inteligenci, jde o celkový směr a způsob myšlení – zde se odráží celkový *kognitivní styl* člověka. U zdravých i nemocných navíc myšlení hodnotíme především podle řeči, podle toho, co a jakým způsobem nám sdělují, nemůžeme se ale obejít ani bez ostatních projevů chování (od úrovně manipulace např. s testovým materiálem po složité sociální projevy). Nemůžeme se totiž spoléhat pouze na spolehlivost sděleného, navíc tu může být vědomá motivace něco zastrčit (asi tím větší, čím nižší je důvěryhodnost adresáta v očích sdělujícího).

### 4.1. Kvantitativní poruchy myšlení:

#### 4.1.1. poruchy tempa myšlení:

- **bradypsychismus, útlum myšlení**: celkové tempo myšlení je pomalé – pomalá řeč, dlouhé latence, namáhavé myslet i o jednoduchých věcech, myšlení působí potíže, snadná únava. Může být až neschopnost mluvit (**mutismus**). Determinující tendence je však zachována, pouze oslabena. Vyskytuje se *při prosté únavě, u demencí, oligofrenie, obzvl. u depresivních stavů*.

- **tachypsychemus, překotné myšlení**: celkově zrychlené; opačný princip, někdy nastává i **myšlenkový trysk**, v řeči tzv. **logorhea** – člověk mluví rychle a mnoho, může být i tzv. **pseudoinkoherece** - zdánlivě to nedává ani smysl, ale je to jen rychlostí, rozhodně není inkoherece prvotní potíží; výbava představ je na rozdíl od předchozí por. usnadněna, je často zesílena emočními vlivy, náhodnými asociacemi, často i povrchními, které přinášejí nová a nová témata, nápady. Pokud se to člověku nevyvmkne z rukou, může to být i přínosné, častá je ale ztráta determinující tendence, schopnost cokoli dokončit, povrchnost vytlačuje kvalitu.

Typické pro *manické poruchy nálady, pro hypománii*, při lehkých *intoxikacích alkoholem* popř. jinými drogami, v *euforii*, při šťastném zážitku (výhra...).

#### 4.1.2. kvant. p. m., kde nepřevažuje p. tempa:

- **roztržité myšlení**: rušené nějakým problémem, podnětem, ovládací představou, což znemožňuje se soustředit. Dominující nebo ovládací představy mohou být normální (jen prostě aktuálně hodně důležité) i patologické (blud).

- **zabíhavé myšlení:** pokračuje sice k urč. cíli, ale se strašně moc odbočkami. Často odráží *nedostatky intelektu*, kdy člověk nedokáže prostě zvolit to důležité, může souviset i s *kognitivním*.
- **ulpívavé myšlení (perseverace):** člověk ulpívá na slově, větě, tématu, kt. se stále vrací. V normě při únavě, v útlumovém stádiu opilosti a v podobných stavech, v patických případech především u *organických* onemocnění (nebudu vše vypisovat).
- **nevýpravné myšlení:** subjekt se stále obírá jednou záležitostí, stále se točí kolem jedné myšlenky - v normě u starších lidí (i v rámci normálního stáří), při *nedostatku podnětnosti*, časté u *oligofrenií*.

