

Klinická psychologie a psychopatologie - **PSYCHOPATOLOGIE**

Obsah

0a) Úvod – dětská psychopatologie.....	2
0a) Úvod – psychopatologie dospělých.....	4
1a) Problematika hyperkinetické poruchy.....	6
1b) Poruchy vědomí, pozornosti a paměti.....	11
2a) Neurologická problematika dětského věku.....	18
2b) Poruchy vnímání.....	24
3a) Poruchy chování dětského věku.....	27
3b) Poruchy myšlení.....	31
4a) Psychická deprivace a subdeprivace.....	36
4b) Poruchy emocí, pudů a vůle.....	38
5a) Sociální patologie dětského věku, dítě ohrožené prostředím.....	45
5b) Organické duševní poruchy.....	50
6a) Pervazivní vývojové poruchy.....	57
6b) Poruchy vyvolané psychoaktivními látkami.....	65
7a) Poruchy emočního vývoje.....	80
7b) Schizofrenie.....	83
8a) Mentální retardace.....	102
8b) Afektivní poruchy.....	106
9a) Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka, školních dovedností, motorických funkcí.....	121
9b) Neurotické, stresové a somatoformní poruchy.....	128
10a) Poruchy sociálních funkcí se začátkem v dětství a dospívání.....	140
10b) Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami.....	142
11a) Neurotické poruchy v dětském věku.....	157
11b) Poruchy osobnosti a chování u dospělých.....	164

0a) Úvod – dětská psychopatologie

MKN-10

- v současnosti platí 10. revize MKN
- ateoretický systém
- striktní kritéria pro diagnostiku – kritéria musí být naplněna co do počtu i do kvality
- DP nejspěšněji vyčleněna v kódech:
 - **F8x (poruchy psychického vývoje)**
 - **F9x (poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání)**
 - **F7x (mentální retardace)**
 - DP je jinak otevřen celý kódovací rozsah (F0 – F9), pokud se daná porucha objeví v dětském věku
- MKN-10 má 3 osy:
 1. stanovení **klinické diagnózy**
 2. **postižení**, ke kterému porucha vede (v péči o sebe, v rodině, domácnosti apod.)
 3. **související faktory**
 - kódují se, když mají natolik dlouhý a závažný rozsah, že významně ovlivňují nebo spoluurčují daný klinický stav
 - faktory významné při hodnocení DP:
 - **Z61** – problémy související s negativními životními událostmi v dětství a při výchově
 - **Z62** – jiné problémy ve výchově, např. ústavní výchova, odmítání dítěte
 - **Z63** – problémy v primární podpůrné skupině a prostředí, např. chybění člena rodiny ← úmrtí, rozvod
 - **Z55** – problémy ve vzdělání, např. nespěch, negramotnost
 - kódy **Y** – nedbalost výchovného vedení, syndrom špatného zacházení

Principy diagnostikování poruch

- **komorbidita = více poruch najednou**
 - kódovat všechny poruchy, které se vyskytnou
 - např. MR a deprese
- symptomy dělíme na specifické a nespecifické
 - **specifické** – jsou pro dané onemocnění určující, tzv. vedoucí příznaky
 - **nespecifické** – přídatné, vyskytují se u řady psychických poruch, např. úzkost, poruchy spánku
- **syndrom**
 - většinou tvoří nozologická jednotka
 - = soubor symptomů

- u dětí a adolescentů se při vzniku symptomů výrazně uplatňuje **vývojový aspekt**
 - některé projevy můžeme očekávat v rámci normálního vývoje, ale když dítě stárne, tak čekáme, že např. separační úzkost bude ustupovat
 - to, co např. ve 3 letech jako poruchu nekódujeme, tak v 6 letech už ano
 - některé symptomy jsou vázány na určitou vývojovou etapu
 - např. regres kolem 2 roku je typický pro autismus
- projevy poruchy bývají generalizované a nespecifické, než se krystalizují do jasného obrazu poruchy
- symptom obvykle nevzniká po jednorázové traumatizaci, ale je výsledkem procesu, při kterém spolupůsobí faktory genetické, situační a sociální (tj. faktory prostředí)
- děti vyjadřují své duševní obtíže více tělesnými příznaky než dospělí
 - kolem 8 – 9 let začínají být schopny popsat vnitřní stavy
- při diagnostice musíme zvažovat otázku **kontinuity a diskontinuity** vývoje chování
 - jestli pokračuje plynule a třeba pomaleji, nebo se zastaví a po vymizení příznaků se zase nastartuje

Poruchy vývoje

- při vývoji dochází ke **kvantitativnímu růstu** i ke **kvalitativním změnám**
- stanovíme-li vývojovou linii, můžeme hodnotit odchylky vývojového pohybu po této linii ve směru a rychlosti
- pro diagnostiku duševních poruch v dětství je nezbytné dobře znát normální vývoj
- kvantitativní poruchy:
 - **retardace** – opoždění
 - **stagnace** – předčasné zastavení vývoje
 - **regrese** – návrat vývoje na nižší úroveň
 - **předčasná progresse** – nežádoucí urychlení vývoje, vede k disharmonii vývoje
- kvalitativní poruchy:
 - vznik aktualizací vrozené vlohy za větší či menší spoluúčasti prostředí
 - u závažných duševních onemocnění, u psychosexuálních anomálií
 - někdy k nim dojde v důsledku nezvládnuté transitorní krize (přechod mezi vývojovými stádii), pak to vede k anomáliím rysů osobnosti
- některé fenomény jsou typické pro vývoj, ale pokud přetrvávají, jde o poruchu
 - např. separační úzkost je po 5. roce jasně hodnotit jako separační úzkostná porucha
- poruchy v dětském věku mohou být **přechodné** (dobrá prognóza), nebo jsou **vývojové** a přetrvávají
- externalizující a internalizující poruchy
 - **externalizující** – poruchy chování a aktivity (častěji u chlapců)
 - **internalizující poruchy** – úzkostně depresivní poruchy, inhibice (častěji u dívek)

0a) Úvod – psychopatologie dospělých

- **salutogeneze**
 - **A. Antonovsky**
 - nalézá člověka na **kontinuu zdraví – nemoc**
 - hledá pocit koherence (integrovanosti osobnosti)
 - pochopitelnost, zvládnutelnost a smysluplnost světa
 - vnímá jednotlivce i systém
- **patogeneze**
 - zjišťuje přítomnost či nepřítomnost nemoci
 - hledá rizikové faktory
- co je zdravé? co je normální?
- základní rysy duševního zdraví (Jahodová)
 - pozitivní postoj vůči sobě samému
 - zdravý růst
 - autonomie
 - přiměřené vnímání reality
 - zvládnání vnějšího prostředí

Koncepce normality

- **subjektivní**
- **statistická** koncepce normality
- **sociálně normativní**
 - co přijímá obec
- adaptační / **funkční**
 - co je přiměřeně přizpůsobené, zrale přijaté při adekvátní asimilaci
- kritéria normality podle **Syřištové**:
 - subjektivní uspokojení
 - schopnost adekvátního sebehodnocení
 - pocit identity
 - schopnost seberealizace
 - autonomie, nezávislost, sebeurčení
 - integrita osobnosti
 - odolnost vůči stresu a tolerance úzkosti
 - adekvátní percepce reality

- schopnost přežít v biologickém smyslu
- sociální adaptace
- aktivní přizpůsobivost
- **Freud:** zdravý člověk je schopen pracovat a milovat, umí se adaptovat

1a) Problematika hyperkinetické poruchy

- **F90**
- řadí se do kapitoly **Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci**
- patří sem:
 - **porucha aktivity a pozornosti F90.0**
 - **hyperkinetická porucha chování F90.1**
 - **jiné hyperkinetické poruchy F90.8**
 - **hyperkinetická porucha NS F90.9**
- hlavní projevy:
 - raný začátek
 - kombinace nadměrně aktivního, špatně ovládaného chování
 - výrazná nepozornost a neschopnost trvale se soustředit na daný úkol
 - tyto projevy se vyskytují **ve všech situacích**
 - tyto projevy jsou **trvalé**
- vznikají obvykle **do 5 let**
- chybí vytrvalost při činnosti, která vyžaduje kognitivní úsilí
- přechází od jedné aktivity ke druhé dříve, než první dokončí
- činnosti špatně organizovaná, špatně regulovaná, nadměrná
- projevy trvají až do dospělosti
- přidružuje se impulzivita a zvýšený sklon k úrazům
- neúmyslné porušování pravidel
- vztah k dospělým postrádá společenské zábrany
- chybí ukázněnost
- malá obezřetnost – často činnost nedomyslí → úrazy
- u ostatních dětí neoblíbené, snadno se dostanou do sociální izolace
 - porušuje pravidla her, něco chce hned
 - → **sociální neobratnost, nízké sebevědomí**
- opoždí se vývoj motoriky a řeči
- **sekundární je disociální chování** (krádeže, drogy)
- častěji u chlapců
- **pro diagnózu je nutné narušení pozornosti a aktivity**
 - oboje musí být splněno
 - oboje je patrné **více než v jedné oblasti** (škola, doma, během hospitalizace, během vyšetření)
 - nestálost a nepozornost by měly přesahovat obvyklou míru pro věk a IQ

- při vyšetření se ptát, jestli mělo dítě nějakou medikaci → zkreslení obrazu
- hyperaktivita se projevuje **neklidem** (pobíhání, poskakování, vstávání)
- hyperaktivita je nejvíce zřejmá ve strukturované, organizované činnosti
- **sociální chování je dezinhibováno** + impulzivní porušování pravidel
- přidružuje se SPU, motorická neobratnost
- **LMD** (lehké mozkové dysfunkce) – už se to nepoužívá
- charakteristické poruchy by měly začít před 6. rokem – v předškolním věku se ale těžko rozpoznávají
- bývají u:
 - pervazivní vývojové poruchy
 - poruchy chování
- nadměrná aktivita a nepozornost **mohou být symptomem u úzkostných a depresivních poruch**
 - úzkost váže pozornost → špatně se soustředí
- projevuje se v průběhu života v podobě **deficitů**:
 - v kognitivních a percepčně motorických funkcí
 - v oblasti regulace afektů a emotivity
 - v sociálním přizpůsobení
- hyperkinetický syndrom **je rizikovým faktorem pro vznik poruch chování**
- vývoj pojmu:
 - 40. léta poprvé popsány projevy – organické poškození mozku
 - postupně se tomu říkalo LMD, minimální mozkové dysfunkce – aby se to nepletlo s těžkými poškozeními
 - v 80. letech se syndrom LMD rozdělil do několika skupin
- co sem tedy patří:
 - **ADHD** – poruchy pozornosti a hyperaktivita
 - **ADD** – porucha pozornosti
 - **VKP** – vývojová koordinační porucha
 - **vývojová dysfázie**
 - **SPU** a percepční poruchy
 - **DAMP** – deficits od attention, motor control and perception (**pozornost, motorická kontrola, percepce**)
 - užívá se ve Skandinávii
- symptomy podle věku:
 - kojeneček – poruchy biorytmů
 - batole a předškolní – sociální dezinhibice
 - školní věk – kognitivní dysfunkce

- adolescence – poruchy chování
- dospělost – sociální maladaptace, často spojená s kriminalitou
- z behaviorálního hlediska **jde o poruchu exekutivních funkcí**
- etiologie
 - genetické faktory
 - vnější faktory
 - perinatální komplikace
 - úrazy hlavy
 - prenatální
 - kouření a pití alkoholu v těhotenství
 - spad těžkých kovů a radioaktivita
- CNS je vzhledem k věku nezralá
- **poruchy kognitivních funkcí**
 - porucha pozornosti – distraktibilita (odklonitelnost), nepozornost
 - narušení selektivity pozornosti (podnětů)
 - poruchy syntézy a analýzy informací
 - porucha exekutivních funkcí – plánování, sebeřízení, sebeovládání, sebemonitorování
 - porucha motivace, úsilí a vytrvalosti – hlavně v aktivitách, které nepřinášejí okamžité uspokojení
 - vizuospaciální porucha (porucha prostorové představivosti)
 - porucha pracovní paměti
- **motoricko-percepční poruchy**
 - hyperaktivita s neschopností relaxace
 - motorická neobratnost
 - porucha vizuomotorické koordinace
 - neurologické drobné odchylky (pravolevá orientace, poruchy symetrie, koordinace pohybů)
- **poruchy emocí a afektů**
 - afektivní labilita
 - iritabilita
 - explozivita
 - dysforie, pocity nudy
- **impulzivita**
 - činy ukvapené, náhlé
 - není schopen odložit akci

- **sociální maladaptace**
 - chybí stenické reakce – neumí si něco v klidu dojednat
 - dítě je odmítáno → frustrace
 - negativismus
 - snížená tolerance ke stresu
 - nízká empatie
- ohrožené skupiny:
 - nedonošené děti
 - hypotrofické děti – narodí se malé
 - epilepsie
 - léčená fenylketonurie
 - postinfekční rezidua
 - poúrazové změny
- subtypy ADHD:
 - **hyperaktivita/impulzivita** – více poruch chování, málo obtíží v motorice
 - **porucha pozornosti** – převládají poruchy soustředění a jemné motoriky
 - **kombinovaný typ** – těžší poruchy, často spojené s poruchami hrubé motoriky a s poruchami učení
- → někdy podezření na PAS
 - mívají obtíže v sociální porozumění, nepřizpůsobují se reakcím druhých
 - pragmatické poruchy řeči
 - egocentrismus
 - nereagují na běžné výchovné postupy
 - X PAS těžké problémy v sociálním porozumění a kvalitativní nápadnosti sociální recipročních interakcí
 - někdy může mít oboje
- intervence
 - psychofarmaka
 - užívají se stimulantia – snižují práh posílení, zvyšují účinek zpětné vazby
 - působí jen pár hodin – dávají se jen na dobu školy
 - antidepresiva
 - symptomatická léčba
 - behaviorální postupy
 - hranice, nácviky, odkládání impulzů – přes odměny a tresty

- relaxace
 - obtížné
 - děti jsou přetížené
- posilování sebepojetí
 - pochvaly
 - nácvik sociálních dovedností
- rodinná psychoterapie
 - s dětmi je obtížné vydržet → zátěž pro rodinu
- edukace (rodina, škola)
 - učitelé už docela jsou
- léčba přidružených poruch
- **hyperkinetická porucha chování F90.1**
 - hyperkinetická porucha spojená s poruchou chování

1b) Poruchy vědomí, pozornosti a paměti

Vědomí

- **vědomí = bdělý stav**, kdy si člověk **uvědomuje sám sebe, rozlišuje** sebe a okolí, je schopen **zařadit a interpretovat** vlastní prožitky
- nezbytnou podmínkou je **vigilita** (bdělost)
 - optimální stav CNS, člověk je schopen **adekvátně reagovat na změny v prostředí**
- **lucidita** (jasnost vědomí)
 - = **schopnost správně třídit a zpracovávat informace**
- hodnocení vědomí
 - orientace **vlastní osobou, místem, časem, situací**, ve vlastním **tělesném schématu**
- změny dělíme na fyziologické a patologické

Fyziologické změny vědomí

- **spánek**
- **hypnóza**
 - → zvýšená sugestibilita
- poruchy spánku
 - neorganické X organické
- a) **dyssomie**
 - poruchy **množství, kvality** či **časování** spánku
 - **insomie**
 - porucha usínání či trvalosti spánku
 - asi 80% neorganických (jsou podmíněny emočními stavy)
 - vyskytuje se u BAP, deprese, SCH, závislosti na alkoholu a návykových látkách
 - **hypersomie**
 - nadměrná denní ospalost, záchvaty spánku
 - organicky podmíněná = **narkolepsie**
 - **poruchy rytmu** spánek-bdění
 - neorganicky podmíněná (noční směny, jet lag ...)
 - organicky podmíněná spánková inverze při poškození CNS
- b) **parasomie**
 - abnormální epizodická událost během spánku

- **noční děsy**
 - noční epizoda extrémního děsu
 - intenzivní křik, neklid
 - **omezená vzpomínka** na událost
- **noční můry**
 - úzkostný sen, který si člověk **pamatuje**
 - obsahem snu bývá ohrožení života, bezpečnosti, sebehodnocení
- **somnambulismus** (= náměsícnictví)
 - málo častý
 - hlavně u dětí mezi 2. a 5. rokem

Kvantitativní poruchy vědomí

- dělí se podle hloubky, poruchy úrovně vigility
- příčiny somatické X emoční
- **somnolence**
 - stav zvýšené ospalosti
 - reaguje na slovní podnět
- **sopor**
 - reakce jen na bolestivé podněty
 - k plnějšímu vědomí lze člověka přivést jen na omezenou dobu
 - není schopen uceleně odpovídat na dotazy
- **kóma**
 - bezvědomí
 - nereaguje ani na bolest
 - ohrožení života
- **mdloba** (synkopa, kolaps)
 - život neohrožuje
 - prokrvit mozek (zvednout nohy)

Kvalitativní poruchy vědomí

- vigilita zachována
- porušena některá z následujících funkcí:
 - schopnost **vlastní identifikace**
 - **orientace** ve vnějším světě

- schopnost **určit původ** nebo **časově lokalizovat**
 - prožitky, vjemy, paměťové stopy
- 2 skupiny – obluzené vědomí a mráкотné stavy
- **obluzené vědomí**
 - **amence** (zmatenost)
 - dezintegrace obsahu psychiky
 - poruchy vnímání, myšlení, porucha orientace vlastní osobou, porucha orientace v okolí
 - na stav zmatenosti bývá **amnézie**
 - příčiny většinou tělesné
 - vlastně kratší delirium
 - **delirium**
 - **dlouhodobě** snížená pozornost na vnější podněty
 - **myšlení dezorganizované** až inkoherentní
 - **obtížné udržet bdělost**
 - **poruchy vnímání** (halucinace, iluze)
 - poruchy cyklu spánku a bdění
 - **dezorientace** časem, místem, osobnou
 - zhoršení **paměti**
 - příznaky se **rozvíjí rychle**, během dne **kolísají**
 - příčiny: somatické onemocnění, masivní infekce, horečky, návykové látky, otravy, metabolický rozvrat
- **mráкотné stavy**
 - málo časté
 - projevy jako při deliriu (od deliria se liší **náhlou** ztrátou a náhlým návratem vědomí)
 - **amnézie** na dobu poruchy
 - u epilepsie, po traumatech hlavy, po úžehu, hladovění, u psychóz, disociačních poruch
 - 4 formy:
 - **stuporózní**
 - nepohybuje se, chybí mimika, nepřijímá jídlo
 - u těžké deprese, schizofrenie, či psychogenní podmínění
 - **deliriózní**
 - neklid, agrese, zvýšená afektivita, silná úzkost, poruchy koncentrace pozornosti
 - **automatická** (vigilambulantní)
 - počíná si nenápadně, jakoby vědomě, činy jsou ale v rozporu s osobností ve své normě
 - může se projevit ve formě **fugy** (toulání, po cestě se o sebe stará, cíl cesty nemá

význam, je na ni úplná **amnézie**)

- **Ganserův syndrom**
 - **psychogenně** vyvolaný mráкотný stav
 - = **vazbová reakce**
 - jedinec odpovídá přiléhavě, ale hrubě nesprávně
 - ve vazební situaci častá simualce
- další kvalitativní poruchy vědomí
 - **depersonalizace**
 - vlastní zážitky připadají člověku jako cizí, nahlíží na sebe jako z dálky
 - **derealizace**
 - okolí se zdá cizí, změněné, jako divadlo
 - depersonalizace a derealizace se mohou vyskytnout u řady psychických poruch (psychózy, intoxikace, afektivní poruchy, panické ataky, organické poruchy). také po dlouhodobé senzorické deprivaci