#### 4.2. Kvalitativní poruchy:

- **myšlenkový záraz:** najednou, často uprostřed věty či slova, s celk. výpadkem kontaktu. Časté u *schizofrenií, epilepsií* (petit mal).
- **dominantní myšlenka:** některá myšlenka je silnější než všechny další (může být patická i normální); blíže k patickým projevům má
- **ovládavá představa:** např. obsedantní, paranoická
- **porucha symbolů:** není příliš jasné, kde se bere, může být u schizofrenií, u oligofrenií – vážně je bráno to, co se míní jen symbolicky (přísluvi)
- **podvržené myšlenky:** pocit, že moje myšlenky nejsou moje. Typické při tzv. *intrapsychických halucinacích*, ale i při jiných problémech
- **nesouvislé (inkohorentní, roztržštěné) myšlení:** tok myšlenek odráží rozvolnění asociací, ztrácí se obsahové souvislosti. Dle Myslivečka dva typy: **1) zmatené myšlení** – doprovází *obluzené vědomí* (horečnaté blouznění...), vjemy se často mění v iluze, střídají se růz. emoce, soudnost otupena, vědomí má snový (oneirický) charakter, subjekt je při vzniku představ prakticky pasivní; **2) roztržštěné myšlení** – vědomí je zachováno, skladba myšlenek porušena, často ovlivněna „soukromou logikou“;
- **autistické (dereistické) myšlení:** unášené volně vlastní fantazií bez ohledu na skutečnost a zkušenost. V normě jako denní snění, patické tehdy, nelze-li je přerušit, popř. setře-li se hranice mezi fantazií a skutečností;
- **magické (symbolické) myšlení:** přisuzuje jevům symbolický, tajemný, skrytý význam. U schizofrenie nebo v normě pod vlivem osobních nebo skupinových kulturních vlivů
- **katathymní myšlení:** v pozadí není myšlenka, ale potřeba „odžít si“ něco jiného, než jak se myšlenka prezentuje. Typické např. pro racionalizaci *xenofobií*.
- **obsedantní myšlenky:** mají blízko k myšlenkám dominujícím nebo ovládavým. Rozdíl je v tom, že u ovládavé nebo dominující myšlenky zná člověk důvod, proč je tak silná, ví, proč je např. tak silně emočně nabitá. Vnucují se do mysli a nedají se potlačit, brání soustředění, kontinuitě myšlení a jednání. Na rozdíl od bludů má člověk dojem, že to není v pořádku. Snahy bránit se takovému myšlení bývají doprovázeny zvyšováním úzkosti. Etiologie různá, vždy na základě *emoční poruchy či nevyrovnanosti* – u lidí *úzkostlivých, pořádkumilovných a přesných, nebo u závažných poruch (maniodepresivita, schizofrenie). Těž neurózy.* Mírné formy velmi časté, neměly by činit větší problémy. těžší formy mohou být dost nepříjemné, mohou vést až téměř k invalidizaci (a to i na neurotickém základě). Mohou se projevovat v několika nejčastějších formách: **1) chorobná nejistota a pochybnosti** (zamkl jsem, vypnul všechno...); rituály se ale opakují. **2) chor. tázavost a hloubavost** (až intelektuální přezvykování) – pochybování převeliké a přepalčivé, k nevypravnosti leckdy vedoucí. **3) kontrární myšlenky** (smát se na pohřbu, skočit z rozhledny, říct něco strašně, ale strašně sprostýho) – něco, co odporuje očekávání okolí nebo skutečnému založení člověka. **4) fobie** – celá řada; často rozvinuto až v panickou úzkost, která (sociálně) invalidizuje, poměrně rozšířená porucha; je třeba rozlišit **obsese a kompulze** (**obsese** je myšlenka, **kompulze – anankasmy** – jsou konkrétní poruchy v jednání, které mají obsesi neutralizovat, ale je to stejně nesmysl).

- **bludy:** „Blud je *mylné přesvědčení*, vzniklé z chorobných duševních předpokladů na *chorobném psychotickém podkladě*, kterému nemocný *chorobně věří* a které má *patický vliv na jeho jednání*“ (Mysliveček, 1957); definice je několikastupňová, podobně jako již uvedená definice halucinací; bludy mají s halucinacemi i jiné společné prvky: - blud může vznikat na podkladě halucinovaného (imperativní h. ...), může halucinaci doprovázet („vysvětluje“, proč člověk najednou vidí něco neobvyklého), může však možná i h. vyvolávat – zde půjde však spíše o vyvolání iluzí aj. chorobných projevů.

Pouhé mylné přesvědčení je omyl, vliv na jednání má i pověra či víra, nic z toho však nemusí být na chor. podkladě, vliv na jednání nemusí být považován nutně za patický.

- s bludy úzce souvisejí poruchy emocí (např. strach, obavy při par. persekucním bludu; depresivní ladění a mikromanické bludy, mánie a bludy vývyšné apod.- zde se hovoří o **emoční bázi** bludu – předpokládá se, že bludy vznikají na podkladě psychotické poruchy emotivity; touto bází je *patická nálada* s různým obsahem – viz výše). Vždy však jde o poměrně typický příznak závažnějšího onemocnění či poruchy („Klasické“ bludy při psychózách, může ale být i blud v následku intoxikace či dekompenzované hraniční struktury os.).