Pozornost

Vlastnosti pozornosti

- **koncentrace** = intenzita zaměření na vjemy
- **kapacita**
- **tenacita** = vytrvalost, stálost pozornosti
- **iritabilita** = práh intenzity podnětů schopných vyvolat pozornost
- **selektivita** = schopnost distribuce, zaměření pozornosti
- **přepojování**
- **intenzita**
- **oscilace X stabilita**

Poruchy pozornosti

- **aprosexie**
- **hypoprosexie**
- **hyperprosexie**

Paměť

Dělení paměti podle obsahu

- a) **fylogenetická paměť**
 - zahrnuje složitější podmíněné reflexy a instinkty

- b) **ontogenetická** paměť
 - tvořena individuálními prožitky
- a) **krátkodobá** paměť
 - fonologická smyčka
- b) **dlouhodobá** paměť
 - **deklarativní**
 - explicitní
 - **sémantická** – paměť pro fakta a události
 - **epizodická** – události života, jejich časové řazení
 - **nondeklarativní**
 - implicitní
 - **procedurální** paměť – motorické dovednosti
 - priming
 - klasické podmiňování (Pavlov)
- a) **logická** paměť
 - pracuje s asociacemi → vyvolávání souvislostí podle podoby, místa, času
 - odolnější
- b) **mechanická** paměť
 - slábne s postupujícím věkem

Paměť z časového hlediska

- **ultrakrátká**
 - trvá asi 0,5 s
 - vázána na smyslové vjemy
 - zodpovědná za stav **bdělosti a pozornosti**
- **krátkodobá**
 - trvá sekundy
 - dochází ke **vstípení** podnětů
 - při snížené bdělosti či kvůli negativním emocím dochází k poruše vstípvosti
- **provozní**
 - odpovídá spíše ultrakrátké a krátkodobé paměti
 - nevyžaduje ukládání paměťových stop
- **střednědobá**
 - vytváření **paměťových stop** (= ukládání prožitků do trvalé paměti)

- **dlouhodobá**
 - **morfologický podklad**

Základní složky paměti

- a) **impregnace**
 - = vštípivost
 - schopnost **ukládat** paměťové obsahy
- b) **retence**
 - schopnost **uchovávat** paměťové obsahy
- c) **konzervace**
 - schopnost je uchovávat v nezměněné podobě
- d) **reprodukce**
 - schopnost je **vybavit**
- pro zapamatování má důležitou úlohu emoční vyladění
 - citově neutrální materiál se zapamatovává snáze
- **Ribotův zákon**
 - **paměťové obsahy se ztrácejí v opačném pořadí, než byly osvojeny**
 - platí nejen pro stárnutí, také pro poškozenou a degenerovanou psychiku

Kvantitativní poruchy paměti

- **relativní hypermnézie**
- **hypomnézie**
- **amnézie**
 - **porucha deklarativní paměti**
 - může se týkat sémantické/epizodické/obou
 - amnézie **retrogradní** – výpadek paměti na dobu před vznikem amnézie
 - amnézie **anterogradní** – porucha paměti na události následující po jejím vzniku
 - **kontinuální** (u těžkých poruch vědomí)/**ostrůvkovitá** (u deliriózních stavů, intoxikací)
- **tranzitorní globální amnézie**
 - = amnestický iktus
 - postihuje hlavně **epizodickou paměť**
 - neschopnost zapamatovávat si nové události
 - bezradnost, dezorientace při zachovaném vědomí

Kvalitativní poruchy paměti

- **psychogenní amnézie**
 - poruchy **disociačního charakteru**
 - u osob s histrionskými, hysterickými rysy v souvislosti s psychogenními poruchami vědomí
 - disociační amnézie, fuga, alternující porucha osobnosti
- **pseudologia phantastica**
 - = bájeví lhavost
 - typická **u histrionských povah**
 - líčí událost neobyčejně barvitým a sugestivním způsobem, jako by ji skutečně prožil a hrál v ní důležitou roli
 - fyziologicky u malých dětí
 - problém svědecké výpovědi
- **konfabulace**
 - typická pro těžké **organické poškození mozku**
 - okamžitý nápad, kterým nemocný vyplňuje mezeru v paměti
 - **neuvědomuje si**, že má v paměti mezeru a že podává mylný údaj
 - příznak je součástí **Korsakovova amnestického syndromu** (zpravidla spolu s euforií)
 - u pokročilé Alzheimerovy choroby, u alkoholové Korsakovovy psychózy
 - úplná ztráta vstřípivosti paměti
 - vede k amnestické dezorientaci

2a) Neurologická problematika dětského věku

Dětská mozková obrna

- porucha mozku, která vede k závažnému postižení motorického vývoje
- etiologie
 - vrozené vývojové vady mozku (VVVM)
 - prenatální, perinatální, postnatální poškození mozku
 - infekce, malnutrice intrakraniální krvácení, mechanické vlivy porodu
- klinický obraz i míra závažnosti postižení jsou rozmanité
- přidružuje se často smyslová postižení, mentální retardace, SPU, epilepsie
- mimo postižení hybnosti bývá na organickém podkladě narušen i kognitivní a socioemoční vývoj
- 4 formy:
 - a) **hypertonická** forma (spastická)
 - nejčastější forma
 - kvadruparéza/hemiparéza/diparéza
 - b) **dyskinetická** forma
 - mimovolné pohyby
 - kolísavý svalový tonus
 - u této formy je nejméně často postižený intelekt
 - c) **ataktická** (mozečková)
 - těžké postižení koordinace, rovnováhy
 - těžké postižení intelektu
 - d) **hypotonická**
 - MR
 - často přechází do jiné formy DMO
- klinický obraz **krystalizuje v 1. roce života**
 - do té doby se užívá označení **centrální koordinační porucha**
- abnormální svalový tonus má **vliv na úroveň na aktivitu dítěte**
 - dítě je málo spontánní, opoždění vývoje řeči (← stažení v orofaciální oblasti), málo výrazná mimika, gestikulace
 - → děti si obtížně zajišťují optimální stimulaci
- **chybí synchronizace matka-dítě**
 - děti nejsou schopny při chování relaxovat, nereagují očekávaným způsobem, je stále stažené
 - rodič to cítí a interpretuje

- rodiče se mohou cítit dítětem odmítání
- pohybové postižení ovlivňuje vztahový a emoční vývoj dítěte
 - reakce rodičů nemusí být adekvátní (odmítání, nevytvoření vztahu, hyperprotektivita, přetěžování)
- může být podceňován intelekt kvůli omezené expresi řeči
- nejúčinnější je rhb podle **Vojtovy metody**
 - děti často reagují pláčem → vyšší stres rodiny
- nebezpečí podnětové nebo emoční **deprivace**, týrání dítěte v důsledku přílišné reaktivity (příliš dráždivé nebo naopak málo reaktivní dítě)
- bývá **narušen proces separace – individuace**
 - dítě je závislé na péči, rodičích
- vzdělávání ve speciálních školách (třídách) nebo bývají integrovány do škol běžného typu
 - častá je potřeba IVP a kompenzačních pomůcek, asistenta
- celková dysfunkční adaptace dítěte (dospělého) závisí na intelektových schopnostech, míře pohybového postižení, na dosaženém vzdělání

Epilepsie

- opakované záchvaty křečí, bývají provázeny ztrátou vědomí
- u dětí s epilepsií bývají **poruchy chování, poruchy učení, postižení intelektových schopností, poruchy řeči, poruchy pozornosti, hyperaktivita**
- často bradypsychismus, ulpívanost myšlení, útlum
- pokud je ložisková, pojí se často se specifickými poruchami řeči, paměti, motoriky, vizuomotoriky, vizuoprostorových schopností
- většina kognitivních a behaviorálních poruch u dětí s epilepsií bývá **podmíněna organicky**
- čím dříve epilepsie vznikne, tím má vážnější následky
- při větší frekvenci záchvatů bývají důsledky závažnější
- dlouhodobé podávání léků může mít vliv na kognitivní funkce (je to sporné)
- psychosociální vlivy
 - snížené očekávání od dětí
 - stigmatizace
 - → emoční poruchy, poruchy chování
- některé jsou reverzibilní

Infekce CNS

- pokud k infekci dojde **před 3. rokem** věku, bývá postižen **intelekt**
- pokud k infekci dojde **po 3. roce** věku, bývá postižena **osobnost** dítěte, projevují se spíše poruchy chování

- přetrvávajícími obtížemi jsou **poruchy spánku, hyperaktivita, poruchy pozornosti, emoční labilita, zvýšená agresivita**
 - někdy naopak dochází k hypoaktivitě
- psychické poruchy u infekcí CNS bývají akutní (bezvědomí, delirium)
- několik měsíců po nemoci dominují percepčně motorické poruchy
- v dlouhodobé perspektivě se objevují poruchy učení a jiné školní obtíže

Úrazy hlavy u dětí

- krátce po úrazu mají psychické poruchy většina dětí
 - u části vymizí do 1 – 3 měsíců
 - nebo přechodné poruchy kognitivních funkcí (upraví se do 6 měsíců až 1 roku)
 - do 2 – 5 let lze očekávat minimum změn, po 5 letech spontánní nápravu už nelze očekávat
- kognitivní následky mají vztah k rozsahu traumatu a k lokalizaci léze
- u menších dětí dochází k rychlejší a výraznější úpravě stavu vlivem větší **plasticity CNS**
- mladší děti bývají po úrazech zvýšeně dráždivé, většinou to odezní
- u starších spíše bolesti hlavy, zvýšená unavitelnost, poruchy učení a paměti
- nejčastějšími dlouhodobými následky jsou **poruchy exekutivních funkcí** (rozhodování, plánování, reagování na zpětnou vazbu)
 - mohou se projevit až během dospívání

Organické poškození CNS obecně

- klinický obraz organického postižení CNS bývá vždy závislý na věku dítěte
- v průběhu 1. roku života je význam neurologických odchylek menší, protože je velká plasticita mozku, často spontánně mizí
- mozek dozrává kolem 7. - 8. roku, tkáň dosahuje zralosti – pak už se plasticita moc neuplatní
- plasticita se neuplatní tam, kde jde o vývojovou poruchu (mozková struktura byla špatně založena od začátku)
- řada poruch se objeví ihned, některé až když dítě dospěje na určitý stupeň vývoje, na kterém se dané kognitivní funkce aktualizují (např. SPU)
- některé poruchy, které jsou patrné v raných stádiích, odezní kolem puberty (ADHD, porucha prostorové orientace)
- v kojeneckém a batolecím věku bývá při jakémkoli postižení snížen **vývojový kvocient**
 - organické poškození se odrazí v nerovnoměrnosti vývoje v jednotlivých oblastech
 - když je nižší úroveň jemné či hrubé motoriky, nasvědčuje to organickému postižení
 - když je narušena řeč (exprese i porozumění) a sociální chování oproti jiným oblastem, svědčí to pro málo podnětné výchovné prostředí nebo pervazivní vývojovou poruchu
 - neobratnost jemné motoriky, opoždění aktivní složky řeči při normálním porozumění, porucha pozornosti a aktivity svědčí pro lehčí formu organického postižení CNS

- postižení hrubé motoriky poukazuje na hlubší postižení CNS

Příznaky pravděpodobného postižení CNS

- **motorika**
 - hyper/hypoaktivita
 - abnormality svalového napětí
 - neobratnost pohybů, třes, mimovolní pohyby, atypické pohyby
 - asymetrie držení těla
 - atypická lateralita (stáčení hlavy na jednu stranu)
 - poruchy jemné motoriky a grafomotoriky
 - poruchy orální motoriky
 - opakování pohybů
- **řeč a komunikace**
 - dysartrie, artikulační neobratnost
 - expresivní dysfázie
 - neplynulost řeči
 - poruchy prozodie
 - abnormality neverbálních signálů
 - poruchy pragmatiky řeči (užití komunikačních signálů v dialogu)
- **senzorika**
 - percepční poruchy
 - vizuomotorické poruchy
 - zhoršená pravolevá orientace
 - neobvyklé epizodické sensorické zkušenosti (pachy, záblesky ...)
- **porozumění řeči**
 - nedostateční porozumění tónu hlasu, mimice, gestům
 - problémy s porozuměním pokynům, názvům
 - doslovné chápání řeči (nerozumí ironii, humoru)
- **bdělost, aktivita**
 - nadměrná nebo nedostatečná aktivita, regulace behaviorálních stavů (málo a špatně spí)
 - pomalé psychomotorické tempo
- **pozornost**
 - krátký rozsah pozornosti, špatná koncentrace, výdrž pozornosti, odklonitelnost
- **exekutivní funkce**
 - poruchy plánování, malá cílevědomost

- snížená flexibilita, perseverace, poruchy přepínání pozornosti
- nedostatečná kontrola impulzů
- **kognitivní poruchy**
 - deficit intelektových funkcí, porucha usuzování a řešení problémů
 - SPU
 - poruchy řeči (agramatismy, obtížné hledání slov)
 - poruchy paměti
- **emoce**
 - snížená frustrační tolerance
 - emoční labilita, impulzivita, dráždivost, agresivita
 - plačtivost, ztráta kontroly emocí
 - afektivní „záchvaty“ (vztek, strach)
 - úzkost, deprese
 - nezřetelnost a abnormity vyjadřování emocí
- **sociální obtíže**
 - nedostatečná sociabilita
 - interpersonální obtíže, poruchy sociálního porozumění
 - sociální neobratnost
 - abnormity hry
 - negativismus a antisociální chování
- **osobnostní projevy**
 - narušené sebepojetí, narušení tělesného schématu
 - změny osobnosti
 - hypochondrické stesky, kompulze

Demence u dětí

- poškození intelektu **po 2. roce života** (do 2. roku → MR)
- postižení není stacionární, kombinují se vlivy nemoci s vlivy vývojovými
- vývoj **diskontinuální**
 - regrese, zpomalení, stagnace vývoje
 - u MR je vývoj kontinuální
- u metabolických či degenerativních onemocnění
- **kritéria:**
 - pokles paměti nejnápadnější při učení se novým informacím
 - úpadek úsudku a myšlení

- povědomí o prostředí zachováno dostatečně dlouho (jako u demencí v dospělém věku)
- úbytek emoční kontroly a motivace
 - afektivní labilita
 - zvýšená dráždivost
 - psychomotorický neklid, náhle vznikající agresivita
 - ztráta kontaktu s vrstevníky
 - nezájem a úpadek ve školní práci

2b) Poruchy vnímání

- **vnímání = odraz reality v našem vědomí zprostředkovaný receptory**
 - podnět → vzruch → do určité mozkové oblasti → počitek → integrace s minulou zkušeností → komplexní vjem

Smyslové klamy

- **nejsou patologické**
- chyby odhadování velikosti, rovnoběžnosti, „zlomená“ lžička ve vodě
- ← **fyzilogické charakteristiky smyslových orgánů**
- **eidetismus**
 - velmi živý obraz vyvolaný v mysli
- **pareidolie**
 - schopnost detailně dokreslovat pomocí fantazie vjemy neurčitých tvarů (mraky)
- **paobrazy**
 - doznívání zrakových vjemů
 - často ráz negativu
- **živá představa**
 - představy se značnou plasticitou, ale ne dokonalosti eidetické představy
- **synestézie**
 - automatické asociování vjemů různých smyslů (např. barevné slyšení)
- **pseudoiluze**
 - má blízko ke smyslovým klamům
 - zkreslené vnímání objektu (← nedokonalost smyslů)
 - pařez za šera vypadá jako skrčená postava
 - iluze nebo halucinace s náhledem (**ví, že to není realita**)

Poruchy vnímání

- **iluze**
 - **zkreslené, deformované vjemy vyvolané skutečným podnětem**
 - méně časté než halucinace
 - člověk je o nich **nevývratně přesvědčen**
 - X **pseudoiluze** (je si vědom, že je to zkreslený vjem, má náhled)
 - při duševních poruchách, u zdravých lidí při silné únavě, snížené pozornosti ...

- dělí se podle smyslů:
 - **sluchové** (v neutrálních zvucích slyší řeč)
 - **zrakové**
 - **čichové, chuťové** (jídlo má zvláštní, podezřelou chuť)
 - **hmatové** (prádlo na těle je vnímáno jako doteky partnera)
 - **pohybové** (iluze levitace)
 - **útrobní** (pocit změněného tvaru, pohybu, velikosti vlastních útrobní)
- **halucinace**
 - **chybný vjem, o jehož reálnosti je člověk přesvědčen, vzniká bez zjevného podnětu**
 - vyskytují se **výhradně u psychotických poruch**
 - zpravidla mají **vliv na jednání** nemocného
 - **pravé halucinace X pseudohalucinace**
 - pravé – pacient je k nim zcela nekritický, nelze mu je vyvrátit
 - pseudohalucinace – korigovány krátce po svém vzniku, pacient ví, že jde o chorobný zážitek, podle toho se k němu staví; mohou být těsně po probuzení (hypnagogické halucinace)
 - dělení podle složitosti
 - **elementární** – jednotlivé smyslové podněty (zvuk, stín)
 - **komplexní** – souhrn počitků (postava, scéna, rozhovor)
 - **kombinované** – z několika smyslů současně
 - **asociované** – za primární halucinací následuje další (slyší hlas, že bude otráven → cítí plyn)
 - dělení podle lokalizace
 - **smyslové**
 - **intrapsychické**
 - **inadekvátní**
 - smyslové se dále dělí podle jednotlivých smyslů
 - **sluchové halucinace**
 - nejčastější
 - většinou verbální (hlasy)
 - imperativní/antagonistické (bývá to příznak SCH)
 - **zrakové**
 - často komplexní (postavy, zvířata, scény)
 - vyskytují se u organických poškození mozku, při intoxikaci, deliriu
 - mikrozoopsie – často u deliria tremens
 - flashback (reminiscence) – spontánně se opakující halucinace a iluze po užívání halucinogenů

- **čichové, chuťové**
 - často se přidává kognitivní zpracování → někdo mě chce otrávit
- **tělové**
 - hmatové, pohybové, orgánové
- intrapsychické
 - odnímání, vkládání myšlenek, ozvučování myšlenek, zveřejňování
 - jakoby myšlenky vnímal přímo mozkiem (nejdou ušima)
 - typicky SCH
- inadekvátní
 - málo obvyklé
 - **extrakampinní** – halucinovaný vjem projikuje mimo dosah svého čidla (vidí postavy za svými zády, slyší zvuky z Austrálie)
- nonverbální projev iluzí a halucinací
 - na člověku to lze tak trochu poznat
 - ← **nejsou v psychice izolovány, odpovídá jim myšlení, afektivita, chování**
 - u sluchových halucinací lze někdy pozorovat samomluvné odpovídání

3a) Poruchy chování dětského věku

Poruchy chování

- **F91**
- patří do kapitoly **Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci**
- **opakující se trvalý vzorec disociálního, agresivního a vzdorovitého chování**
 - porušuje sociální normy a očekávání, které jsou přiměřená věku dítěte
 - krádeže, rvačky, záškoláctví, útěky z domova
- dělí se na socializované a nesocializované
 - **socializované** – dítě má přiměřené sociální vazby v rodině i mimo ni
 - **nesocializované** – chybí hlubší vztahy v rodině a vztahy k vrstevníkům chybí
- patří sem:
 - **porucha chování ve vztahu k rodině F91.0**
 - **nesocializovaná porucha chování F91.1**
 - **socializovaná porucha chování F91.2**
 - **porucha opozičního vzdoru F91.3**
- více u chlapců (4 – 12 : 1)
- bývají spojeny s **disharmonickým rodinným prostředím**, se socioekonomickou úrovní rodiny
- predisponujícím faktorem je **drobné poškození CNS**
- klinické dělení
 - **psychogenně podmíněné** poruchy chování
 - porucha chování je projevem **hledání náhradního uspokojení** při opakované frustraci nebo ztrátě
 - dítě tak uspokojuje potřebu pozornosti a uznání
 - izolované děti, hledání vlastní identity
 - porucha chování jako **důsledek emoční deprivace**
 - dlouhodobá citová deprivace v rodině, v ústavní péči, ADHD, SPU – impulzivní, obtížně navazují vztahy
 - poruchy chování **na bázi disharmonického osobnostního vývoje**
 - chybí schopnost navazovat vřelé vztahy, agresivita, impulzivita
 - v útlém věku emoční deprivace – pak už rodina funkční
 - poruchy chování **jako volání o pomoc**
 - často v akutní tíživé situaci – např. týraná matka