- předpokládá se, že cesta od dispozice – emoční báze – k bludu je fázičká. Hovoří se o tzv. **krystalizaci** bludu: divné tušení --- „objev“ --- formulace bludného přesvědčení

- bludy bývají nevývratné; **nevývratnost** je dána a) emoční bází (a tedy základem jinde než v racionální či empirické rovině), b) druhotným potvrzením halucinacemi, ilusemi (i když souběžný výskyt není podmínkou), c) chybným výkladem reality (vč. nepříznivých postojů okolí, což je také druhotné potvrzení „správnosti“ bludného přesvědčení – zvl. u par. a mikroman. bludů).

- **vliv na jednání:** méně kategorická charakteristika – závisí na typu bludu, vývoji nemoci, premorbidní osobnosti pacienta, nicméně se nadá přesně odhadnout, kdy se něco zlomí (podobně jako u imperativní halucinace) a začne se to projevovat a třeba nebezpečně (třeba i po letech „pokojného soužití“ s bludem).

- bludy se mj. liší i v tom, do jaké míry jsou systematizovány

- **Kategorizace bludů:**

- a) **bl. vývyšné, megalomanické** (typická nálada: expanzivní, manická)  
 - **originární** (původu; vč. inkarnace)  
 - **inventorní** (vynálezecké)  
 - **výjimeč. schopností** (vč. omnipotentního bludu)  
 - **erotomanický** (že je nem. milován významnou osobou)
- b) **bl. úkorné, mikromanické** (typická n. depresivní, úzkostná)  
 - **hypochondrické**  
 - **autoakuzační** (morální nedostatečnost, provinění)  
 - **negační** (popírání sebe sama, světa, vlastních orgánů...)  
 - **ruinační** (+/-, ne nepodobné paranoidním, časté u starších osob)  
 - **pseudomegalomanické** (vypadají jako megalom., ale zvl., enormní schopnosti nejsou v tomto případě vůbec příjemná věc); b. **enormity** (zvláštních schopností; např. močit tak dlouho, až bude potopa světa), b. **eternity** (věčného života – *ahahsverismus*)
- c) **bl. persekuční** (typická vztahovačnost – na rozdíl od ruinačního bl. chybí prvotní depresivní činitel)

## 5. Poruchy vědomí

### zákl. pojmy:

- **bdělost (vigilita):** stav, kdy je CNS schopna adekvátně reagovat na podněty; b. je patrná na mnoha úrovních (biochemicko-molekulární, neurofyziologické, instinktivní, psychologické...)
- **vědomí:** schopnost uvědomovat si sama sebe, uvědomit si a správně zařadit a interpretovat vlastní vnitřní prožitky (tzn. správně určit původ vjemů, vzpomínek, myšlenek, snových zážitků... a časově je správně zařadit)
- **spánek:** fyziologická změna vědomí, opak bdělosti, někdy charakterizován jako cyklicky se opakující proces EEG změn; nREM fáze, REM fáze – asi 20% času (mláďata víc), provázen sny; spánková deprivace – celková (nedostatek spánku) nebo selektivní (rušením REM fáze) – vede někdy až ke stavům podobným dezorganizaci osobnosti

### 5.1. poruchy spánku:

#### 5.1.1. dyssomie:

- **insomnie:** 10 – 20% populace výskyt vzrůstá s věkem, asi v 80% souvisí s emoční poruchou (nezahrnují se lidé, kteří tolik psát nepotřebují); častá u MDP, dystymie, SCH, poruch osobnosti, u abuzérů, starších osob
- **hypersomie:** stav nadměrné denní spavosti, záchvatů spánku, prodlouž. přechodů k bdělosti (neurotici, os. s nadváhou, abuzéri, únava, MDP, SCH...)
- **spánková inverze:** převrácení rytmu spánek/bdění (ve stáří, při sklerot. změnách, po encefalitis, následek rozbití spánku rytmu...)
- **narkolepsie:** organicky podmíněné imperativní, náhlé záchvaty spánku (jen asi u 0,08% populace)