- poruchy chování **jako projevy duševní nemoci**
 - u deprese, schizofrenie
- **rodinně podmíněné** poruchy chování
 - rodiče sami mají nedostatečně zvnitřněné morální normy a **jsou pro dítě modelem** (daňové úniky, překračování rychlosti, podvody), výchova často nedůsledná
 - porucha chování u dítěte **udržuje rovnováhu v rodině** – neřeší se jiné, skryté problémy a konflikty
- poruchy chování je třeba oddělit od impulzivního jednorázového činu – ten často souvisí s nezralostí dítěte
- v předškolním věku:
 - dlouho přetrvávající negativismus
 - opoziční chování
 - agresivní chování
 - POZOR: dítě ještě nemá ustálené sociální normy - „lži“ a krádeže nemají charakter poruchy chování
- školní věk:
 - krádeže, lhaní, agresivita
 - ve starším školním věku už zná etické normy – význam přestupků s věkem narůstá
 - záškoláctví a útěky z domova signalizují vážnější poruchy osobnostního vývoje nebo patologii rodiny
- symptomy
 - agresivita – k lidem, ke zvířatům
 - destrukce majetku, vlastnictví – i zakládání ohně
 - nepoctivost, krádeže – zahrnuje lži, aby získal výhody nebo se vyhnul povinností
 - vážné násilné porušování pravidel – útěky a záškoláctví před 13. rokem
- prognóza
 - lepší: porucha chování ve vztahu k rodině, socializovaná PCH
 - horší: nesocializovaná PCH, porucha opozičního vzdoru
 - ← chybí vztahy s druhými

Porucha chování ve vztahu k rodině F91.0

- agresivní, disociální **chování je omezeno na domov**
- krádeže doma, zakládání požárů, ničí majetek rodiny
- vztahy mimo rodinu jsou normální
- **v pozadí jsou často napjaté vztahy v rodině**

Nesocializovaná porucha chování F91.1

- **samotářské agresivní chování**
- trvalé disociální chování
- agresivita k druhým, rvačky, vydírání, hrubost, krutost, vandalismus, krádeže, útěky, záškoláctví, loupeže
- předčasná sexuální zralost – častější jsou abnormality
- vztahy k vrstevníkům jsou trvale narušené
- chybí empatie
- nedostatek přátel
- izolovanost
- neoblíbenost
- vztahy k dospělým nebývají důvěrné – chovají se účelově
- v dospělosti **často krystalizuje do disociální poruchy osobnosti**

Socializovaná porucha chování F91.2

- dítě je zapojeno do skupiny dětí stejného věku s určitými rituály, přátelstvím a strukturou organizace
- špatné vztahy k autoritám
- doma mohou být vztahy dobré – než se začnou delikty řešit
- negativní vztah ke škole
- záškoláctví – často s kamarádem
- **přečiny s partou**

Porucha opozičního vzdoru F91.3

- diagnostikuje se u mladších školáků **do 10 let**
 - ve vyšším věku se mění na (ne)socializovanou poruchu chování
- u chlapců spíše
- často spojena s hyperkinetickou poruchou
- chování vzdorovité, provokativní
- nepřátelské
- neovladatelné
- hrubost, obviňuje druhé
- problémy s autoritami
- zlostní
- odmítá příkazy, požadavky dospělých
- přecitlivělí na kritiku

- dráždivost, podezíravost
- snížená frustrační tolerance
- není přítomno vážné agresivní chování, porušování zákonů a práv druhých

Smíšené poruchy chování a emocí

- **F92**
- patří do kapitoly **Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci**
- kombinace trvale agresivního, disociálního a vzdorovitého chování s výraznými příznaky deprese, úzkosti a jiných emočních výkyvů
- **depresivní porucha chování F92.0**
 - kombinace poruchy chování v dětství s trvalou a zřejmou depresivní náladou
 - nadměrný smutek, ztráta zájmů, pocity viny, beznaděje
 - časté somatické příznaky

3b) Poruchy myšlení

Kvantitativní poruchy myšlení

Poruchy tempa myšlení

- útlum myšlení, **bradypsichismus**
 - zpomalení tempa, ztráta spontaneity až mutismus
 - zachovaná **determinující tendence**
 - myšlení je i přes to zdravé, pochopitelné
 - při prosté únavě, vyčerpání, tělesně nemocných
 - **u demencí**, mentální retardace
 - **u depresivních stavů**
- překotné myšlení, **tachypsichismus**
 - zrychlení tempa
 - **pseudoinkoherence**
 - myšlení je koherentní, ale je nesrozumitelné, protože části přeskakuje
 - **logorea** (= slovní salát)
 - nemusí být rychlý
 - často u organických poruch
 - ztráta determinující tendence
 - **u manických poruch, intoxikací** alkoholem, krátkodobě i při šťastném zážitku

Poruchy cíle myšlení

- **roztržité** myšlení
 - někdy způsobováno dominující nebo ovládavou představou (ta pramení z normy nebo i z bludu)
- **zabíhavé** myšlení
 - směřuje sice k určitému cíli (**zachovaná determinující tendence**), ale stále odbočuje k vedlejším tématům
- **ulpívavé** myšlení
 - na jednom slově, větě (opakuje je nebo stále zapojuje do řeči)
 - v normě při únavě, rozespalosti, v útlumovém stádiu opilosti
 - v patologii **u organických poruch**
- **nevýpravné** myšlení
 - stále se točí kolem jedné myšlenky
 - v normě u starších lidí

- demence, mentální retardace

Kvalitativní poruchy myšlení

- = poruchy struktury myšlení
- vždy jde o patologii
- **myšlenkový záraz**
 - náhle se zarazí uprostřed myšlenky či slova bez zjevné příčiny
 - často spojený se zárazem jednání
 - vyskytuje se **u schizofrenie**
- **inkoherentní myšlení**
 - =nesouvislé, roztříštěné
 - rozvolnění asociací
 - věty a slova nejsou vázána žádným myšlenkovým poutem
 - → **logorea** (slovní salát)
- **zmatené myšlení**
 - při obluzeném vědomí
 - **mizí determinující tendence**
 - vjemy nejasné, mění se v iluze
 - **vědomí** má snový (**oneiroidní**) charakter
- **autistické myšlení**
 - snížený kontakt mezi subjektivní a objektivní realitou
- **magické myšlení**
 - = symbolické myšlení
 - člověk dává věcem magický, nepravděpodobný význam
 - vytváření vlastní symboliky

Bludy

- vlastnosti bludu
 - **mylné přesvědčení**
 - **nevývratný**
 - nemocný mu plně věří – **nemá náhled**
 - má **patický vliv** na jeho chování
 - **není sdílen** s ostatními (na rozdíl od víry)
 - **vznik** z chorobných duševních předpokladů **na chorobném psychotickém podkladu**
- dělení bludů zpravidla na expanzivní, depresivní, paranoidní

- bludy **expanzivní**
 - **megalomanický**
 - vše se člověka týká, vše s ním souvisí
 - **extrapotenční**
 - je schopen všeho, co si usmyslí, nic není problém
 - **originární**
 - ze slova původ
 - blud o (vznešeném) původu – dnes spíše potomci celebrit
 - **inventorní**
 - vynálezce
 - **reformátorský**
 - už se moc nevyskytuje
 - **religiózní**
 - také už moc nebývá
 - spíše bývají ideové bludy zaměřeny politicky, společensky
 - **erotomanický**
 - někdy se snoubí s originárním
 - přesvědčení, že je člověk sexuálně neodolatelný
 - blud **eternity**
 - blud nesmrtelnosti
 - má obraz přijatelného, nebo dokonce žádoucího faktu
- bludy **depresivní** (= mikromanické)
 - blud **eternity**
 - člověk se toho bojí
 - = ahasferismus
 - **ruinační**
 - zničil jsem naši rodinu
 - **nihilistický**
 - jsem největší hlupák na světě
 - **enormity**
 - jsem divný, všichni to na mně vidí, jen se podívají a je jim ze mne špatně
 - **mikromanický**
 - cítí se být nicotným
 - = psychotická deprese, = melancholie

- **insuficienční**
 - nic nedokážu, nic nezmůžu
- **autoakuziční**
 - kvůli mně tatínek umřel
- **hypochondrický**
 - hníjí ve mně vnitřnosti
- **dysmorfofobický**
 - vypadám divně, mám křivou ruku, nedorostla mi noha, všichni to vědí, ale nechtějí mi to říct
- bludy **paranoidní**
 - **paranoidní**
 - = vztahovačné
 - něco indiferentního si stáhnou na sebe
 - může být společenským jevem – čarodějnické procesy, 50. léta u nás („pozor, nepřítel naslouchá“)
 - **snadno navoditelná**, emočně přenosná
 - **perzekuční**
 - člověk je konkrétně pronásledován (sousedé, úřady ...)
 - **u poruch s bludy**, u toxických psychóz (**stimulancia**)
 - **kverulační** (= stěžovatelský)
 - člověk si preventivně stěžuje, vidí ve svém okolí podezřelé věci, snaží se s nimi něco dělat
 - **emulační** (= žárlivecký)
 - vytvořený z difuzní, neurčité paranoidity
 - **snadno ho lze vyvolat**
 - **transformační**
 - člověk se změnil v někoho jiného, nebo se něco změnilo v něm
 - často se pojí s bludem metamorfózy
 - blud **metamorfózy**
 - změnila se část člověka
- **paranoidní jsou velmi časté (hlavně: paranoidní, perzekuční, emulační)**
- depresivní se objevují docela málo
- další dělení
 - **primární**
 - = nesyntonní, = inkongruentní
 - vedoucí příznak poruchy

- **sekundární**
 - = syntonní, = kongruentní
 - doprovodný příznak poruchy
 - odvozen např. od patické nálady (deprese, mánie)
- **indukovaný**
 - z induktora na indukovaného pacienta
 - psychický přenos, sdílení bludu
 - když se ti dva lidé oddělí, ten co ho měl jako primární, ho má dál, ten co ho „chytil“ ho ztratí
- **solitární**
 - = monosymptomatický
- **ohraničený**
 - dále se nešíří
- **systemizovaný**
 - bludný systém

Vtíravé myšlenky a jednání

- **myšlenky = obsese**
 - **přetrvávající myšlenky, impulsy či představy**
 - člověk je vnímá jako rušivé a nesmyslné
 - snaží se je ignorovat, potlačit, neutralizovat
 - **má náhled**, ví, že vznikají spontánně v jeho mysli
 - docela na to pomáhají antipsychotika
 - např. kontrolování bytu
- **jednání = kompulze**
 - opakující se jednání **s určitým cílem**
 - subjekt je koná v důsledku reakce na obsesi
 - podle určitých ceremoniálních, rituálních pravidel či stereotypním způsobem
 - **má neutralizovat působení obsese**
 - **má náhled** na nesmyslnost nebo nadměrnost tohoto jednání

4a) Psychická deprivace a subdeprivace

Psychická deprivace

- citová a podnětová
- někdy označováno jako **psychické zanedbávání**
- jako dlouhodobý nedostatek uspokojení potřeby lásky a vřelého intenzivního vztahu
- často u dětí v ústavech
- více ohroženy jsou děti:
 - duševně nemocných rodičů
 - mentálně postižených
 - invalidních rodičů (když jsou nekompenzovaní)
 - příslušníků etnických nebo národnostních menšin
 - které mají jinou reaktivitu (dráždivé, neklidné, plačtivé, pasivní, s nepravidelnými fyziologickými funkcemi, s intenzivními emocemi, se sníženou adaptabilitou)
 - kterým chybí oba rodiče
 - mají jen jednoho rodiče, který nemá čas nebo zájem, případně dítě připomíná partnera, který odešel
 - z rodin nízké socioekonomické úrovně
 - z rodin s velkým počtem dětí
 - přezaměstnaných rodičů nebo rodičů s exkluzivním zaměstnáním
 - z rodin utečenců a migrantů
 - vyrůstající v ústavech
 - z rodin hlásících se k náboženské sektě
- méně výrazné případy = **subdeprivace**
 - nedostatečné uspokojování základních potřeb
 - strádání je mírnější
 - strádání je **obtížněji zjistitelné** než u deprivace
 - rodiny často bez nápadné patologie
 - přehnaná kritičnost, tlak na výkon, odmítání zájmů, cílů dítěte, nízká empatie vůči dítěte
 - nevede k sociální invalidizaci – dokáže se zařadit
 - projevy:
 - zvýšená agresivita, šikanování druhých
 - jiné poruchy chování
 - horší školní výkon u dítěte s dobrým nadáním

- provokativní získávání pozornosti
- apatie, inhibice
- únik do nemoci
- náhradní uspokojování emocionálních potřeb
- vývoj dítěte s psychickou deprivací
 - narušení **kognitivního a motorického vývoje**
 - častá vývojová retardace
 - u dětí v ústavní péči od útlého věku nejméně opožděn vývoj řeči a sociálního chování
 - při přemístění do podnětného prostředí to mohou dohnat
 - narušení **vývoje osobnosti**
 - narušení schopnosti navazovat hlubší sociální vztahy
 - v dospělosti v nejzávažnější formě **disociální porucha osobnosti**
 - **projevy chování a sociálních vztahů** emočně deprivovaných dětí
 - a) **sociální hyperaktivita**
 - snadno a rychle navazuje kontakt s dospělými
 - bez výběru cílů
 - chybí sociální inhibice
 - chybí strach z cizích lidí
 - tvoří povrchní rozptýlené vztahy
 - u starších dětí poruchy chování a špatné vztahy s vrstevníky
 - dezinhibovaná přichylnost v dětství F94.2
 - b) **sociální provokace**
 - od batolecího věku se domáhají pozornosti záměrnou provokací
 - agresivní projevy, destruktivní chování
 - zároveň jsou úzkostné
 - c) **útlumový typ**
 - pasivní, apatické, málo iniciativní
 - v zařízeních u personálu oblíbené – nic nechtějí, nezlobí
 - uspokojují své potřeby náhradními způsoby (jídlo, masturbace) – ventilace úzkosti

4b) Poruchy emocí, pudů a vůle

Emoce

- dělení emocí
 - podle **intenzity** a časového **trvání**
 - emoční zabarvení počitků a vjemů
 - **afekty** (krátkodobé, prudké emoční reakce)
 - **nálady** (protrahované, různě intenzivní emoční stavy)
 - **city**
 - podle **hierarchického uspořádání**
 - **nižší** (vyvolané podněty z vitální oblasti)
 - **vyšší** – specificky lidské (intelektuální city, estetické city, etické a morální city)
 - podle **emočního zabarvení**
 - **kladné**, pozitivní, příjemné
 - **záporné**, negativní, nepříjemné
 - podle **náboje**
 - **stenizující** (např. zlost)
 - **astenizující**, demobilizující (např. smutek)
- **temperament**
 - **základní emoční dipozice**
 - určuje charakter reakcí
 - zahrnuje také tempo a intenzitu jednání
- emoční **labilita**
 - proměnlivé emoce i na slabé podněty
 - povahové (histrionská osobnost) příčiny
 - organické (demence, intoxikace) příčiny

Poruchy afektů

- **hypersenzitivita**
 - dojmavost, lítostivost
 - lehký vznik emocí (emoce jsou trvalejší než u lability)
 - více u žen, více ve vyšším věku
 - u organických poškození
- **patická afektivní dráždivost**
 - sklon k nadměrně silným afektům (např. výbuch vzteku)

- hl. u **organických mozkových poruch** (multiinfarktová demence, některé oligofrenie, intoxikace, epilepsie, závislost na alkoholu)
- **patický afekt**
 - neobyčejně intenzivní afekt
 - souvisí s ním **porucha vědomí**, na chvíli mráкотný stav
 - **ztráta vzpomínek**
 - úplné vymizení rozpoznávacích a ovládacích schopností
 - velmi vzácný
- **patická opilost**
 - mráкотný stav v opilosti
- **afektivní ambivalence**
 - současné prožívání protikladných emocí v témže okamžiku
 - „odi et amor“ (nenávidím a miluji, z Ovidia)
 - u těžkých **depresivních stavů a SCH**
- **emoční inkontinence**
 - reakce s patickým pláčem i na neemoční podněty
 - typická pro poruchy mozku při multiinfarktových **organických postiženích**
- **fobie**
 - chorobný, bezdůvodný strach z věcí, situací
 - **má vždy svůj objekt** (na rozdíl od úzkosti)

Poruchy nálady

- **patické nálady**
 - změny v intenzitě nálady
 - odlišná kvalita nálady
 - více demobilizuje
 - zpomaluje všechny psychické i tělesné pochody
 - trvání
 - týdny, měsíce, léta
 - průměrná délka patické nálady 6 měsíců
 - do značné míry nezávislá na kvalitě psychogenních faktorů
 - depresivní člověk se vtípky potěšit nedá
 - zásadní a hluboký **vliv na osobnost, postoje, jednání**
 - není ovlivnitelná ani příznivými prožitky
 - není přístupná logickému, racionálnímu přesvědčování

- **euforická**
 - spokojenost, bez zvýšené aktivity
 - u poškození frontálního laloku, paralytické demence
- **expanzivní**
 - vysoká aktivita, sebevědomí, zasahování do okolí
 - **u manické poruchy, hebefrenie**
- **exaltovaná, extatická**
 - doprovázená pocitem blaha, nadšení, vytržení
 - jednosměrné zvýšení aktivity
 - u **epilepsie, psychotických a disociativních stavů**
- **explozivní**
 - sklon k agresi, hněvu, vzteku
 - chybí pozitivní vyladění
 - u **epilepsie, chronického alkoholismu, explozivních poruch osobnosti**
- **apatická**
 - snížené psychomotorické tempo
 - skleslost, lhostejnost, abulie se ztrátou iniciativy, bezradnost
 - **depresivní poruchy, demence, toxikomanie, těžké somatické onemocnění**
- **bezradná**
 - neschopnost rozhodování, prožívaná nepříjemně
 - může být spojena s neklidem
- **depresivní**
 - součást mnoha poruch
 - snížení **dynamogenie** – neschopnost cokoli dělat
 - bývá zabarvena emočně (smutek, strach, bezútěšnost)
 - zpomalení vitálních i psychomotorických funkcí
 - může být sebeobviňování, sebevčítky
 - časté nebezpečí sebevraždy
 - u **depresivních poruch, u SCH, u poruch osobnosti** (emočně nestabilní porucha osobnosti), u **organických mozkových poruch, epilepsie, demence, toxikomanií, somatických onemocnění**
- **manická nálada**
 - méně častá než depresivní nálada
 - nadměrná dynamogenie
 - + někdy pocity blaženosti, nadměrného štěstí, může ale být i **rezonantní** (vysoce dráždivá, hlavně dysforicky)

- zvýšené psychomotorické tempo, myšlenkový trysk, přeskakování v pozornosti, činnostech
- v rámci manické nálady mohou vyskytovat tyto formy nálady: **euforická, expanzivní, exaltovaná a explozivní** (těch explozivních přibývá, je to tak 3:1)
- u **bipolární poruchy nálady, paralytické demence, psychotických stavů** různého původu
- **hypomanická**
 - atributy manické nálady, ale ve sníženém stupni
 - → umožněná kvalitní a produktivní aktivita

Poruchy citů

- vyšší city
 - porušeny buď **somatické bázi** (poškození CNS, MR, tumory mozku, demence) nebo na **psychické** (psychotická onemocnění, hl. SCH)
- **disociální porucha osobnosti**
 - anetičnost, nedostatek soucitu, bezohlednost vůči normám obce, neschopnost zakoušet vinu („došlo ke vztažení ruky“ = uškrtil jsem babičku), poučit se ze zkušenosti a trestu
- **histrionská porucha osobnosti**
 - nezralost, mělká a labilní emotivita
 - nadměrná vřelost, oddanost, závislost, k tomu egocentrismus a nenávisť
 - strhávají pozornost na sebe, ale ne proti někomu
- **schizoidní porucha osobnosti a schizofrenie**
 - emoční chlad, odstup
 - výrazná necitlivost pro převládající společenské normy a konvence
 - strategie není normu překračovat (to dělá disociál)
 - netaktnost, neomalenost
- **nadměrný vývoj vyšších citů**
 - u hypersenzitivních, přehnaně svědomitých, pečovatelských osobností

Jednání a vůle

Kvantitativní poruchy

- **hyperagilnost**
 - zvýšená tělesná a duševní aktivita, zvýšení dynamograme
 - u konstituční hypomanie
 - při psychogenním **rozrušení**
 - u manické a expanzivní nálady při **BAP** a při jiných psychózách
 - při **hypertyreóze**

- u některých **intoxikací**
- na stupni hyperagilnosti záleží, jestli udělá determinující tendenci a své cíle a nápady dokončí
 - nebo se roztrhne a činnost se stává neproduktivní, rušivou, škodlivou pro nemocného i pro jeho okolí
- **agitovanost**
 - porucha jednání na hranici poruch kvantitativních a kvalitativních
 - neklidným zmateným, bezcílným pohybem
 - často úzkost
 - může se stupňovat v **jaktaci** (zmítání na lůžku)
- **hypoagilnost**
 - všeobecné ochuzení aktivity
 - u tělesné slabosti, vyčerpání
 - **deprese**, některé **intoxikace**, různá **organická onemocnění** těla i CNS

Kvalitativní poruchy jednání

- **katatonické symptomy**
 - primitivní psychomotorické projevy
 - jejich obraz vyjadřuje prototyp laické představy o chování psychicky nemocného
 - často nenavazuje kontakt s okolím
 - **porucha vědomí není přítomna**
 - a) **produktivní forma**
 - nadbytek mimických a pantomimických pohybů
 - stereotypní, bizarní mimika a gestikulace (**grimasování, manýrování**)
 - b) **stuporózní forma**
 - útlum různého stupně (od zmenšené pohyblivosti ke strnulosti trvající týdny)
 - příčina je buď psychogenní (katastrofický zážitek) nebo endogenní (SCH, melancholie)
- **katalepsie**
 - = flexibilitas cerea (vosková ohebnost)
 - nadměrná pasivita vůči vnuceným nastavením částí těla
 - dlouhé setrvání v navozených, často nepohodlných polohách
- **záraz jednání**
 - náhlá přechodná zástava myšlenkové i jiné činnosti bez příčiny
 - u SCH
- **negativismus**
 - odpor vůči příkazům a výzvám

- a) **pasivní** – subjekt příkaz neprovede
- b) **aktivní** – vykoná opak příkazu
- **povelový automatismus**
 - pacient splní rozkaz hned, bez váhání, bez ohledu na případnou bolest s ním spojenou
- **manýrování**
 - bizarní, karikované pohyby a ceremoniály při jídle, oblékání ...
- **raptus**
 - bouřlivé a výbušné jednání
 - vede k (auto)agresi
 - většinou pramení z **vystupňované úzkosti**
 - u těžké **deprese** a **SCH**
- **impulzivní jednání**
 - **neovladatelné puzení** k určitému činu (bezvýznamný i závažný)
 - bez úvahy, bez emočního doprovodu, bez vzrušení
 - **pamatuje si** na událost
 - neumí podat vysvětlení, vysvětlit motivaci
 - u **SCH, demence**
- **zkratkové jednání**
 - od běžné lehkovážnosti po hluboce patické jednání
 - **vědomí zachováno**
 - přiměřená emoční reakce
 - jednání vede k cíli nejkratší cestou
 - obvykle výbušný počátek
 - vznik na základě pocitu nesnesitelnosti situace
- **automatismy**
 - stereotypně se opakující pohyby, výkony
 - **mohou být kdykoli volně zastaveny** – ale při oslabení pozornosti opět začínají
 - časté i u zdravých lidí při nudě, duševní práci, napětí
 - součást **hospitalizačního syndromu**
 - často u **MR**

Poruchy vůle

- **hypobulie**
 - nerozhodnost
 - **abulie** – úplná ztráta schopnosti zahájit nějakou činnost

- u tělesných onemocnění, při vyčerpání
- u **depresivních** poruch, u **SCH**
- **hyperbulie**
 - nadměrná energie, rozhodnost, houževnatost
 - v patickém stupni u **mánie**
 - hypertymní poruchy osobnosti
 - u osob **trpících ovládacími představami**
 - u **trvalé duševní poruchy s bludy**

Pudy

- **sexuální pud**
 - složky sexuálního pudu
 - sexuální identita
 - orientace
 - role
 - aktivita
- pud **péče o potomky**
 - týrání → syndrom týraného dítěte
 - zanedbávání dítěte
 - opičí láska
- **obživný pud**
 - silný, málo zranitelný pud
 - **sitofobie** (odmítání jídla)
 - **pica** – pojídání nestravitelných předmětů
 - bulimie
 - anorexie
- pud **sebezáchovy**
 - **automutilace**
 - **suicidium** (tentamen suicidii = sebevražedný pokus)

5a) Sociální patologie dětského věku, dítě ohrožené prostředím

- = děti ohrožené prostředím

Týrání dítěte

- **tělesné týrání, emoční týrání** (nadměrná kritika, sociální izolace)

Zneužívání dítěte

- pro uspokojení vlastních potřeb
- **sexuální** zneužívání
- **ekonomické** zneužívání
- zneužívání **k práci**
- patří sem i **Münchhausenův syndrom by proxy**

Zanedbávání dítěte

- **tělesné potřeby** – výživa, hygiena, nedostatečná léčba
- **nedostatek stimulace**
- **nedostatečný dohled**
- **vystavování dítěte nebezpečí** doma i venku
- vystavování dítěte **stresujícím situacím** (např. dítě v rodině, kde je domácí násilí)
- **zanedbávání vzdělávání** a kulturních potřeb

Syndrom CAN

- = **týrání, zneužívání, zanedbávání dítěte, úmyslné ubližování nejbližšími pečovateli, které má závažný dopad na život dítěte, na jeho další vývoj a na jeho postavení ve společnosti**
- zanedbávání
 - spíše pasivní forma neadekvátního zacházení
- týrání a zneužívání
 - většinou aktivní forma neadekvátního zacházení
- tělesné týrání
 - velmi jím jsou ohroženy děti v 1. a 2. roce života – nemohou se nijak bránit, utéct, upozornit na to
 - velmi malé děti často umírají následkem tělesného týrání
- často bývají **opožděné ve vývoji**
 - ← organické vlivy (subdurální hematom ...)
 - ← málo podnětné prostředí

- ← nízká motivace dítěte k učení
- ve velké míře se dá dohnat v podnětném prostředí
- projevy
 - vážné abnormality v chování
 - apatie, inhibice, pasivita
 - silná agresivita
 - neklid, hypervigilance, úzkostné soustředění na okolí
 - ochranné tendence k mladším sourozencům
 - hra bývá dezorganizovaná, bez cíle
 - chování bývá ambivalentní vlivy prostředí
 - ← nízká motivace dítěte k učení
 - ve velké míře semity v chování
 - apatie, inhibice, pasivita
 - silná agresivita
 - neklid, hypervigilance, úzkostné soustředění na okolí
 - ochranné tendence k mladším sourozencům
 - hra bývá dezorganizovaná, bez cíle
 - vyhýbavé chování (reaktivní porucha přichylnosti v dětství)
- ve školním věku
 - úzkost, deprese
 - agrese - vůči okolí či vůči sobě (automutilace)
 - nízké sebehodnocení
 - bojí se jít domů s horší známkou
 - sociální odtahovanost – nenavazuje vztahy s vrstevníky ani s dospělými
 - excesivní agrese, neposlušnost
 - neschopnost sociálního porozumění
 - hostilní atribuční styl
 - agresivní řešení konfliktů („identifikace s agresorem“)
- dospívání
 - zvýšené riziko delikvence
 - útek z domova
- **v dospělosti často vzniká porucha osobnosti** (disociální, hraniční, impulzivní), projevují se poruchy chování
- při emočním týrání bývá postižen osobnostní vývoj dítěte a sebepojetí

- **sexuální zneužívání**
 - = **nepatřičné vystavení dítěte pohlavnímu kontaktu, činnosti či chování**
 - dotykové/bezdotykové
 - následky se liší podle:
 - zda byl pachatel **známý** nebo **cizí**
 - zda šlo o **jednorázový** nebo **opakovaný čin**
 - **co po tom následovalo**, jak se to řešilo, jaká byla odezva na informaci od dítěte
 - k traumatizaci přispívá:
 - nešetrný průběh vyšetřování
 - rozpad rodiny
 - umístění do dětského domova
 - zda se dítě mohlo bát o svůj život
 - následky u více než 50% zneužitých dětí
 - následky na vnitřní rovině
 - úzkost, deprese
 - bezmoc
 - pocity viny (i za to, že to řekly a rodina se pak rozpadla)
 - stud
 - vztek
 - následky na vnější rovině
 - poruchy chování
 - automutilace
 - zhoršení školního prospěchu – není v souladu s intelektuální kapacitou
 - u mladších dětí více úzkosti a psychosomatické symptomatiky
 - u starších spíše psychické poruchy (hostilita, nepřízpůsobivost, antisociální chování)
 - může vést ke **zvýšeně erotizovanému chování (= sexualizované chování)** – projevuje se ve hře, v kontaktu s vrstevníky a dospělými
 - dlouhodobé projevy se mohou projevit jako:
 - disociativní poruchy
 - deprese
 - úzkost
 - PTSD
 - patologie osobnostního vývoje
 - poškození sexuální role, identity, schopnosti intimních vazeb
 - dítě ztrácí blízké osoby, které by měly být důležitým zdrojem opory

- následky jsou horší horší
 - podle **časnosti začátku**
 - podle **dlohodobosti**
 - **těsnosti vztahu** pachatele a oběti
 - podle **míry zneužívání**
- symptomy vedoucí k podezření na sexuální zneužívání:
 - sexualizované chování nepřiměřené věku
 - strach ve vztahu k určitým objektům, místům, zvukům
 - výrazná, věkově neodpovídající separační anxiety (nejednou odmítá opustit mámu a jít do školky apod.)
 - náhlé objevení se psychosomatických poruch
 - noční děsy
 - sexuálně-agresivní chování k vrstevníkům, mladším sourozencům
 - u adolescentů promiskuitní chování
- manipulace dítěte jedním rodičem proti druhému rodiči
 - negativní programování
 - ovlivňování dítěte
 - popouzení dítěte
 - často v rámci rozvodu

Münchhausenův syndrom by proxy

- patří do skupiny **předstíraných (faktivních) poruch**
- jedna osoba (často matka) předstírá nebo vytváří u dítěte potíže, kvůli nimž vyhledává s dítětem zdravotnickou péči
- **jde o zneužívání dítěte**
- cílem matky je komunikace se zdravotnickým personálem a **získání zástupné role nemocného**
- časté je vyvolávání nebo předstírání krvácení, záchvatovitých poruch, nevolnosti, teploty
- projevy:
 - referování o neexistujících poruše
 - manipulace s nálezy (např. přidání menstruační krve do moči dítěte)
 - nebezpečné poškození tělesného stavu dítěte (podávání nevhodných léků)
- větší děti se mohou situaci přizpůsobovat – spolupracovat na udržování poruchy
- matky viděny jako pečující, navazující těsné vztahy se zdravotníky
 - interakce se zdravotníky je silně emočně obsazená
 - někdy ambivalentní - kritika lékařů, personálu

- spolupracují
- se zdravotníky si povídají nejen o problémech dítěte
- **chování matek není motivováno vnějším ziskem** (např. ekonomickým) – tím se liší od simulace
 - u Münchhausenova syndromu je **motivace nevědomá** – získání pozornosti
- reakce matek při konfrontaci s tím, že to zdravotníci prokoukli
 - dramatická reakce
 - odmítají to
 - deprese
 - vyhrožování sebevraždou
- matky mívají v anamnéze:
 - týrání nebo zneužívání v dětství
 - somatizační poruchy
 - poruchy příjmu potravy
 - příznaky Münchhausenova syndromu
- etiologie
 - patologický vztah matky a dítěte
 - matčina zkušenost se zneužíváním a odmítáním z dětství
 - reakce zdravotnického systému, která z počátku toto chování posiluje (matka je chválena za to, jak vše zvládá, jak je pečlivá)
- rizikové znaky:
 - opakující se, přetrvávající onemocnění, pro které není dostatečné vysvětlení
 - rozpory mezi anamnézou, klinickými nálezy a stavem dítěte
 - symptomy pozorovány v matčině přítomnosti
 - dítě nereaguje na obvyklou léčbu
 - matka je vždy hospitalizovaná s dítětem, působí jako velmi pečující
 - matka působí jako kdyby se více starala o dění v nemocnici, než o nemoc dítěte (neptají se na prognózu, postup)
 - rodina, kde došlo k náhlému a nevysvětlitelnému úmrtí dítěte
 - matka má zkušenosti ve zdravotnické profesi a obsáhlou historii vlastních nemocí a potíží

5b) Organické duševní poruchy

- **F00 – F09**
- **organické poruchy X funkční poruchy**
- více patří neurologům, psychiatrům
- možnost průkazu **organické etiologie**
 - onemocnění, úraz, poškození mozku, která vedou ke stálé nebo přechodné mozkové dysfunkci
- nezjišťujeme „hardware“, substrát, ale funkci
- a) **primární dysfunkce**
 - mozek je poškozen přímo a selektivně
- b) **sekundární dysfunkce**
 - vyplývá se systémových onemocnění nebo poruch, jež zasahují mozek jako jeden z mnoha orgánů nebo tělesných systémů
- „organický duševní syndrom“, „organická duševní porucha“, „organický psychosyndrom“, „organicita“
 - toto se už neříká ← nemůžeme si být jisti, že tam je poškození substrátu
 - ptáme se po „kognitivních deficitech“
 - **organický duševní syndrom** = seskupení psychických a behaviorálních znaků a příznaků **bez zřetele k etiologii**
 - **organická duševní porucha** = ty organické duševní syndromy, kde je **etiologie známá**

Obecný přístup k diagnostice organických duševních poruch

1. podle základních psychopatologických projevů
 - a) nejvýznamnějšími a stálými projevy jsou **poruchy kognitivních funkcí**
 - intelekt, učení, schopnost diferencovat, plánovat, paměť, řeč, psaní, manipulace s předměty
 - demence, delirium, amnestický syndrom
 - b) projevují se nejvíce v oblasti **vnímání** (halucinace), **obsahu myšlení** (bludy), **nálady** a **emocí** (deprese, úzkost, anxieta), **osobnosti, chování**
2. **shodná vyvolávající příčina různých duševních syndromů**
 - např. neurosyfilis může způsobit delirium, demenci, organický syndrom s bludy, organickou halucinózu, organický afektivní syndrom, organicky podmíněnou poruchu osobnosti
3. **věk začátku poruchy**
 - očekává se spíše vyšší věk
4. **nespecifické příznaky a znaky**
 - nerovnoměrný a kolísající výkon
 - zhoršení intelektu, paměti, kognitivních funkcí (nevýpravné myšlení, snížení objemu informací, ztráta intelektové flexibility, perseverace, dyskalkulie, špatný úsudek)

- změna osobnosti
- dezorientace
- vizuální halucinace, iluze
- frázovitá nebo překotná mluva s omezeným slovníkem
- emotivita z počátku depresivní, úzkostná, labilní, později oploštělá, apatická
- parestezie (např. mravenčení pokožky, pocity hemžení hmyzu pod kůží)
- zhoršení motorické koordinace
- delirium s projevy nesmyslné zaměstnanosti (např. neustálé přeskládávání prádla)
- vegetativní příznaky (tachykardie, horečka, pocení)
- náhlý začátek bez předchozí osobní či rodinné pozitivní psychiatrické anamnézy, především nad 40 let věku
- vše toto se může vyskytovat i jinde!!!

5. faktory ovlivňující příznaky organických duševních poruch

- **fyzikální vlivy**
 - rozsah organického postižení
 - rychlost, jakou je mozek poškozen
 - somatický stav pacienta
- **psychické vlivy, osobnost**
 - osobnost pacienta a psychologické obranné (copingové) mechanismy
 - inteligence a vzdělání
 - když přijde o 30 bodů IQ tesař, je to větší průšvih, než u vysokoškoláka
 - úroveň premorbidní psychické přizpůsobivosti
 - současný psychický stres, konflikt
- **sociální vlivy**
 - stupeň sociální izolace či podpory
 - obeznámenost s prostředím
 - nedostatek či přemíra podnětů

Demence

- **F00 – F03**
- vznik následkem onemocnění mozku
 - obvykle chronického nebo progresivního rázu
- vědomí není zastřené
- úbytek kognitivních funkcí
- porušení exekutivních funkcí

- pokles paměti
 - hl. novopaměti
 - jak verbální, tak neverbální – ale rozdíl mezi nimi poukazuje na pokles kognitivních funkcí
- někdy zhoršení kontroly emocí
- narušení sociálního chování
- narušení motivace
- obecná diagnostická kritéria MKN-10 pro demenci
 - pokles **paměti – mírný stupeň**
 - je na překážku denním činnostem, ale **neznemožňuje soběstačný život**
 - hlavní postiženou oblastí je schopnost učení se nové látce
 - např. neví, kam odložil běžné denní věci, jaké informace nedávno obdržel
 - pokles **paměti – střední**
 - vážný problém pro soběstačný život
 - nové informace se spíše neuloží
 - uchovává se jen hluboce vštípená nebo velmi dobře známá látka
 - nevybaví si, kde se nachází, co nedávno dělal, jména známých lidí
 - pokles **paměti – těžký**
 - nerozeznává ani blízké osoby
 - úplná neschopnost vštípit nové informace
 - zůstávají jenom fragmenty dříve získaných informací
 - s takovými lidmi psycholog diagnosticky nepracuje
 - pokles dalších kognitivních schopností
 - úpadek úsudku a myšlení (při plánování, organizování, zpracování informací)
 - důkazy ideálně zjistit od jiné osoby, doplnit neuropsychologickými testy, snížení předchozí vysoké úrovně výkonu
 - **mírná demence**
 - pokles kognitivních schopností způsobuje zhoršení výkonu v denním životě
 - jedinec není závislý na jiných
 - nemůže provádět komplikované denní činnosti či rekreační aktivity
 - ale subjektivně je velmi nepříjemná
 - **střední demence**
 - nemůže v denním životě fungovat bez pomoci druhých osob (např. nemůže manipulovat s penězi)

- úbytek **emoční kontroly** nebo **motivace** nebo změna v **sociálním chování** se projevují nejméně jedním z následujících příznaků:
 - emoční labilita
 - podrážděnost
 - apatie
 - obhroublost ve společenském vystupování
- epidemiologie, etiologie, a patogeneze
 - 5% ve věku nad 65 let
 - 20% nad 80 let
 - nejdůležitějším rizikovým faktorem je zvyšující se věk
 - 10% demencí je reverzibilní
 - vaskulárního původu, traumatického původu, způsobené látkovým deficitem, infekcí
 - ireverzibilní
 - Alzheimer, Pickova d. ...
- diferenciální diagnostika demence
 - zapomnětlivost při normálním stárnutím
 - pozor při kombinaci s depresí
 - delirium
 - značné kolísání klinického průběhu (u demence v podstatě nekolísá)
 - deprese
 - schizofrenie
 - často u nich dochází ke kognitivního deficitu
 - mentální retardace
 - simulace a faktitivní porucha