#### 5.1.2. parasomie:

- **somnambulismus:** kombinuje fenomény spánku a bdělosti, začíná v první třetině spánku, nejčastější u dětí 2 – 5 let; čl. chodí, jedná, nekomunikuje, nemění příliš výraz, provázeno amnézií! zvýš. riziko úrazu!
- **noční děsy (pavor nocturnus):** noční epizoda extrémního děsu – intenzivní křik, neklid, os. se posadí nebo vstane, nereaguje, též zmatenost, provázeno amnézií; trvání cca 1 – 10 minut
- **noční můry:** úzkostný sen, velmi dobře pamatován – živý, obs. ohrožení života, bezpečnosti nebo sebehodnocení, často se vracívá. U dětí i v souv. s emočním vývojem, u dosp. častější u osob s výraznější psychopatologií, často pod vlivem neuroleptik aj. psychofarmak, při vysazení hypnotik

**5.2. hypnóza:** uměle navozený změněný stav vědomí, EEG odpovídá bdělému stavu, ale vědomí je zúžené; kontakt se světem zajišťován přes hypnotizéra (tzv. "rourovité zúž. vědomí"); podmínkou je hypnabilita jedince, sugestibilita; na hypnot. prožitky bývá amnézie; je možno zanechat posthypnot. sugesci; využívá se v terapii – v léčbě psychosomatických onemocnění, v psychoterapii neurot. poruch apod.

### 5.3. poruchy vědomí:

#### 5.3.1. kvantitativní (zastřené vědomí):

- **somnolence:** zvýš. ospalost
  - **sopor:** nelze vzbudit, os. reaguje jen na bolestivé podněty
  - **kóma:** vyhasínají základní reflexy (vč. zornice přestávají reagovat na osvit)
  - **synkopa:** mdloba, mozková hypoxie; může být i psychogenní
- ! při každém bezvědomí bezprostředně ohroženo zdraví i život (riziko úrazu, udušení...)

**5.3.2. kvalitativní poruchy:** vigilita víceméně zachována, ale je alterována některá z psych. funkcí a tedy schopnost se identifikovat, integrovat podněty, tedy to, co dělá vědomí vědomím z hlediska kvality

#### 5.3.3. oblužené vědomí:

- **amence:** = zmatenost; dezintegrovaný obsah psychiky, porušené vnímání, iluse, halucinace, poruchy myšlení; může se vyskytovat krátkodobě (po úrazu...) i dlouhodobě (pozdější stadia demence...), pak často amnézie

- **delirium**: snížení bdělosti, pozornosti, dezorganizace myšlení, poruchy vnímání, spánku, zhoršení paměti, změna psychomot. aktivity, dezorientace; příčiny: hypoxie, epilepsie aj. poruchy, endokrinopatie, metabolické poruchy, horečky, infekce, sepse, otravy – průmyslové jedy, někt. léky, návyk. látky...; pac. musí být chráněn sám před sebou – kontinuální péče, při bouřlivém průběhu vhodné i omezovací prostředky

**5.3.4. mráкотné stavy**: obdobné deliriu, ale je zde náhlá ztráta i náhlý návrt vědomí, na dobu poruchy nejčastěji amnézie (příč.: úrazy, EPI, úžeh, hladovění, endogenní psychózy, patic. opilost, někt. poruchy afektivity, konverz. porucha osobnosti)

- **stuporózní forma**: nejjednodušší na příznaky – bez pohybu, bez mimiky, zrak upřený, nereaguje („uvnitř“ ale velice silně prožitky), někdy nepřijímá potravu, inkontinentní...

- **deliriózní forma**: opak – ve stálém pohybu, hluchost, zvýš. mimika, motorika i afektivita – rychlá změna afektů, často silná úzkost, někdy útočnost, myšlení vychází z bludných představ (při patic. opilosti, patic. afektu, v tropech amok)

- **vigilambulantní (automatická) forma**: pseudoracionální jednání – často jakoby formálně správné, funkční, proto nenápadné; amnézie

+/- **Ganserův syndrom**: tzv. „vazební reakce“ – odpovědi formálně přiléhavé, ale hrubě nesprávné

## 6. poruchy emocí

- opět je tu několik úrovní, kde se emoce mohou uplatňovat (dle **typů** emoce, dle účinku – **stenizující / astenizující, iluzi budící, katatymie**)

- a opět je tu velmi silná vazba na „zbytek“ osobnosti; jak víme na příkladě katatymie, emoční „background“ modifikuje, co se se „zbytkem“ funkcí děje. Vzpomeňme i bludy – ty, ačkoli jsou také klasifikovány jako poruchy vnímání, vznikají na emoční bázi, na podkladě primární poruchy emocí

- emoce členíme podle **zaměření**:

- 1) kladné, libé (radost, láska) --- záporné, nelibé (žal, nenávisť)
- 2) stenizující, mobilizující (zlost) --- astenické, demobilizující (zármutek)

- podle **intenzity a časového průběhu**:

- 1) **emoční zabarvení** prožitků a vjemů (pocity – zákl. libost a nelibost)
- 2) **afekty** (krátkodobé, prudké emoční reakce)
- 3) **nálady** (protrahované, různě intenzivní stavy)
- 4) **city, vyšší emoce** (dosti trvalé) – patrně souvisí i s hodnotami apod., jsou ze jmenovaných skupin nejvíce dány kulturními vlivy, učením i sebezrovojem

- pochopitelně existují i vzájemné vazby: na základě urč. citové úrovně (emočního zvyku či inteligence) se mohou rozvíjet různé pocity či nálady, či naopak při nedostatku emocí obecně se nerozvinou ani příslušné citové kvality; zde ovšem neuvažujeme o *obsahu* emočně prožívané skutečnosti (co něco v člověku vzbuzuje), ani o tom, jak vzniká výběr (něco je dáno instinktivně, něco učením, pak se to projevuje i v typu člověka, něco nakonec záleží i na vl. volbě dle naturelu, charakteru i na aktuální situaci).

- i **hierarchicky**:

- 1) **nižší** (emoč. prožitky vyvolané z vitální oblasti, související s uspokojováním elementárních potřeb)
- 2) **vyšší** (většinou kulturně podmíněné – např. estetické, etické / morální, intelektuální)

- úroveň a podoba **citovosti** je dána temperamentem (určuje charakter reakcí, převažující druh nálady, její intenzitu a stálost...)

- ten je převáž. vrozený, může být ovšem modifikován dalšími faktory – psychosociálními i intrapsychickými ...), učením (sem ale asi musíme přiřadit i – a možná především – učení nezáměrné: rané zážitky, mimochodnou zkušenost...). Obecně ale platí, že čím „vyšší“ citění, tím je větší vliv kulturních vzorců, tedy učení apod. (viz výše)

**6.1. poruchy afektů**: (a. = intenzivnější, obvykle rychle se rozvíjející a rychle odeznívající em. reakce na ruz. podněty – hněv, radost, úžas, děs, úzkost, stud, nadšení). Může vznikat i vlivem farmak, též paticky – org. poruchy, epi ...; vznik a průběh a. záleží jednak na kostitučních vlastnostech (hypersenzitivita, vznětlivost, flegmaticnost...), jednak i na okmž. stavu emotivity (podobná nálada podporuje podobný afekt, tlumí afekt rázu opačného), jednak na dalších skutečnostech – charakteristiky situace, sebeovládání... K nezvládnutí afektů mají tendenci lidé explozivní a impulsivní, neukáznění či rozmazlení, asociální, suverénní, dekompenzovaní nejruznějším způsobem (od osobnostní dekompenzace, ne zrovna normální epizodu, přes zdrcující zážitky, přetížení, stres a vyčerpání po alkohol a drogy); každý a. má tendenci k vybití. Může dojít i k **přesunutí afektu** (vybití může nastat jinde), podobně **městnání afektu** vede k vybití jindy, po posledním, často nepřiměřeně malém spouštěči

- **patický afekt**: neobyčejně intenzivní afekt, provázený na vrcholu krátkodobým zákalem vědomí; poměrně vzácný, často organicky podmíněný, též u explozivní psychopatie, někdy při výše uvedených dekompenzacích

- **patická afektivní dráždivost**: sklon k nadměrně silným afektům (org. poruchy – AS, epi, někdy oligofrenie, intoxikace, u alkoholiků)

- **emoční labilita**: měnlivá afektivita podm. osobnostně (hysterir., infantil. os.) či organicky (demence...)