Demence u Alzheimerovy choroby F00

- Alzheimerova choroba je **primární degenerativní onemocnění mozku**
 - neznámá etiologie
 - charakteristické neuropatické a neurochemické rysy
- začíná plíživě, pozvolný
- nejčastější typ demence
 - **65%** demencí ve věku nad 65 let
- častěji u žen
- může trvat 2-3 roky, někdy ale déle
- pokud začne před 65. rokem, má rychlý průběh deteriorace

Vaskulární demence F01

- souvisí s prokrvením mozku, s infarktovými stavy v mozku
 - rizikové faktory: hypertenze, srdeční onemocnění
- 2. nejčastější
 - **10%** všech demencí
- častěji u mužů
- diagnostická kritéria MKN-10:
 - zhoršení **paměti**
 - alespoň jedno z tohoto:
 - **afázie** (ztráta symbolické funkce řeči vztahující se k chápání a vyjadřování myšlenek prostřednictvím slov)
 - **apraxie** (neschopnost provádět motorické aktivity navzdory neporušeným motorickým funkcím)
 - **agnozie** (neschopnost rozpoznávat věci)
 - **narušení exekutivních funkcí** (plánování, organizování, abstrakce)

Demence u chorob klasifikovaných jinde F02

- u Pickovy choroby
- u Creutzfeldovy-Jacobovy choroby
- u Huntingtonovy choroby
- u Parkinsonovy choroby
- u infekce HIV

Nespecifikovaná demence F03

Organický amnestický syndrom F04

- nápadné **zhoršení recentní paměti** nebo **výbavnosti** při zachované bezprostřední paměti
- redukce schopnosti učit se
- při narušení krátkodobé paměti → dezorientace v čase, anterográdní amnézie
- **konfabulace** – nezáměrné vyplňování mezer v zapamatovaném
 - fyziologicky do 3-4 let
 - kvůli ní nemusí být porucha z počátku rozpoznána
- vnímání a intelekt nebývají zasaženy
- nenacházíme změny v emoční, sociální oblasti

Delirium, které není vyvolané alkoholem F05

- etiologicky nespecifický organický mozkový syndrom
 - může být přítomen při různých druzích narušení CNS
- poruchy **vědomí** a **chování, vnímání, myšlení, paměti, psychomotorického chování, emotivity, schématu spánek-bdění**
- intenzita **měnlivá v čase**
- trvá hodiny až týdny (někdy až měsíce)
- kritéria
 - **zastřené vědomí** (v tom se hodně liší od demence) + **poruchy pozornosti**
 - narušení **kognitivních funkcí** (oba příznaky)
 - dezorientace v čase
 - zhoršení bezprostřední a recentní paměti
 - **psychomotorické příznaky** (nejméně 1)
 - rychlé přechody z hypoaktivity do hyperaktivity
 - prodloužený reakční čas
 - zvýšený či snížený proud řeči
 - prodloužená úleková reakce
 - **poruchy spánku** (nejméně 1)
 - insomnie
 - zhoršování příznaků v noci
 - rušivé sny a noční můry
 - příznaky jsou v průběhu dne **měnlivé**
- vyskytuje se často
- může se vyskytnout u kohokoli při upadání do kómatu či při probouzení z něj, po celkové anestezii, u člověka předávkovaného psychoaktivní látkou
- nejčastěji u dětí (nezralý mozek) a u lidí nad 60 let
- při poranění mozku
- při alkoholismu

Jiné duševní poruchy, způsobené poškozením mozku, jeho dysfunkcí a somatickou nemocí F06

- **organická halucinóza F06.0**
 - halucinace se vyskytují při jasném vědomí
- **organické katatonní poruchy F06.1**
 - stupor či neklid

- **organický syndrom s bludy** (schizoformní) F06.2
 - bludy mohou být doprovázeny halucinacemi
 - charakter bludů může připomínat schizofrenii
 - časný při epilepsii
- **organické afektivní poruchy** F06.3
- **organická úzkostná porucha** F06.4
- **organická disociační porucha** F06.5
 - částečná či úplná ztráta normální integrace mezi staropaměti, vědomím identity, okamžitými podněty a kontrolou tělesných pohybů
- **organická emočně labilní (astenická) porucha** F06.6
- **mírná kognitivní porucha** F06.7
 - snížení kognitivního výkonu
 - zhoršení paměti, koncentrace, obtíže při učení, zpomalení myšlení, zhoršení mluvy, vizuálně-prostorové funkce
 - příznaky nesvědčí pro demenci, organický amnestický syndrom či delirium

Poruchy osobnosti a chování způsobené onemocněním, poškozením a dysfunkcí mozku F07

- **organická porucha osobnosti** F07.0
 - změněné chování, které dříve u pacienta nebylo
 - abnormální projevy emocí, potřeb, impulzů (často sexuálních)
 - změny v myšlení a poznávání
 - **musí být prokázáno poškození mozku**
 - **vědomí není zastřené, není přítomen významný úbytek paměti**
 - není dost důkazů pro stanovení diagnózy z oddílu F60 - F69
- **postencefalický syndrom** F07.1
 - změna chování jako reziduální stav po encefalitidě
 - příznaky nespecifické, různé u jednotlivých osob
- **postkomoční syndrom** F07.2
- vzniká po poranění hlavy

6a) Pervazivní vývojové poruchy

- **F84**
- řadí se do kapitoly **Poruchy psychického vývoje**
- těžké vývojové poruchy, mají svůj počátek v raném dětství
- projevují se od narození nebo začínají v batolecím či předškolním věku
- primárně je narušen vývoj sociálních vztahů a dovedností
- důsledky tohoto narušení jsou vše pronikající, závažně narušují adaptivní fungování dítěte
- etiologie
 - biologická
 - heredita
 - např. autistický fenotyp
 - organické narušení CNS v prvních stádiích těhotenství
- hlavní projevy:
 - významné narušení vnímání sociální reality
 - dítě má minimální vhléd do vlastního chování
 - jeho projevy jsou pro okolí těžko srozumitelné
- F84 – poruchy autistického spektra (kontinua)
 - **F84.0 Dětský, infantilní autismus** (Kannerův)
 - **F84.1 Atypický autismus** (PDDNOS)
 - **F84.3 Jiná desintegrační porucha v dětství**
 - **F84.5 Aspergerův syndrom**

Základní kritéria

- kvalitativní porucha reciprokých **sociálních interakcí**
 - specifický deficit, který je jádrem poruchy
 - jako by neodlišovali živé od neživého
 - zřetelně nereaguje na přítomnost nebo nepřítomnost dospělého člověka
 - s lidmi zachází jako s předměty
 - někdy se aktivně brání očnímu kontaktu nebo „zírá skrz“ druhého
 - nechtějí/neumí se mazlit s rodiči
 - nevyhledávají pomoc ani přítomnost druhých lidí
 - neprojevují aktivně zájem o hru s druhými dětmi
 - nenavazují přátelské vztahy
 - chybí schopnost empatie

- nejsou schopni skutečné reciprocity, nechápou potřeby a pocity druhých, ani běžné sociální konvence
- nerozumí sociálním signálům
- **kvalitativní porucha komunikace**
 - hlavně deklarativní složky
 - velmi málo napodobují druhé
 - neužívají gesta, mimice a ostatním tělesným pohybům chybí komunikační význam
 - narušeno je sociální načasování řeči v dialogu
 - skoro polovina dětí s autismem si nikdy neosvojí mluvenou řeč
 - při vývoji řeči nepoužívá slova ke komunikaci
 - vývoj řeči jde přes echolálie a odložené echolálie
 - záměny zájmen
 - abnormality intonace a tónu hlasu
 - špatná artikulace, neplynulost řeči
 - řeč není synchronizovaná s neverbálními komunikačními signály
 - poruchy pragmatiky řeči – hovoří bez ohledu na posluchače a partnera v komunikaci
 - uniká k monologům o svém oblíbeném tématu
 - narušené je porozumění řeči
 - sdělení chápe doslova a konkrétně (problém u ironie, vtipu, metafor)
- **inflexibilita myšlení a hry**, stereotypy, rituály, narušení imaginace, odpor ke změně
 - brání se změně v denní rutině a v uspořádání prostředí – může to být projev úzkosti, ne PAS
 - vyžadují dodržování rituálů
 - symbolická hra je chudá, mechanická nebo chybí
 - repertoár zájmů je velmi omezený (často technické zájmy, čísla, seznamy)
 - spontánní hra je stereotypní, rigidní
 - autostimulační automatismy nahrazují hru

Časté přidružené symptomy

- percepční poruchy – smyslová přecitlivělost (hlavně sluchu)
- poruchy pozornosti – dítě není motivováno sociálně
- hyperaktivita
- mentální retardace, neobvyklý kognitivní profil
- opoždění vývoje motoriky, dyspraxie
- přidružené psychické poruchy (deprese, tiky, úzkost, automutilace)
- epilepsie

Prevalence

- dětský autismus 5-10 : 10 000
- dětský autismus je častější u chlapců (4-5 : 1)
- příznaky jsou heterogenní i uvnitř skupiny PAS
 - různorodost v hloubce postižení a ve srozumitelnosti pro okolí

Časná diagnostika PAS

- výhody
 - snížení stresu v rodině
 - snížení stresu dítěte
 - zlepšení vztahů v rodině
 - zlepšení kognitivního vývoje dítěte
- zásadní je odlišení jádrových a přidružených příznaků a určení jejich váhy

Dětský autismus F84.0

- popsán ve **40. letech Kannerem**
 - předpokládal psychogenní etiologii – citově chladná výchova
- psychogenní etiologie se nepotvrdila
- má neurobiologický základ
- manifestuje se **do 36 měsíců**
 - rodiče bývají znepokojeni vývojem již mezi 12. a 18. měsícem
- kolem 2. roku již téměř všichni rodiče zaznamenávají vývojovou abnormitu
- nástup příznaků může být dvojího druhu:
 - a) **postupný**, plíživý rozvoj autistických deficitů
 - b) **vývojový** (autistický) **regres** – dítě se vyvíjí normálně, začne i vývoj řeči, vokalizuje, žvatlá, najednou se vývoj zastaví, dovednosti někdy ztrácí, okolí zaznamená především to, že dítě mluvilo a najednou nemluví
- musí být splněna 3 základní kritéria:
 - poruchy **sociálních vztahů**
 - porucha **řeči a komunikace**
 - **nepružnost** myšlenkových procesů, odpor ke změně
 - příznaky musí být přítomny **před 3. rokem života**
- autistické děti mívají ostrůvky speciálních schopností, které kontrastují s nízkou úrovní praktických schopností (**savantismus**)
 - mívají výjimečnou mechanickou paměť, matematické schopnosti, hudební nebo malířské schopnosti

- dělení:
 - a) **vysoce funkční (HFA)**
 - bez MR (IQ > 70)
 - komunikativní řeč
 - b) **středně funkční**
 - lehká či středně těžká MR
 - c) **nízko funkční**
 - těžká a hluboká MR
 - řeč se nerozvine
 - nenavazuje kontakt
 - převládají stereotypie
- příznaky bývají **nejvýraznější v předškolním věku** (mezi 3. a 5. rokem)
 - děti se dostávají do kolektivu → začínají být nápadné
- v době nástupu školní docházky se objevuje **diferenciace vztahů k rodičům**
 - vývoj postupuje, jen ne normálně, ale oklikou či jinudy
 - → rozezná, kdo patří k němu a kdo je cizí
 - u méně postižených dětí postupně dochází k získávání sociální a komunikačních dovedností (komunikace s vizuální oporou)
 - vývoj se v určitém bodě zastaví – v dospělosti se už obraz nemění, přetrvávají obtíže především v sociální oblasti
- psychologické představy autismu
 - **kognitivní teorie**
 - autismus je v základu kognitivní poruchou
 - porucha kognice ovlivňuje zpracování emocí a sociálních signálů
 - je to porucha myšlení, která vede k poruše sociálního fungování
 - **teorie centrální koherence**
 - **Frithová** (1989, 1991)
 - základem autismu je chybění hledání ústředního smyslu zkušeností, centrálního významu
 - lidé s autismem vnímají detaily, které přitahují jejich pozornost více než sociálně významné předměty, detaily nespojují do celku
 - → sociální svět je méně srozumitelný než svět věcí
 - ukázalo se, že vnímají roztříštěně i nesociální pole
 - **teorie poruch exekutivních funkcí**
 - neschopnost potlačit impulzy a kontinuálně reagovat na signály druhých v toku interakce

- koncept **teorie mysli**
 - **Baron-Cohen** (1985)
 - porušeno je uvědomování si duševních stavů
 - specifická kognitivní **schopnost, která umožňuje vytvářet systém úsudků a názorů o duševních stavech, které nelze přímo pozorovat** (na co myslí, co cítí, čemu věří, po čem touží)
 - vyvíjí se od raného dětství – dítě se učí, že existuje i jiný svět, než ten, co vnímáme smysly
 - schopnost teorie mysli **se plně rozvíjí kolem 4. roku**
 - pokud nerozpoznáme duševní stav druhého člověka, neodhadneme ani příčinu jeho chování
 - **test Sally a Anne**
 - chybějící schopnost vede k deficitu v sociálním porozumění a ve fantazii
 - u lidí s autismem se schopnost teorie mysli nevytvoří buď vůbec, nebo se vytvoří jen částečně
 - chování lidí je pro autistické dítě nesrozumitelné nepředvídatelné → trpí úzkostí, uchyluje se k rituálům, které přinášejí bezpečí
- **teorie emočně-motivační**
 - psychodynamické teorie
 - primární je chybějící nebo nedostatečná schopnost navazovat těsné emoční vztahy s druhými lidmi
 - nebo nedostatečná motivace k těmto vztahům
- **integrující teorie**
 - oslabení u autismus je jak v oblasti kognitivní, tak v oblasti emočně-motivační
 - teorie **intersubjektivit**
 - **Hobson** (1986, 1991, 1993)
 - 2 základní cesty vývoje: **zkušenosti já-věc, zkušenost já-ty**
 - intuitivní vědomí, že se lidé od věcí liší (vrozené)
 - cesta já-věc je cestou senzomotorického vývoje
 - cesta já-ty je cestou sociální
 - na začátku vývoje nelze odlišit kognitivní a emočně-motivační složku – narušeny jsou pravděpodobně obě
 - u dětí s autismem je **narušena cesta já-ty** (cesta intersubjektivit)
- teorie vysvětlují jen některé symptomy, ne celý příznakový soubor
- sociální typy autismu:
 - **Wing a Attwood** (1987)

- a) **sociálně izolovaný**
 - stažený, vyhýbá se kontaktu, bez zájmu o druhé lidi, nejlépe jim je o samotě
- b) **sociálně aktivní, ale zvláštní**
 - kontakt vyhledávají, ale chovají se zvláštně
 - spíše kvalitativní abnormality
- c) sociálně **pasivní akceptující**
 - kontaktu se nebrání, podvolí se, ale nevyhledává ho
- d) **nabubřelý, formální**
 - později přidaný typ
 - spíše u lidí s AS
 - přezíravost, odosobněnost, odtažitost

Atypický autismus F84.1

- porucha začala až po 3. roce nebo nejsou splněna všechna kritéria dětského autismu
- v DSM-IV jako PDDNOS
- bývá sem řazena sémanticko-pragmatická porucha řeči

Aspergerův syndrom F84.5

- **Hans Asperger 1944:** autistická psychopatie
- častěji u chlapců (8:1)
- **nepřítomnost těžké poruchy řeči**
 - opožděný vývoj řeči v širší normě, ale vážné opoždění ne
 - časté odchylky intonace a hlasitosti řeči
- řeč bývá formálně pedantická
- závažná je **porucha pragmatiky řeči**
- neumí se přirozeně zapojit do hovoru
- neudrží linii rozhovoru – stáčí ho ke svým tématům
- řeč není přizpůsobena kontextu – neví, že něco není vhodné říkat → působí nevychovaně
- hovoří v dlouhých monolozích o vlastním zájmu
- rozhodujícím kritériem pro dg. je porucha sociálně reciprokých interakcí
- **poruchy neverbální komunikace:**
 - neudrží oční kontakt
 - nepřiměřená gesta
 - narušená tělesná postura
- nezájem o pocity druhých lidí

- nemá schopnost přizpůsobit chování sociálnímu kontextu
- poruchy ve vztazích s vrstevníky – po vztahu často touží, ale neumí to, trápí je to
- **inteligence bývá v normě**
- typické jsou úzké a intenzivní zájmy
- často ulpívá na nefunkčních rituálech
- v některých klasifikačních systémech bývá uváděna motorická neobratnost jako typický projev AS
- přidružené bývají SPU – dyskalkulie a dysortografie
- poruchy sociálních vztahů přetrvávají do dospělosti
- **sociální prognóza je lepší**, než u lidí s dětským autismem
- obtíže jsou s vymezením AS od HFA:
 - AS bývá detekován později – až kolem 6. - 11. roku
 - pro rozhodnutí je důležitý vývoj řeči

Jiná dezintegrační porucha v dětství F84.3

- = **Hellerův syndrom**, infantilní demence, dezintegrační psychóza
- popsána **1908**
- **do 2 let se dítě vyvíjí normálně**
- kolem 3. - 4. roku dochází k **progresivní ztrátě dříve získaných dovedností**
 - hl. ztráta řeči
- časté přidružené závažné **emoční poruchy** – úzkost, neklid, dráždivost, emoční labilita
 - silné, začínají náhle i v situacích, kde tyto reakce dříve nebyly
- po čase se začnou rozvíjet neverbální dovednosti
- špatná prognóza
- většina dětí se těžce mentálně retardovaná (respektive **dementní**)

Rettův syndrom F84.2

- popsán **1965**
- pouze **u žen**
- genetická příčina
- do 5. - 6. měsíce je vývoj nenápadný
- **mezi 5. a 30. měsícem** dojde ke **ztrátě získaných funkčních manuálních dovedností** – ztráta schopnosti účelně používat ruku
- zpomalený růst hlavy
- **ztráta řeči** – expresivní i receptivní
 - komunikační dysfunkce

- zhoršená sociální interakce
- nestabilní chůze – časem dochází k **imobilitě**
- přechodná ztráta zájmu o sociální kontakt
- obraz doplňují kroutivé pohyby rukou - „**syndrom mytí rukou**“
- těžké **mentální postižení**
- nedožívají se vysokého věku

Neverbální porucha učení

- někdy bývá odlišována od AS, jindy považována za jeho základ
- identifikována neuropsychology
- porucha zpracování neverbálních podnětů způsobená **dysfunkcí pravé hemisféry**
- typická je dysfunkce:
 - taktilního vnímání
 - vizuoprostorových dovedností
 - vizuální paměti
 - neverbálního tvoření pojmů
- **neverbální schopnosti o 1 – 2 směrodatné odchytky od verbálních v testech inteligence**
 - u dětského autismu to je obráceně
- poruchy prozodie řeči
- narušení jemné a hrubé motoriky
- narušeno je intuitivní zpracování neverbálních signálů komunikace a výrazů emocí
- → **závažné sociální deficity při nenarušením zájmu o sociální vztahy**
- porucha sociální percepce je důsledkem celkové neverbální poruchy učení