- **e. inkontinence**: r. s patic. pláčem i na neemoč. podněty, typické pro arterisklerot. procesy mozku

- **hypersenzitivita** (nejčastěji ve smyslu zvýš. lítostivosti, dojmavosti)

- **fobie**: vtíravé strachy mají rovněž emoč. komponentu

- **afekt. ambivalence**: současné prožívání protiklad. emocí; vyjádřena hlavně u schizofrenie

## 6.2. poruchy nálad:

- **n.** = déletrvající em. nastavení, pohotovost k emoč. reakcím urč. typu, v podstatě nezáv. na obsahu zážitků i vědomí (může však být zážitky či okolnostmi urč. typu – fyzikální, chemické, metabolické, zdravotní, psychosociální vlivy - a intenzity modifikována), ovlivňuje však charakter ostat. fcí ( pozornost, paměť, pohotovost, hodnocení, motivace, afekty, myšlení, chování...); pro **patické nálady** je charakteristická 1) **intenzita** - větší, 2) **trvání** - delší, 3) **nezávislost** vzniku a kvality na psychogenních faktorech – endogennost, neodklonitelnost, 4) **vliv** na osobnost – větší než u normální nálady
- **n. euforická:** blažená, spokojená, bez zvýšení aktivity (někt. demence – např. paralytická)
- **expanzivní:** zvýš. aktivita, sebevědomí, zasahování do okolí (mánie, hebefrenie)
- **exaltovaná, extatická:** blaho, nadšení, vytržení, jednostranné zvýš. aktivity (hysterie, epilepsie)
- **apatická:** sníž. tempo. lhostejnost, hypobulie až abulie, nerozhodnost (deprese, demence, terminál. toxikomanie)
- **explosivní:** = výbušná (epi., chron. alkoholismus, explos. psychopatie)
- **bezradná:** neschop. rozhodování prožívaná nelibě (na rozdíl od apat.); apat. nemusí být, naopak i neklid (deprese, schizofrenie)
- **úzkostná:** pocit napětí, neklidu, nejistoty, očekávání špatného, prožitek trýznivý, hrozí raptus nebo sebevražda (deprese, schizofrenie, epi., demence)
- **depresivní:** smutek, bezútěšnost, strach, zpomalení vitál. i psychomot. fcí. Hrozí sebevražda (dep., schi, epi., demence)

## 6.3. poruchy citů:

- častá **nerozvinutost, ztráta nebo snížení** vyšších emocí. Může být i vrozeně (i v normě lidé sníž. citliví, otrlí, bezohlední), u zanedbaných osobností – porušení psychosociálním prostředím (deprivace), poruch osobnosti: anetická psychopatie – nedostatek soucitu, vřelosti, empatie, pochopení, při org. postižení CNS – oligofrenie, demence, tumor, alkoholismus, encefalita, úraz hlavy (projevem např. *moria* – obhroublé vtipkování..., neomalenost, obhroublost, nevkus, netaktnost, egocentrismus) či při hebefrenní schizofrenii.
- může být i **nadměrný vývoj** u někt. hypersenzitivních, přehnaně svědomitých či pečovatelských osobností
- v širším smyslu by mezi poruchy citů mohly patřit i jevy růz. vášní, příbuzných s ovládacími představami, avšak vznikající na cit. podkladě, jako přehnané sběratelství, hráčství, kariérismus, žárlivost...

## 6.4. katathymie - fenomén na pomezí myšlení a emocí, popř. i vědomí

- vzniká tehdy, když zkresluje obsah svého vědomí, své úsudky a názory, prožitky... a modifikujeme je pod vlivem emoce (př. chování nenáviděného člověka si a priori vysvětlujeme jako nepřátelské, ze strachu před bouřkou slyšíme hromy, když spadne hrnec nebo jede vlak...); nálada pak vlastně usměřuje veškré duševní dění. K. bývá také často zpětně racionalizována. Katathymně jsou více modifikovány skutečnosti, týkající se naší osoby (prorotže jsou také více emočně syceny); Jsou také typy lidí, kteří myslí více katathymně než jiní (např. hysterici, ale i v normě – citění jako primární fce). Zvýšená k. může být i dílem situace.

## 7. poruchy řeči:

- p. řeči nám mohou hodně napovědět o myšlení – rozbíhavost, zabíhavost, tempo, roztržitost m. zjišťujeme z řeči. Z ř. můžeme usuzovat i na emoci (tempo, hlasitost, „ukecanost“, vazba, plynulost), psych. stav, osobnost, intelekt apod. Mezi konkrétními poruchami rozeznáváme např.:
  - **echolálie:** opakování slyšeného
  - **verbigerace:** opakování jednoho slova
  - **neologismy:** nové, uměle tvořené výrazivo
  - **puerilní řeč:** zděťstělá, časté zdrobněliny apod.
  - **koprolálie, pornolálie:** naduž. vulgarismů
  - **slov. sadismus**
  - **mutismus; elektivní mutismus (aphrasie voluntaria):** oněmění, neschop. vyjadřovat se řečí (el. m. – výběrový m. – vázaný na urč. osobu či osoby, situace)

## 8. poruchy vůle:

- **hypobulie:** nerozhodnost k zahájení urč. činnosti, nedostatek mobilizace úsilí. Typická pro depresi, org. mozkové poruchy, také u některých typů neuróz, u hypothyminích osobností, vyskytuje se též u silné duševní vyčerpanosti, často se kombinuje s apatií (neboť emoce souvisejí i s motivací a motivovaností), u někt. drogových závislostí (často jako součást abstinence. příznaků). Úplná ztráta vůle = **abulie**.  
Opakem je **hyperbulie** - nadměrná rozhodnost (ačkoli ne vždy adekvátní situaci). Typická hyperagilnost, energičnost, úpornost, častá při manii (i artificiálně navozené), u hypertymních osobností. Trvalý charakter mívá např. u kverulatoří formy paranoidní poruchy.

## 9. poruchy jednání:

- ve zde užitém nejširším pojetí je jednání to, co osoba dělá (nerozlišujeme tedy, zda to dělá záměrně nebo nezáměrně, zda sama, či v soc. kontextu apod.). Promítá se zde ovšem celý vnitřní stav, je to jakási integrace dosud probraných složek (ale i poruch).

### 9.1. kvantitativní p.:

- **hyppoagilnost (hypagilnost):** celkový útlum v jednání, provázející např. depresi, apaptické ladění

- **hyperagilnost:** naopak zvýšená intenzita jednání, často provázená neklidem, v dalších stupních vyjádřená agitovaností (úzkostí, mánie, intox. stimulancii...)

**9.2. katatonické poruchy jednání:** existují dvě formy: - **stuporózní** (*stupor, flexibilats cerea, záraz chování, negativismus, povelový automatismus, stereotypie, echomatismy*) a **produktivní**

**9.3. impulsivní jednání:** impulsy často nezvladatelné, v mnoha případech provázené i amnézií (kleptománie, dromománie, poriománie, dipsománie, psychopati sexualis periodica, pyrománie raptus, zkratkovité jednání, obsedantní jednání, automatismy...)

**9.4. poruchy pudů:**

- **p. orientačního pudu:** např. u autismu snížení, někdy zvýš. zvědavost

- **p. obživného pudu:** - **sitofobie** – chorobný strach z jídla na bázi bludu (nezaměňovat s anorexií, ta je na bázi konverzní poruchy), **koprofagie** (pojídání výkalů), **pica** (pojídání nejedlých látek)

- **p. pudu sebezáchovy:** může být zvýšený i snížený; typicky porušený v depresi, při demenci, schizofrenii; **automutilace** (sebepoškozování), **sebevražda** (suicidium), **pokus o s.** (tentamen suicidii)

- **p. rodičovského pudu:** jako nenavázání vztahu k dítěti – ze str. matky např. v *laktační (poporodní) psychóze* (klasifikuje se právně jako zabití novorozence), může být i méně výrazná porucha v nedostatku vztahu u rodičů obou pohlaví

- **p. sexuálního pudu:** - **kvantitativní:** frigidita, anorgasmie, impotentia coeundi, hypererotismus; - **kvalitativní:** - **inverze** – v objektu (*pedofilie, zoofilie, gerontofilie, nekrofilie, autoerotismus, incest...*), **perverze** – ve způsobu ukájení (*exhibicionismus, algolagnie – sadismus, masochismus, erotografomanie, kandaulismus, triolismus. transsexualismus, transvestitismus, fetišismus, frotérství, voyerismus...*)

## 10. Poruchy osobnosti

- **rozpad:** těžká porucha, pouze u psychóz; základní změna os. ve smyslu změny povahy, otupění..., není nemocným reflektována (lehčí změny podobného typu bývají neneseny nelibě, ale nelibě je nese právě ten zachovalý zbytek osobnosti). Ztráta dřívějšího zaměření celé osobnosti, dosavadních snah, cílů, názorů, povahy na základě změny "jádra" osobnosti.