Přechodné autistické syndromy

- vzácnější než pervazivní vývojové poruchy
- někdy součástí jiné diagnózy (Rettova syndromu, degenerativních onemocnění)
- autistické projevy časté **u nevidomých dětí**, u dětí **s poruchami sluchu, řeči**
- vzácně při těžké **emoční deprivaci** a při násilné separaci od matky
- po období regrese nebo po zaléčení autistické projevy odeznívají

6b) Poruchy vyvolané psychoaktivními látkami

- **F10 – F19**
- užívaná látka se může určit:
 - podle toho, co sdělí pacient
 - chemickým rozbořem
 - podle klinických příznaků
 - podle zpráv od jiných osob z okolí (heteroanamnóza)
- často užívání několika látek najednou, v různých kombinacích
- **akutní intoxikace**
 - **F1x.0**
 - přechodný stav po aplikaci psychoaktivní látky
 - opioidy – stažené, introvertní chování
 - kanabis, halucinogeny – nepředvídatelné
 - alkohol
 - malá dávka → stimulační účinky
 - při vyšších až hostilita
 - velmi vysoké dávky → sedace
- **škodlivé užívání**
 - **F1x.1**
 - poškozuje zdraví
 - somatické poškození (např. hepatitida při intravenózním užívání)
 - duševní poškození (epizody depresivní poruchy sekundárně po těžkém pití)
- **syndrom závislosti**
 - **F1x.2**
 - skupina **fyziologických, behaviorálních a kognitivních** jevů
 - užívání psychoaktivní látky nebo touha po užívání určité látky
 - není schopen zastavit nebo kontrolovat užívání
 - může být přítomen vůči jedné látce, někdy vůči celé skupině
- diagnóza závislosti (3 a více):
 - silná touha, puzení užívat látku, **bažení**
 - potíže **kontrolovat** užívání
 - somatické projevy při **odvykacím stavu**
 - průkaz **tolerance** vůči látce
 - postupné **zanedbávání** (až ztráta) **jiných potěšení, zájmů**

- pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků
- **odvykací stav**
 - **F1x.3**
 - skupina různě závažných, různě kombinovaných symptomů
 - je jedním z ukazatelů syndromu závislosti
 - somatické příznaky se liší podle druhu látky
 - **odvykací stav s deliriem**
 - **F1x.4**
 - odvykací stav je komplikován deliriem
 - **delirium tremens** ← alkohol
 - nejsou tak dlouhá, jako jiná deliria
 - přichází, když alkoholik přestane pít
 - prodromální příznaky: nespavost, ulekanost, strach
 - **zastřené vědomí, zmatenost, živé halucinace a iluze, výrazný tremor** (= třes)
 - může být život ohrožující
- **psychotická porucha**
 - **F1x.5**
 - jako komplikace při abúzu
 - většinou vzniká rychle
 - vzniká **při nebo těsně po požití látky**
 - vymizí do 1 měsíce, plně do 6 měsíců (většinou)
 - vědomí je většinou jasné
 - halucinace (typicky sluchové), bludy, vztahovačnost, psychomotorické poruchy, abnormální emoce
 - pozor, aby se místo toho nediagnosticskovala např. schizofrenie
- **amnestický syndrom**
 - **F1x.6**
 - chronické **výrazné zhoršení krátkodobé paměti**
 - bezprostřední paměť je zachována
 - obvykle jsou zřejmé poruchy časového smyslu a řazení událostí
 - zhoršení schopnosti učit se nové látce
 - objevit se může i konfabulace
- **reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem**
 - **F1x.7**
 - přetrvávají změny kognitivních funkcí, emotivity, osobnosti nebo chování po období delší, než je

- předpokládaný přímý intoxikační účinek látky
- začátek poruchy přímo souvisí s požitím látky
- demence vyvolaná psychoaktivní látkou – není vždy ireverzibilní
 - po dlouhé abstinenci se mohou intelektové funkce a paměť zlepšit
- nutno brát v úvahu již předtím existující duševní poruchu
- v případě psychotických reminiscencí (flashbacků) je nutno brát v úvahu také akutní a přechodné psychotické poruchy

Poruchy vyvolané požíváním alkoholu F10

- **akutní intoxikace** alkoholem F10.0
 - A) **obecná kritéria** pro akutní intoxikaci (F1x.0)
 - B) **dysfunkční chování** (alespoň 1):
 - dezinhibice
 - hádavost
 - agresivita
 - labilita nálady
 - zhoršení pozornosti
 - zhoršení úsudku
 - rušivý vliv na výkon běžných denních činností
 - C) **další znaky** (alespoň 1):
 - kolísavá chůze
 - obtíže při stoji
 - setřelá řeč
 - nystagmus
 - snížené vědomí (stupor, koma)
 - zarudlý obličej
 - nástřík spojivek
- **škodlivé užívání**
 - somatické poškození (poškození gastrointestinálního traktu, jaterní cirhóza, rakovina jater, jícnu, žaludku, tenkého střeva, narušení endokrinního systému, avitaminózy)
 - u mužů vede k impotenci
 - u žen riziko poškození plodu
- **závislost na alkoholu**
 - postupný přechod od škodlivého užívání

- mění se myšlení a chování → **osobnostní změny**
 - „alkoholické obrany“ - vysvětluje a obhajuje jimi pití
- **ranní doušky** (← potřeba doplnit hladinu alkoholu)
- **mnestické poruchy** („okénka“)
- **palimpsesty** (alkoholická okénka) – akutní amnézie
- zpočátku se tolerance zvyšuje, pak se prudce sníží
- **alkoholový odvykací stav F10.3**
 - A) **obecná kritéria** pro odvykací stav (F1x.3)
 - B) **alespoň 3:**
 - třes jazyka, víček, napřažených rukou
 - pocení
 - nauzea, dávení, zvracení
 - tachykardie, hypertenze
 - psychomotorický neklid
 - insomnie
 - malátnost, slabost
 - přechodné zrakové, taktilní, sluchové halucinace nebo iluze
 - křeče typu grand mal
- **psychotické poruchy**
 - alkoholická **halucinóza**, alkoholická **paranoidní psychóza**, alkoholická **demence**

Poruchy vyvolané požíváním opioidů F11

- opium, morphin, codein, heroin, methadon, buprenorphin
- papaver somniferum album (mák setý)
- **akutní intoxikace** opioidy F11.0
 - A) **obecná kritéria** F1x.0
 - B) **dysfunkční chování** (alespoň 1):
 - apatie a útlum
 - dezinhibice
 - psychomotorická retardace
 - zhoršení pozornosti
 - zhoršení úsudku
 - narušené osobní fungování
 - C) **další znaky** (alespoň 1):
 - otupělost

- setřelá řeč
- zúžené zornice (ale u těžkého předávkování dilatace)
- snížené vědomí (stupor, koma)
- **odvykací stav** po opioidech F11.3
 - A) **obecná kritéria** pro odvykací stav (F1x.3)
 - B) **alespoň 3:**
 - touha po látce
 - sekrece z nosu, kýčání
 - slzení
 - bolesti svalů, svalové křeče
 - křeče v břiše
 - nauzea, zvracení
 - průjem
 - dilatace zornic
 - husí kůže, zimomřivost
 - tachykardie, hypertenze
 - zívání
 - neklidný spánek
- **nevyvolávají psychotické poruchy**
- při dlouhodobém užívání dochází k **poruchám osobnosti, myšlení, chování**, v somatické oblasti dochází k poruchám libida, u žen sekundární amenorea a **další zdravotní poruchy**

Poruchy vyvolané požíváním kanabinoidů F12

- psychoaktivní substance z indického konopí (cannabis sativa var. indica)
- účinná látka – **THC**
- při dlouhodobém užívání se THC ukládá v organismu, když se vyplaví → **fleshback**
- akutní intoxikace kanabinoidy F12.0
 - A) **obecná kritéria** pro akutní intoxikaci (F1x.0)
 - B) **dysfunkční chování** nebo **abnormality vnímání** (alespoň 1):
 - euforie a dezinhibice
 - úzkost nebo agitovanost
 - podezíravost, paranoidní stavy
 - zpomalení času
 - zhoršení úsudku
 - zhoršení pozornosti

- sluchové, zrakové, taktilní iluze
 - halucinace se zachovanou orientací
 - depersonalizace
 - derealizace
 - rušivý vliv na výkon běžných denních funkcí
- C) **další znaky** (alespoň 1):
- zvýšená chuť k jídlu
 - sucho v ústech
 - nastříknuté spojivky
 - tachykardie
- **odvykací stav** po kanabinoidech F12.3
 - **vyskytuje se výjimečně**
 - úzkost
 - podrážděnost
 - třes napřažených rukou
 - pocení
 - bolest svalů
 - **škodlivé užívání**
 - poškozená dýchacích cest
 - anxiózně-depresivní stavy
 - **apaticko-abulický syndrom**
 - **syndrom závislosti**
 - spíše podoba **psychické závislosti**

Poruchy vyvolané užíváním sedativ a hypnotik F13

- sedativa a hypnotika patří mezi nejčastěji předepisované psychoaktivní látky
- tyto látky jsou docela snadno dostupné i bez předpisu
- látky jsou podceňovány (protože jsou legální)
- často jsou zneužívány osobami závislými na jiných látkách (jako náhrada, ke zvýraznění, prodloužení účinku, k zeslabení nežádoucích účinků)
- u nás často zneužívané látky
 - **benzodiazepiny** (sedativum, hypnotikum, trankvilizér)
 - diazepam
 - **barbituráty**
 - další léky (zolpidem, hydroxyzin)

- **akutní intoxikace** sedativy nebo hypnotiky F13.0
 - A) **obecná kritéria** pro akutní intoxikaci (F1x.0)
 - B) **dysfunkční chování** (alespoň 1):
 - euforie, dezinhibice
 - apatie, útlum
 - hrubost, agresivita
 - labilita nálady
 - zhoršení pozornosti
 - anterográdní amnézie
 - zhoršení psychomotorického výkonu
 - rušivý vliv na výkon běžných denních činností
 - C) **další znaky** (alespoň 1):
 - kolísavá chůze
 - obtíže při stoji
 - setřelá řeč
 - nystagmus
 - porucha vědomí (stupor, koma)
 - erytematózní kožní leze či puchýře
- **škodlivé užívání**
 - poruchy spánku
 - neklid, úzkost, deprese
 - riziko poruch kognitivních funkcí (anterográdní amnézie)
 - delirantní stavy
 - vše výraznější, pokud se benzodiazepiny užívají spolu s alkoholem
- **odvykací stav** po užívání sedativ nebo hypnotik F13.3
 - A) **obecná kritéria** pro odvykací stav (F1x.3)
 - B) **alespoň 3**:
 - třes jazyka, víček, rukou
 - nauzea, dávení, zvracení
 - tachykardie
 - posturální hypotenze
 - psychomotorický neklid
 - bolesti hlavy
 - insomnie
 - malátnost, slabost

- přechodné zrakové, taktilní, sluchové halucinace či iluze
- paranoidní myšlení
- křeče typu grand mal

Poruchy vyvolané požíváním kokainu F14

- cocain je přirozený alkaloid z listů stromu erythroxylon coca
- dříve se nejvíce šňupal, dnes je preferováno injekční užívání
- **crack** je levný, hodně zneužívaný sociálně slabšími vrstvami lidí
 - kouří se, je vysoce návykový
- **akutní intoxikace** kokainem F14.0

A) **obecná kritéria** F1x.0

B) **dysfunkční chování** (alespoň 1):

- euforie a pocit zvýšené energie
- zvýšená bdělost
- velikášské představy nebo činy
- hrubost, agresivita
- hádavost
- labilní nálada
- opakované stereotypní chování
- sluchové, zrakové, taktilní iluze
- halucinace, obvykle se zachovanou orientací
- paranoidní představy
- narušení osobních činností

C) **další projevy** (alespoň 2):

- tachykardie (někdy bradykardie)
- srdeční arytmie
- hypertenze (někdy hypotenze)
- pocení, zimomřivost
- nauzea, zvracení
- ztráta hmotnosti
- dilatace zornic
- psychomotorická agitovanost (někdy neklid)
- svalová slabost
- bolesti hrudníku
- křeče

- **škodlivé užívání kokainu**
 - souvisí se způsobem aplikace
 - šňupání → poškození dýchacích cest, nosního septa
 - kardiomyopatie, bolesti hlavy, depresivní stavy, sebevražedné jednání
- **syndrom závislosti**
 - vzniká velmi rychle
- **odvykací stav** po užívání kokainu F14.3
 - A) **obecná kritéria** F1x.3
 - B) **dysforická nálada** (sklíčenost, anhedonie)
 - C) **další znaky** (alespoň 2):
 - letargie, únava
 - psychomotorický útlum nebo agitovanost
 - touha po kokainu
 - zvýšená chuť k jídlu
 - insomnie nebo hypersomnie
 - bizarní nebo nepříjemné sny

Poruchy vyvolané požíváním jiných stimulantů včetně kofeinu F15

- stimulantia jsou **vysoce návyková** (ale méně než kokain)
- pomalejší nástup účinku (než u kokainu) ← perorální užívání
- způsobují uvolnění **dopaminu** (dopaminový model SCH) → mohou vyvolat halucinace nebo bludy, ty připomínají akutní a přechodné psychotické poruchy (F23)
- látky: amfetamin, metamfetamin (pervitin), ephedrin, fenmetrazin, MDMA (extáze)
- **akutní intoxikace** stimulantii F15.0
 - A) **obecná kritéria** (F1x.0)
 - B) **nejméně 1:**
 - euforie, zvýšená energie
 - zvýšená bdělost
 - velikášské představy nebo činy
 - hrubost, agresivita
 - hádavost
 - labilní nálada
 - opakované stereotypní chování
 - sluchové, zrakové, taktilní iluze či halucinace
 - halucinace obvykle se zachovanou orientací

- paranoidní představy
- narušení osobních činností
- C) **nejméně 2:**
 - tachykardie (někdy bradykardie)
 - srdeční arytmie
 - hypertenze (někdy hypotenze)
 - pocení, zimomřivost
 - nauzea, zvracení
 - dilatace zornic
 - psychomotorická agitovanost (někdy retardace)
 - svalová slabost
 - bolesti hrudníku
 - křeče
- **škodlivé užívání**
 - dehydratace
 - vyčerpání organismu
 - depresivní stavy se suicidálními tendencemi
- vzniká **hlavně psychická závislost**
- **odvykací stav** po užívání stimulantů F15.3
- A) **obecná kritéria** pro F1x.3
- B) **dysforická nálada**
- C) **alespoň 2:**
 - letargie, únava
 - psychomotorický útlum nebo agitovanost
 - touha po stimulantech
 - zvýšená chuť k jídlu
 - insomnie nebo hypersomnie
 - bizarní nebo nepříjemné sny

Poruchy vyvolané požíváním halucinogenů F16

- primárním účinkem na psychiku je vyvolání **poruch vnímání**, projevuje se jako přechodný psychotický stav
- příklady: psilocybin, meskalin, ibogain, atropin (durman), LSD
- **akutní intoxikace** halucinogeny F16.0
- A) **obecná kritéria** pro akutní intoxikaci F1x.0

B) **abnormality** (alespoň 1):

- úzkost, strach
- sluchové, zrakové, taktilní **iluze** nebo **halucinace při plném vědomí a bdělosti**
- depersonalizace
- derealizace
- paranoidní představy
- senzitivní vztahovačnost
- labilní nálada
- hyperaktivita
- impulzivní činy
- zhoršená pozornost
- narušení osobních činností

C) **další znaky** (alespoň 2):

- tachykardie
 - palpitace
 - pocení, zimomřivost
 - třes
 - neostré vidění
 - dilatace zornic
 - poruchy koordinace
- mohou být panické stavy s pravými halucinacemi a/nebo iluzemi
 - intoxikace může přejít v některou a akutních a přechodných psychotických poruch
 - po užívání halucinogenů se často vyskytují **psychotické reminiscence**
 - odvykáací stav není znám

Poruchy vyvolané užíváním tabáku F17

- **akutní intoxikace tabákem** (nikotinem) F17.0
- A) **obecná kritéria** akutní intoxikace F1x.0
- B) **dysfunkce chování nebo vnímání** (alespoň 1):
- insomnie
 - bizarní sny
 - labilní nálada
 - derealizace
 - rušivý vliv na výkon běžných denních činností

- C) **další znaky** (alespoň 1):
 - nauzea, zvracení
 - pocení
 - tachykardie
 - srdeční arytmie
- **odvykací stav** po užívání tabáku F17.3
 - A) **obecná kritéria** pro odvykací stav F1x.3
 - B) **alespoň 2:**
 - touha po tabáku
 - malátnost, slabost
 - úzkost
 - dysforická nálada
 - podrážděnost, neklid
 - insomnie
 - zvýšená chuť k jídlu
 - zesílení kašle
 - ulcerace (tvoření vředů) ústní dutiny
 - špatná koncentrace pozornosti

Poruchy vyvolané užíváním organických rozpouštědel F18

- toluen, xylen, benzín, aceton, éter, rajský plyn, chloroform
- **akutní intoxikace** organickými rozpouštědly F18.0
 - A) **obecná kritéria** pro akutní intoxikaci F1x.0
 - B) **dysfunkční chování** (alespoň 1):
 - apatie, letargie
 - hádavost
 - hrubost, agresivita
 - labilní nálada
 - zhoršení úsudku
 - zhoršení pozornosti a paměti
 - psychomotorická retardace
 - narušení osobní fungování
 - C) **další znaky** (alespoň 1):
 - kolísavá chůze
 - obtíže při stožení

- setřelá řeč
 - nystagmus
 - porucha vědomí (stupor, koma)
 - svalová slabost
 - neostré, dvojité vidění
- zájem o tyto látky odeznívá s rostoucím věkem uživatelů

Poruchy vyvolané požíváním několika látek a požíváním jiných psychoaktivních látek F19

- ← nahrazování primární drogy, zvládnutí „dojezdu“, prodloužení účinku primární drogy

Návykové nemoci v dětském věku

- specifika u dětí a dospívajících
 - vyšší riziko těžkých otrav
 - rychleji se vytváří závislost
 - rychleji dojde k poškození kognitivních funkcí
 - při prevenci a terapii je nutné více brát v úvahu rodinné interakce, pracovat i s rodinou
 - u dospívajících je typické testování hranic, riskování → pod vlivem látky snadněji dojdou k úrazu
 - zneužívání látek se může upravit se zráním dospívajícího
 - návykové látky mohou dekompenzovat jiné psychické problémy a poruchy (ADHD)
- poruchy způsobené návykovými látkami:
 - **akutní intoxikace**
 - **škodlivé užívání**
 - **závislost**
 - silná **touha** po látce
 - zhoršená **kontrola** při užívání látky
 - somatický **odvykací syndrom**
 - **růst tolerance** na účinek látky
 - **zaměření na užívání látky** a zanedbávání jiných zájmů
 - **užívání i přes jasný škodlivý vliv látky**
 - **odvykací syndrom**
 - alkohol: pocení, bolest hlavy, tachykardie, hypertenze, epilepsie, záchvaty GM, nauzea, přechodné halucinace nebo iluze, neklid, nespavost, pocit, slabosti, třes
 - opioidy: bolesti svalů, křeče, pocení, nauzea, rozšíření zornic, slzení, zívání, výtok s nosu, křeče v břiše, tachykardie, hypertenze
 - kanabinoidy: úzkost, podrážděnost, třes rukou, svalová slabost