- **rozštěp:** rozdvojení osobnosti: nem. má pocit, jakoby se složky jeho os. rozdvajily a existovaly společně (mohou se např. hádat apod.); příbuzné depersonalizaci (viz)

- **tranzitivismus:** nem. přenese veškeré vlastní prožitky na jiného (např. je sám nemocný a lituje souseda, že ho bolí v krku)

- **alternace:** vzácná, bývá u hysterických povah, nem. jakoby přechází v jinou osobnost, vyskytuje se jakoby v jiné identitě (Bleuler uvádí max. 12 osob postupně v jednom člověku)

- **transformace:** nem. se cítí být někým jiným (nebo něčím jiným); může se podle toho chovat a nemusí, může se rozcházet se svojí skutečnou minulostí nebo nemusí, může požadovat přístup adekvátní "nové" identitě nebo nemusí.

- na tyto jevy lze narazit též např. v souvislosti s **mráкотnými stavy**, popř. **impulsivními por.**

- **depersonalizace:** skupina poruch jáství jako subj. pocitu, kterým člověk prožívá svoji osobnost (může být i při zachovalé identitě, identita a jáství není totéž)

- schází obvyklý pocit vlastní angažovanosti v prožívaném, reálnosti vlastní osoby, těla nrbo situace; čl. si připadá sám sobě cizí, okolí neznámé, všechno neskutečné, podivné; přitom může člověk vnějškově fungovat prakticky beze změn, výkonnost a dovednosti jsou zachovány apod, jen má čl. dojem, že vše dělá mechanicky, jako stroj; nebo se člověk necítí být autorem vlastních psych. výkonů (rozhodování, úvahy...) - toto je **autopsychická d.** (týká se vlastní osobnosti, vlastního prožívání). D., týkající se prožívání vlastního těla (jeho reality, propojení s osobností či cizoty, parametrů) = **somatopsychická d.**, při formě **alopsychické** (derealistické, **derealizace**) je změněný emoč. vztah k okolí - připadá cizí, necítí žádné osob. vztahy, svět bezúčelný; s podivením čl. přijímá nbejrůznější novinky (vč. např. úmrtí blízké osoby) bez em. odezvy, lhostejně, obdobně bez prožitku radosti úspěch apod., popř. prožitek cizoty a neznámosti obvyklého okolí vč. prožitku změněného prostoru apod.

- při všem všudy si je ale člověk sám o sobě vědom, že to on cítí jinak, než jak je obvyklé a asi i správné - já prožívá, není narušeno, ale změněno.

z hlediska míry postižení : **degradace --- deteriorace --- dezintegrace** (vzestupně dle míry poškození)

**defekt x porucha** (porucha nepř. vlivem stresu, intoxikace, je vratná, defekt jako vrozená záležitost či onemocnění, kt. je nezvratné - ireversibilní: např. demence)

S pojmem „porucha osobnosti“ se setkáme i ve speciální psychopatologii:

**anomální osobnost, psychopatie** - záležitost "povahy" či struktury osobnosti; anom. os. nedělá valné potíže, porucha os. (dříve psychopatie) má svá kritéria (viz); není vlastně nemoc, je to „jenom“ stabilní nerovnováha, či nadměrné zdůraznění či naopak chybění někt. složek osobnosti

**neuróza x psychóza:** n. = lehčí psych. porucha, při níž je osobnost zachována, mění se chování a reagování oproti normálu; dříve se považovala za spíše reaktivní na situační tlak, prakticky bez bizarních projevů

ps.: os. je narušena, často hrubě, samostatné či sdružené poruchy osobnosti, myšlení, vnímání, intelektu, patická nálada...; dříve se považovala za spíše vrozenou, často bizarní, narušený kontakt s realitou