- sedativa a hypnotika: bolest hlavy, insomnie, epileptické záchvaty typu GM, třes jazyka, prstů, přechodné halucinace, iluze, hypotonie ve stoji, PM neklid, paranoidita, nauzea, tachykardie
 - kokain a jiná stimulantia: letargie, únava, bizarní sny, neklid, zpomalení psychomotoriky, zvýšená chuť k jídlu, silná touha po droze, insomnie nebo hypersomnie
- **odvykací syndrom s deliriem**
- **psychotické porucha podmíněná psychotropními látkami**
- **amnestický syndrom**
- **reziduální stav**
- **psychotická porucha s pozdním začátkem**
- + patologické hráčství
- **příčiny:**
 - únik ze zátěžové situace, od problémů
 - uvolnění zábran
 - dosáhnout uspokojení
 - únik ze stereotypu
 - potřeba být akceptován skupinou
- alkohol, tabák a konopí zesilují riziko přechodu na užívání jiných látek
- riziko vzniku závislosti:
 - **genetická dispozice** – alkohol a jiné látky přinášejí pozitivní prožitky (typ metabolického zpracování)
 - **osobnostní rysy** – nezdrženlivost, impulzivita
 - **faktory učení** – nápodoba (např. u závislosti v rodině)
- **akutní intoxikace**
 - alkohol (F10)
 - odbrzděnost, afektivní labilita, hádavost, zhoršená soudnost, porucha pozornosti, agresivita, zhoršení výkonnosti
 - nejistá chůze, nejistý stoj, dysartrická řeč, nystagmus, červeň ve tvářích, nastříknutí spojivek
 - opioidy (F11)
 - odbrzděnost, apatie, útlum, zhoršení výkonnosti, porucha pozornosti, zhoršená soudnost, zpomalení psychomotoriky
 - ospalost, zúžení (dilatace při předávkování) zornic, dysartrie, porucha vědomí
 - kanabinoidy (F12)
 - depersonalizace, derealizace, euforie, halucinace při zachovalé orientaci, pocit zpomalení času, úzkost, agitace, paranoidita, sluchové, zrakové, taktilní iluze, zhoršená soudnost, zpomalení reakčního času, zhoršení výkonnosti
 - zvýšená chuť k jídlu, tachykardie, sucho v ústech, nastříknuté spojivky

- sedativa a hypnotika (F13)
 - apatie, útlum, anterográdní amnézie, euforie, agresivita, afektivní labilita, poruchy psychomotoriky, pozornosti, poruchy výkonnosti
 - nejistá chůze, stoj, nystagmus, skvrny na kůži, poruchy vědomí, rozmazaná řeč
- kokain a jiná stimulancia (F14m F15)
 - zvýšená bdělost, paranoidní představy, stereotypní jednání, euforie, zvýšená energie, sluchové, zrakové a taktilní iluze a halucinace, agresivita, hádavost, grandiozita, afektivní labilita
 - rozšíření zornic, hubnutí, bolest na hrudi, neklid, křeče, návaly potu
- halucinogeny (F16)
 - insomnie, afektivní labilita, bizarní sny
 - návaly potu, nauzea, arytmie
- rozpouštědla (F18)
 - hádavost, afektivní labilita, apatie, letargie, agresivita, porucha pozornosti a paměti
 - rozmazané vidění, poruchy vědomí, nejistý stoj a chůze, rozmazaná řeč
 - rychle dochází k narušení kognitivních funkcí
- léčba
 - rodinná terapie
 - děti bývají na rodičích citově a materiálně závislé
 - vrací se po léčbě do rodiny
 - často je potřeba, aby rodiče s dětmi trávili více času – někde ve vzniku závislosti hraje roli **subdeprivace**
 - učit děti různé dovednosti – řešení problémů, zvládnání zátěže, studijní a pracovní návyky, odpočinek, řešení konfliktů, komunikační dovednosti, zvládnání negativních emocí)
 - úprava životního stylu a sítě sociálních vztahů
 - psychoterapie v různých podobách (individuální, skupinová, relaxační techniky)
 - farmakoterapie
 - léčba ústavní nebo ambulantní
 - terapeutické komunita

7a) Poruchy emočního vývoje

- **F93 (Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství)**
- patří do kapitoly **Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci**
- v dětské psychiatrii se odlišují od poruch dospělých
 - ← většina dětí s emočními poruchami v dětství netrpí úzkostnými poruchami v dospělosti
 - mnoho úzkostných poruch dospělých začíná až v dospělosti bez prekurzorů poruch v dětství
 - existuje tedy **značná diskontinuita** emočních poruch dětí a dospělých
 - ← mnoho emočních poruch v dětství představuje **spíše přehnané normální trendy ve vývoji** než kvalitativně odlišné fenomény
 - ← emoční poruchy v dětství jsou **méně diferencované do specifických obrazů** než u dospělých
 - u dětí to může být jen nespecifickým příznakem jiné poruchy
- **patologická úzkost**
 - úzkost se stává patologickou tehdy, když je nadměrná, přetrvává a **interferuje s běžným fungováním** dítěte
 - v batolecím a v předškolním věku se projevuje buď inhibicí, pasivitou, stahováním se, nedostatkem iniciativy, nebo naopak nadměrným neklidem
 - **úzkostné neklidné děti mohou být chybně diagnostikovány jako ADHD**
 - k odlišení je důležitá anamnéza: úzkostné děti reagují na stres nadměrně obecně, nebývají tolik impulzivní, motorický a kognitivní vývoj bývá rovnoměrnější
 - v předškolním věku se manifestuje poruchami příjmu potravy, spánku, „neurotickými návyky“ (cucání palce, okusování nehtů, trhání vlasů, nadměrná masturbace) – slouží k uvolnění tenze, ale ta sankcemi ještě vzrůstá
 - u starších dětí má úzkost krystalizovanější obraz, než difúzní úzkost v útlém dětství
- hlavní dg. vodítko mezi emočními poruchami se začátkem specifickým pro dětství (F93) a neurotickými poruchami (F40 – F49) je **přiměřenost projevů vývojovému stupni dítěte**
- zahrnuje:
 - separační úzkostná porucha v dětství
 - fobická úzkostná porucha v dětství
 - sociální úzkostná porucha v dětství
 - porucha sourozenecké rivality

Separční úzkostná porucha v dětství

- **F93.0**
- **separační úzkost = úzkostná reakce dítěte na skutečné či hrozící odloučení dítěte od důležité osoby**
- v normě se objevuje kolem 6. - 8. měsíce, kolem 3. roku snáší krátkodobé odloučení od rodičů

- pro stanovení dg. je potřeba:
 - aby strach ze separace byl v centru úzkosti
 - aby úzkost poprvé vznikla v útlém věku
 - aby byla spojena se závažným narušením sociálního fungování
- úzkost by neměla být jen součástí povšechné úzkosti
- úzkost by se měla vyskytnout v těchto podobách:
 - nereálná obava, že se něco stane emočně nejbližším osobám, nebo že odejdou a už se nevrátí
 - nereálná stálá obava, že nějaká nepříjemná událost odloučí dítě od emočně blízké osoby (ztratí se, bude uneseno, přijato do nemocnice)
 - trvalé váhání nebo odmítání chodit do školy ze strachu z odloučení
 - podívat se na to, jestli nejde o školní fobii
 - trvalé váhání nebo odmítání jít spát, pokud by dítě nebylo blízko emočně blízké osoby
 - trvalý bezdůvodný strach být ve dne doma samo nebo bez přítomnosti blízké osoby
 - opakující se noční můry se vztahem k odloučení
 - opakovaný výskyt tělesných příznaků (zvracení, nevolnost, bolesti hlavy, břicha) v situacích, kdy by mělo dojít k odloučení (např. odchod z domova do školy)
 - nadměrný, opakující se strach projevující se úzkostí, pláčem, výbuchy vzteku, apatií nebo sociálním odtažením při předpokládaném odloučení od blízké osoby nebo bezprostředně po něm
- děti s touto poruchou bývají tiché a inhibované
- nejčastěji se objevuje **kolem 11. roku**
- rodiče bývají hyperprotektivní a bezradní v zacházení s úzkostí dítěte
- zvýšené riziko vzniku poruchy je po výrazné životní změně
- zvažovat, zda nejde o strach ze školy
- léčba
 - psychoterapie
 - nácvik separace
 - rodinná psychoterapie
 - někdy farmaka – AD a anxiolytika

Fobická úzkostná porucha v dětství

- **F93.1**
- zahrnuje **specifické strachy podmíněné vývojovou fází**
- úzkost není součástí generalizovanější poruchy
- pokud se objeví fobie obsažené v kategorii F40, klasifikují se ty
 - pokud jsou to strachy jiné (**tma, lékaři, psi**), pak klasifikujeme F93.1

- projevuje se nepřiměřeně silným strachem nebo úzkostí vyvolanou určitým objektem nebo situací
- počátek je ve věku přiměřenému vývojovému období, ale obtíže trvají příliš dlouho nebo vedou k nevhodnému, vyhýbavému chování
- obtíže snižují schopnost adaptace dítěte na běžné požadavky
- častější u dívek

Sociální úzkostná porucha v dětství

- **F93.2**
- pouze pro poruchy, které vznikají **před 6. rokem**
- porucha je provázena narušením v sociální oblasti
- **stálý nebo navracející se strach z cizích lidí nebo vyhýbání se jim**
- strach se vymyká obvyklé hranici – je nadměrný, brání sociálnímu fungování, není přiměřený věku
- silná úzkost brání normálnímu vývoji vztahů dítěte s vrstevníky i ve vývoji všech sociálních vztahů a osvojování si sociálních dovedností
- v rodině a mezi blízkými lidmi nemají obtíže
- porucha se často během vývoje upraví
- někdy se stupňuje **až do sociální fobie nebo vyhýbavé poruchy osobnosti**

Porucha sourozenecké rivality

- **F93.3**
- vzniká v období **po narození mladšího sourozence**
- je charakterizovaná kombinací:
 - zřejmé sourozenecké rivality a/nebo žárlivosti
 - začátkem v průběhu několika měsíců po narození obvykle bezprostředně mladšího sourozence
- projevuje se nadměrným soutěžením o pozornost a lásku rodičů, to je provázeno negativními pocity
- v lehčích formách jde o silnou neochotu dělit se o něco se sourozencem, nedostatek kladného vztahu, vzácnost přátelských interakcí
- v těžších případech otevřená nepřátelství, dráždění, tělesné ubližování, zlomyslnost
- může se projevovat také jako **regrese** do nižších vývojových stádií – regres získaných dovedností, sklon k „miminkovskému“ chování
- vzrůstá neposlušnost nebo opoziční chování vůči rodičům
- časté jsou výbuchy vzteku, dysforie projevující se nějakou formou úzkosti, pocitu neštěstí nebo sociální odtažitostí
- může být narušený spánek
- častý je **zvýšený tlak na pozornost rodičů** (např. v době ukládání ke spánku – vynucování rituálů apod.)
- lehčí formy se nechávají odeznít, u těžších rodinná terapie

7b) Schizofrenie

- **F20 – F29**
- poruchy z této kategorie se vyznačují **přítomností psychotických znaků**
 - **bludy a halucinace bez náhledu** na jejich patologický původ
 - **další pozitivní příznaky** (dezorganizovaná řeč, dezorganizované či katatonní chování)
 - rozhodujícím kritériem je **závažnost funkčního postižení**
 - **ztráta schopnosti ohraničit svoje jáství** či hrubé **postižení při kontrole reality**

Schizofrenie F20

- **psychotická porucha**
 - definovaly se psychické nepohody na neurózy a psychózy
 - pozitivní psychotické příznaky (aktivní, činné)
 - bludy
 - halucinace
 - bez náhledu na jejich patologický původ
 - (negativní: ambivalence myšlení, stažení emotivity, vyhasnutí vůle, ztráta tahu na bránu aj.)
 - rozhodujícím kritériem je závažnost funkčního postižení (nemáme žádné „hmatatelné“ důkazy)
 - ztráta schopnosti označit své jáství
 - hrubé postižení při kontrole reality
- **dementia praecox**
 - = předčasná demence
 - **Emil Kraepelin** (1896) vytvořil tento syndromologický okruh
 - oddělil ho od maniodepresivní psychózy (1899) a paranoidní psychózy
 - čtyři A: **asociace, afektivita, ambivalence, autismus**
- **Eugen Bleuler** termín schizofrenie (1911)
 - základní příznaky
 - formální poruchy myšlení
 - poruchy afektivity
 - poruchy subjektivního vnímání sebe samého
 - poruchy vůle a chování
 - ambivalence
 - autismus
 - akcesorní příznaky
 - poruchy vnímání (halucinace)

- bludy
 - určité poruchy paměti
 - proměna osobnosti
 - změny mluveného a psaného projevu
 - tělesné příznaky
 - katatonní příznaky
 - akutní syndrom (melancholický, manický, katatonní a další stavy)
- obecná kritéria MKN-10 pro SCH
 - A) přítomen alespoň 1 z těchto:
 - ozvučení myšlenek, vkládání nebo odjímání myšlenek, vysílání myšlenek
 - bludy kontrolování, ovlivňování, ovládání
 - zřetelně se projevují pohyby těla, myšlenkami, činnostmi, pocity, bludné vnímání
 - halucinace hlasů, které komentují pacientovo chování, nebo mezi sebou hovoří, nebo hlasy, které přichází z různých částí těla
 - neustálé bludy jiných typů – **musí být zcela nepatřičné, nemohou být podmíněny kulturou**
 - B) nebo alespoň 2 z těchto:
 - neustálé halucinace jakéhokoli typu
 - denně po 1 měsíc
 - a jsou spojeny s bludy, nebo doprovázeny trvale zvýšeným sebehodnocením
 - neologismy, zárazy myšlení
 - → inkoherece, zmatenost projevu
 - katatonní chování (vzrušení, nástavy, vosková ohebnost, mutismus, stupor)
 - „negativní“ symptomy (apatie, ochuzení řeči, ploché, nepřiměřené odpovědi)
- pozitivní příznaky
 - halucinace
 - bludy
 - bizarní chování
 - porucha platného společenského myšlení
 - negativní příznaky
 - nedostatky v řeči
 - afektivní oploštělost
 - apatie
 - anhedonie, asocialita
 - narušená pozornost a další kognitivní příznaky

- **paranoidní schizofrenie F20.0**
 - A) **obecná kritéria**
 - B) **převládá halucinace nebo bludy** (pronásledování, vztahovačný, originární, žárlivecké ...)
 - C) narušení emotivity, vůle, řeči, katatonní příznaky buď chybí, nebo jsou nenápadné
 - těch je většina
- **hebefrenní schizofrenie F20.1**
 - začíná obvykle v adolescenci nebo časně dospělosti (ale spíše ještě dříve)
 - v popředí jsou **emotivní změny** – často z počátku submanické
 - proměnlivé, **nesystematizované bludy** a halucinace (netvoří systém)
 - nevhodné, nepředvídatelné chování, často **manýrování**
 - nálada oploštělá, nepřiměřená, myšlení je narušené a řeč inkoherentní
 - tendence k sociální izolaci
 - prognóza spíše špatná pro rychlý rozvoj **negativních příznaků**, zvláště oploštění emocí a ztráty volných schopností
 - kritéria MKN-10
 - A) **obecná kritéria** pro SCH
 - B) obě tyto charakteristiky:
 - výrazná a trvalá mělkost či **oploštění emotivity**
 - výrazná a trvalá nepřiměřenost a **nevhodnost emotivity**
 - C) **další charakteristiky** (alespoň 1):
 - chování bezcílné či rozporuplné
 - trvalá porucha myšlení → roztěkaná, inkoherentní mluva
 - D) **nedominují bludy a halucinace** – ale mohou být přítomny v mírné formě
 - pozor na záměnu se „špatnou“ pubertou
- **katatonní schizofrenie F20.2**
 - v popředí zřetelné a rušivé **psychomotorické příznaky**, mohou střídavě měnit podobu mezi extrémny (hyperkineze – stupor), nebo povelový automatismus a negativismus
 - nástavy
 - mohou být epizody zuřivého neklidu
 - mutismus, echolálie nebo echopraxie
 - mohou být snové stavy, halucinace živých scén
 - kritéria MKN-10
 - A) splněna **obecná kritéria** pro SCH
 - B) **převládá 1 z těchto** (nejméně po 2 týdny):
 - stupor

- vzrušení
- nástavy – volní zaujímání a udržování pozic
- negativismus
- rigidita
- vosková ohebnost
- povelový automatismus
- **schizofrenie nediferencovaná F20.3**
 - A) splněna **obecná kritéria** pro SCH
 - B) **jedna z těchto:**
 - nejsou dostatečně splněna kritéria pro subtypy .0, .1, .2, .4, .5
 - je přítomno tolik příznaků, že naplňují více subtypů
- **postschizofrenní deprese F20.4**
 - A) v průběhu **posledních 12 měsíců byla splněna hlavní kritéria pro schizofrenii (F20.0 – F20.3), ale nejsou splněna v současné době**
 - B) **dosud přítomen jeden ze stavů z obecných kritérií B** (neustálé halucinace jakéhokoli typu spojené s bludy, nebo doprovázeny trvale zvýšeným sebehodnocením; neologismy, zárazy myšlení; katatonní chování; „negativní“ symptomy)
 - C) **depresivní příznaky** trvají dostatečně dlouho a jsou dostatečně závažné a extenzivní, aby naplňovala **alespoň středně těžkou depresivní epizodu (F32.0)**
 - schizofrenní pacienty nejvíce trápí depresivní prožívání
 - bludy a halucinace jim vadí méně
- **reziduální schizofrenie F20.5**
 - necykluje v časovém období, je **chronická**
 - v časném stádiu v atakách, pak už dlouhodobé příznaky
 - někdy v minulosti byla splněna hlavní kritéria pro schizofrenii, ale nejsou splněna v současné době
 - přítomny jsou negativní příznaky (dominují)
- **simplexní schizofrenie F20.6**
 - **plíživý vývoj**, postupující rozvoj podivínského chování
 - neschopnost plnit požadavky společenství
 - pokles celkového výkonu
 - vyvíjejí se charakteristické **negativní rysy reziduální schizofrenie**, aniž by předcházely jakékoli zjevné psychotické příznaky
 - kritéria MKN-10:
 - A) všechny 3 se pozvolna rozvíjí:
 - výrazná změna celkové kvality některých způsobů **chování** (ztráta temperamentu, zájmů, bezcílný přístup k životu)

- prohlubování **negativních příznaků** (apatie, chudá řeč, hypoaktivita ...)
 - zřetelný **pokles** sociální, studijní nebo pracovní **výkonnosti**
- B) nikdy se neobjeví žádný z příznaků popsaných v kritériích A. a B. pro SCH
- C) chybí důkazy o demenci
- ztráta temperamentu, zájmů, bezcílný, jalový přístup k životu, sociální stažení
 - apatie, chudá řeč, hypoaktivita, oploštění emotivity, pasivita
- průběhové formy:
 - **kontinuální** (chronický) – žádné remise
 - **epizodický** (v atakách) **s narůstajícím defektem** – mezi epizodami se rozvíjí negativní příznaky
 - **epizodický se stabilním defektem**
 - **epizodický s remisemi**
 - průběh
 - špatný průběh
 - snižuje se mohutnost floridních pozitivních psychotických příznaků
 - zvyšuje se množství a nápadnost reziduálních negativních příznaků
 - často se rozvíjí psychotická deprese
 - k relapsům do 2 let dochází u 40% pacientů
 - bez léčby psychofarmaky u 80%
 - 50% se pokouší o sebevraždu (z toho asi 10% úspěšně)
 - množství násilných činů není vyšší než v běžné populaci
 - častější jsou náhlá úmrtí, interní onemocnění, kratší je celková délka života
 - pacienti v neindustriálních rozvojových zemích mají lepší prognózu než v industriálních západních společnostech
 - dobrá prognóza
 - **akutní začátek** se zřetelnými precipitačními okolnostmi
 - dobrá premorbidní sociální a pracovní anamnéza
 - **pozdější věk začátku**
 - poruchy nálady (zejména deprese)
 - paranoidní subtyp
 - katatonní subtyp
 - život v manželství
 - v rodinné anamnéze jsou poruchy nálady
 - **převažují pozitivní příznaky**
 - zmatenost
 - napětí, úzkost, hostilita

- špatná prognóza
 - plíživý počátek
 - časný věk
 - schizofrenie v rodinné anamnéze
 - dědičnost schizofrenie vysoká u jednovaječných dvojčat
 - dědičnost asi 15% (v běžné populaci 1%)
 - komplikovaný porod
 - zhoršení kognitivních funkcí
 - převaha negativních příznaků
- prognóza – **pravidlo třetin**
 - 1/3 pacientů vede běžný způsob života
 - 1/3 trpí neustálými příznaky onemocnění, ale je schopna žít v normální společnosti (sinusovka)
 - 1/3 je trvale zřetelně postižena a vyžaduje častou hospitalizaci
 - z nich 10% potřebuje trvalou institucionální péči
- epidemiologie
 - celoživotní prevalence asi **1 – 1,5%**
 - **u žen a mužů stejně často**, jen u mužů začíná dříve
- etiologie a patogeneze
 - etiologie **není známá**
 - pravděpodobně multifaktoriální
 - SCH není jen jedna nemoc, **je to skupina onemocnění** (také odlišně reagují na léčbu)
 - dnes je nejvíce přijímána **teorie zátěže a dispozice**
 - v rozvoji SCH hrají roli **nadbytek dopaminu a serotoninu**
- diferenciální diagnostika
 - odlišit od **akutní intoxikace, toxické psychotické poruchy po stimulacích**
 - odlišit depresivní či manickou epizodu **BAP s psychotickými příznaky**
 - odlišit depresi s komorbidní poruchou osobnosti (hl. schizoidní PO)
 - od **akutní akutní psychotické poruchy**
 - odlišit od **organických poruch**
- léčba schizofrenie
 - antipsychotika
 - klasická (1. generace)
 - vliv na **dopaminergní systém**
 - vedlejší účinky (extrapyramidový syndrom)

- chlorpromazin, levomepromazin, haloperidol, chlorprothixen, flupentixol
- atypická (2. generace)
 - vliv na **dopaminergní** a na **serotoninergní systém**
 - méně vedlejších účinků
 - větší vliv i na negativní příznaky SCH
 - risperidon, ziprasidon, olanzapin, quetiapin, clozapin, aripiprazol, amisulprid, zotepin, sertindol
- antidepresiva jako doplněk
- nutná **compliance** (spokojenost pacienta s léčbou)

Schizotypní porucha F21

- v DSM IV to je zařazeno v poruchách osobnosti
- **excentrické chování, anomálie myšlení a emotivity** – připomíná to schizofrenii
 - **ale není přítomen žádný ucelený a charakteristický schizofrenní příznakový okruh**
- vývoj a průběh podobný jako u poruch osobnosti
- prevalence **3%**
- častější u mužů
- relativně stabilní průběh
 - u malé části se rozvine SCH nebo jiná psychotická porucha
- kritéria MKN-10
 - A) nejméně 4 po dobu 2 let (trvale nebo epizodicky):
 - nepřiměřené či omezené emoční reakce (vyhlíží chladně či povzneseně)
 - chování, vzezření je podivné, výstřední
 - nespolečenský vztah k lidem, sociální stažení
 - náznaky paranoidních bludů
 - obsedantní ruminace bez vnitřní schopnosti odporu (dysmorfofobický, sexuální, agresivní obsah)
 - iluze, depersonalizace, derealizace
 - vágní, obřadné, metaforické, stereotypní myšlení a řeč
 - občasné, přechodné jakoby psychotické epizody s bludy, halucinacemi si či bludům podobnými představami
 - B) jedinec **nikdy nesplňoval kritéria pro některou z poruch F20**

Trvalá duševní porucha s bludy F22

- terminologie
 - termín „paranoia“ zavedl Kahlbaum (1863) – pacienti s bludy, u kterých nedocházelo k

deterioraci emotivních a intelektových funkcí

- Kraepelin vyčlenil paranoiu jako kategorii duševních poruch (nenápadný počátek, chronicita)
- termín paranoia opuštěn
- **bludy** jsou jedinou nebo nejnápadnější klinickou charakteristikou
- rozvoj buď jednoho bludu nebo několik s rozmanitým obsahem
 - obvykle setrvalé či **celoživotní**
- nejsou přítomny zřetelné a trvalé halucinace, bludy kontrolovanosti (přesvědčení, že vlastní vůle je zaměněna vůlí nějaké vnější instituce či síly)
- není přítomno oploštění emotivity
- občas přechodné sluchové halucinace (hl. u starších pacientů)
- kritéria MKN-10
 - A) musí být přítomen **blud či skupina bludů jiných, než jsou typicky SCH** (zde jsou bludy nějak občansky pochopitelné – sleduje mě policie; schizofrenikovi nerozumíme)
 - nejčastěji perzekuční, velikášské, hypochondrické, žárlivecké, erotomanické
 - B) blud musí být přítomen **alespoň 3 měsíce**
 - C) **nejsou splněna obecná kritéria pro SCH**
 - D) **nesmí být trvalé halucinace**
- epidemiologie
 - 1 – 4% všech příjmů na psychiatrii
 - **více u žen**
 - 1 – 3 na 100 000 lidí ročně
 - prevalence 0,02 – 0,03%
 - začíná hlavně ve středním a starším věku
- mimo blud nebo bludný systém zůstávají afektivita, řeč i chování jsou normální
- typický je **nenápadný začátek** bludných myšlenek – až postupně se dostanou do centra pacientova života
- bludy jsou **systematizované** (vnitřně logicky konzistentní)
- obsah bludu často koresponduje s pacientovou životní situací
- prognóza je špatná

Akutní a přechodné psychotické poruchy F23

- skupina psychóz obtížně zařaditelných jinam
- „psychotický“ zde znamená **s halucinacemi či bludy nebo jasně abnormální chování**
- bez tendence k chronicitě
- bez kognitivního deficitu
- dobrá prognóza

- obecná diagnostická kritéria MKN-10
 1. **akutní začátek** bludů, halucinací, nesrozumitelné nebo nesouvislé řeči
 2. nesplňuje kritéria pro organicky podmíněné zastřehnutí vědomí
 3. nesplňuje kritéria pro manickou epizodu nebo depresivní epizodu
 4. není dostatek důkazů o současném užívání psychoaktivních látek
- **akutní polymorfní psychotická porucha bez příznaků schizofrenie F23.0**
 - A) splněna **obecná kritéria** pro F23
 - B) **charakter a intenzita se rychle mění** ze dne na den či během dne
 - C) **halucinace, bludy** – trvají alespoň několik hodin
 - D) alespoň 2:
 - emoční bouře
 - popletenost
 - zvýšená či snížená motilita (pohyblivost)
 - často má zjevný vyvolávací moment (i silné pozitivní zážitky – často dovolená)
- **akutní polymorfní psychotická porucha s příznaky SCH F23.1**
- **akutní schizoforní psychotická porucha F23.2**
- **jiné akutní psychotické poruchy s převahou bludů F23.3**

Indukovaná porucha s bludy F24

- = **folie á deux**
- bludy jsou sdíleny 2 či více osobami
 - nemocný skutečnou psychotickou poruchou je jeden člověk
- příčinou je **vzájemná závislost lidí**
 - indukovaná porucha slouží k ochraně vztahu
 - často matka žijící s dcerou
- indukující – primárně duševně nemocný, je dominantní
- průběh je chronický a paralelní s onemocněním induktora
- léčebný zákrok – oddělení lidí
- kritéria MKN-10
 - A) u jedince se vyvine blud či bludný systém, jehož původ **pramení v jiné osobě s poruchou F20 - F23**
 - B) osoby **jsou ve svázaném vztahu**
 - C) jedinec **dříve netrpěl bludným přesvědčením či poruchou F20 – F23**

Schizoafektivní poruchy F25

- **epizodické** poruchy
- v popředí jsou afektivní i schizofrenní příznaky → nelze se přiklonit k jednomu z toho
 - oboje se projevuje současně
- pojem byl z počátku používán široce, zjednodušeně – pro označení onemocnění se směsí schizofrenních a afektivních příznaků
- v dnešním pojetí se diagnostikuje málo
- prevalence menší než u SCH nebo poruch nálady
- rozlišujeme **depressivní/manický/smíšený typ** (podle převládajících rysů afektivní složky)
- kritéria MKN-10
 - A) onemocnění jsou **v rovnováze**
 - B) splňuje kritéria pro jednu z afektivních poruch (F30 – F32) středního nebo těžkého stupně
 - C) po většinu 2 týdnů se musí vyskytovat příznaky nejméně 1 skupiny:
 - ozvučování myšlenek, vkládání, odnímání myšlenek
 - bludy kontrolování, ovlivňování, ovládání, zvláštní pocity, myšlenky, bludné vnímání
 - halucinace hlasů
 - neustálé bludy jiných typů, které nemohou být kulturně podmíněné, jsou zcela nepatřičné
 - nepřiměřená, nesouvislá řeč, neologismy
 - intermitentní, ale časté projevy katatonie

Schizofrenie v dětství a adolescenci

- SCH je **neurovývojová porucha**
- neznámá, heterogenní etiologie
- SCH se vyskytuje po celém světě – má transkulturně stejné symptomy
- jde o skupinu poruch – značně **heterogenní**
 - jak to bude pojaté v nové klasifikaci?
- symptomy zahrnují:
 - poruchy myšlení
 - poruchy emocí
 - poruchy vůle
 - poruchy jednání
- v populaci 1%
- začátek onemocnění
 - nejčastěji propukne v adolescenci a rané dospělosti
 - 2. vrchol kolem 35. roku

- **4%** případů je diagnostikováno mezi **10. a 15. rokem**
- vzácně a obtížně se diagnostikuje ve věku pod 10 let – maximálně 1% případů
- SCH v dětství má stejný obsah jako SCH v dospělosti
 - **obraz je malinko jiný, ale podstata je stejná**
 - kritéria jsou stejná
- doporučuje se terminologicky odlišovat:
 - a) **SCH s časným začátkem – 13.-18. rok**
 - b) **SCH s velmi časným začátkem – před 13. rokem**
 - častější u chlapců (2:1)
- výskyt před 5. rokem velice vzácný – lze dohledat pouze ojedinělé kasuistiky
- u dětí rozeznáváme stejné typy SCH jako u dospělých:
 - **paranoidní F20.0**
 - **hebefrenní F20.1**
 - **katatonní F20.2**
 - **nediferencovaná F20.3**
 - **postschizofrenní deprese F20.4**
 - **reziduální F20.5** – v dětském věku zachytíme vzácně
 - příznaky přetrvávají, neodezní zcela
 - **simplexní F20.6**
- **kontinuita onemocnění z dětství do dospělosti**
- specifická schizofrenní symptomatika musí trvat alespoň 1 měsíc
 - v DSM-IV 6 měsíců
 - pokud trvají kratší dobu → diagnostikuje se **akutní přechodná psychotická porucha**
- diagnostika SCH v dětství je obtížnější než v dospělosti – hlavní příčinou je vývojový aspekt
- při diagnostice je třeba vzít v úvahu:
 - dosažený **stupeň kognitivního vývoje**
 - **schopnost exprese** psychotických příznaků – introspekce až od 8., 10. roku – popisují své příznaky obtížně
 - dosažený kognitivní stupeň ovlivňuje obsah i formu symptomatiky
- popis vývojových stádií dítěte:
 1. **předoperační myšlení**
 - **2 – 7 let**
 - intuitivní myšlení vázané na činnost dítěte
 - magické myšlení je normální
 - SCH je vzácná

- SCH symptomy:
 - necharakteristické pro SCH
 - hlavně změněné chování
- 2. **konkrétních operací**
 - **7 – 11 let**
 - orientace na konkrétní, reálný svět objektů
 - SCH symptomy:
 - halucinace zvířat, oblud
 - bludy difúzní (u dospělých bývá blud jasný, ohraničený)
 - obsahem bludů bývají problémy s identitou
- 3. **formálních operací**
 - **po 11. roce**
 - myšlení logické a symbolické
 - SCH symptomy:
 - halucinace i bludy podobné dospělým
- příznaky:
 - **sluchové halucinace** jsou nejčastějším příznakem
 - vyskytují se u 80% případů
 - mají perzekuční a imperativní charakter
 - někdy komentující, dialogizující hlasy (baví se o něm)
 - **bludy bývají hůře identifikovatelné** – vyskytují se asi u 50% případů
 - téměř vždy je přítomna oploštělá nebo neadekvátní afektivita
 - ochuzení myšlenkového obsahu a systematizované bludy jsou méně časté
 - v porovnání s dospělými **více bizarního chování**
 - **více primárně negativních symptomů SCH**
 - obecně příznaky:
 - poruchy percepce
 - neuvědomování si vlastní identity
 - poruchy interpersonálního kontaktu
 - hrubé narušení emočního vztahu k lidem
 - poruchy myšlení – do 13. roku se soustředí hlavně na rodiče, + bájně postavy a zvířata
 - magické a inkoherentní myšlení se ztrátou asociací
 - narušení kontaktu s realitou, nepochopení kontextu
 - sluchové halucinace

- poruchy emocí – emoční plochost bez empatie, bez zájmu a zvědavosti, sociální izolace nebo naopak přecitlivělost, emoční inkontinence, náladovost
 - **abnormní, nelogická anxieta** u mladších dětí – nesrozumitelná pro okolí, děti to často neumí vysvětlit
 - u starších úzkostné poruchy s fobiemi, obsesemi a rituály (SCH se často objeví přes OCD)
 - dezorganizace řeči s poruchou kognitivních funkcí a s poruchou sociálního fungování (u starších dětí)
 - někdy retardace řečového vývoje, deficit komunikace
 - **generalizovaný kognitivní deficit** – většinou se na něj přijde později
- diagnostika v prodromálním období
 - velmi obtížná
 - **začátek bývá plíživý, nespecifický** v porovnání s dospělými
 - odlišit od jiných poruch (deprese, úzkosti), od těžké puberty
 - v **předškolním věku** nejde většinou o diagnózu, ale o **prodromální příznaky**
 - v předškolním věku lze zachytit **syndrom bludných fantazií**, ne poruchy vnímání a myšlení
 - magické myšlení a konfabulace jsou v tomto věku normální
 - u syndromu bludných fantazií jsou tyto přes míru
 - u dětí **školního věku** SCH ve 2 podobách:
 - a) **akutní**, manifestní forma:
 - paranoidita
 - depersonalizace
 - halucinace, bludy
 - ambivalence
 - hostilita, agresivita
 - automutilace
 - nekontrolovatelné destruktivní chování
 - může být přítomen katatonní syndrom
 - b) **latentní**
 - rigidita
 - nízká frustrační tolerance
 - těžké obsedantní stavy
 - ztráta schopnosti sociální adaptace
 - nekontrolovatelné impulzy
 - emoční nezralost
 - pod obsedantně kompulzivní symptomatikou běží schizofrenní proces

- pomalé kognitivní zhoršování
- při počátku v **adolescenci**:
 - typická alterace (změna, narušení) emočních projevů
 - rezervovanost ve vztahu k dospělým i k vrstevníkům
 - zvýšená dráždivost, afektivní labilita
 - problémy s učením
 - konflikty s rodiči, kamarády
 - poruchy myšlení a vnímání jsou fragmentárního a prchavého rázu
 - bludy onnipotentní (často s kosmickou identitou, znovuzrozením)
 - chování bezúčelné, nerozvážené, pošetilé, aktivita je nesmyslná
 - časté je **pseudofilozofování** – povrchní zabývání se náboženskými, filosofickými a abstraktními tématy (je to takové jalové, nemá to logickou stavbu)
 - u 70% je **na počátku depresivní syndrom a suicidální tendence** – s tím se často dostává do péče
 - velmi častá sociální izolace
 - **cenestopatie**, hypochondrie s dysmorfofobickými bludy
 - paranoidní bludy, syndrom psychického automatismu – intenzivní depersonalizační a derealizační syndrom
 - porucha řeči jako porucha komunikace – řeč je přerušovaná, inkoherentní
 - častý je „**zlom životní linie**“ - je zřetelné, že vše fungovalo a najednou ne
 - → není to osobností
 - je to vidět například na školním prospěchu, zájmech
 - **astenický syndrom** (rozvíjí se v prodromálním období)
 - nesoustředěnost
 - snížená psychická výkonnost
 - roztržitost
 - bolesti hlavy
 - nespavost
 - zemdlenost
 - únava
 - poruchy vnímání
 - „prázdno v hlavě“
 - bizarní fantazie
 - denní snění
 - neschopnost správné registrace změn v okolí

- u SCH se předpokládá, že jde o špatnou funkci mozku
 - ta pak způsobí sociální dysfunkci
 - → pacienti se SCH mají problémy porozumět sociálnímu a emočnímu chování druhých lidí
 - **primární kognitivní deficit** je lokalizován **v korové oblasti „sociálního mozku“**
 - amygdala, prefrontální kortex, orbitofrontální kortex, temporální gyrus, cingulum, parietální asociační kortex
- **kognitivní deficit**
 - začíná se projevovat už u dětí (ač SCH propukne až v časně dospělosti)
 - narušení explicitní paměti
 - snížená kapacita pracovní paměti
 - porucha exekutivních funkcí
 - snížená schopnost přenášet pozornost na nové podněty
 - prodloužená reakční doba
 - snížená verbální fluence
 - → **psychologické vyšetření by mělo vždy zahrnovat vyšetření kognitivních funkcí**
- v prodromálním období a při propuknutí SCH dochází k **narušení vývoje osobnosti, emotivity, sociálních a kognitivních funkcí**
 - čím dříve to začne, tím je dopad těžší
 - postprocesuální defekt
- zasažení morfologie CNS
 - zmenšení temporálního a frontálního laloku
 - abnormality bílé hmoty v amygdalo-orbitofrontálním systému
 - odlišný vývoj šedé hmoty mozkové
 - odlišná architektura synapsí v mozečku
 - (SCH je vlastně organicita)
- sociální anamnéza
 - konfliktní rodinné prostředí
 - neúplná rodina
 - zážitek smrti blízkých osob včetně rodiny
 - v předškolním věku často špatné vztahy s vrstevníky
 - ve školním věku bývají odmítáni vrstevníky (až šikana)
 - v 70% emoční stres matky v těhotenství
 - → **má se za to, že komplikované těhotenství a porod spouštějí geneticky predisponovanou zranitelnost nervové soustavy (perinatální poškození a zvýšená dráždivost) – když pak přijde zátěž či stres v životě dítěte, propuká SCH**

- z genetického hlediska je vyšší **hereditární zátěž** u příbuzných prvního a druhého stupně
 - genetické teorie vysvětlují propuknutí onemocnění jako spolupůsobení genetické vlohy a zátěže
 - „odmaskování“ existující léze CNS – jedinec nezvládne zevní zátěž
 - existující abnormality se manifestují s maturací mozku
- interakce v rodinách schizofreniků poprvé popsána **Sullivanem**
 - → vytvořil **koncept schizofrenogenní matky** (rodinného prostředí)
 - matka s určitými vlastnostmi (ambivalence, dvojná vazba v komunikaci, emoční chlad) → napětí, diskrepance – to je příčinou vzniku SCH
 - vedlo to k velkým pocitům viny v rodinách – teorie se pak neprokázala
 - ale další studie ukázaly důležitost emočního přijetí nemocného rodinou ve vztahu k relapsu onemocnění
 - rodina má důležitou úlohu v prognóze onemocnění
 - v rodinách nemocných se zjišťují **odchylky v komunikaci**
- prognóza
 - dobrá:
 - souvisí s dobrým rodinným zázemím před vypuknutím SCH
 - dobrá sociální adaptace
 - akutní začátek, rychlé řešení
 - začátek až kolem 16. - 18. roku
 - výrazná afektivní symptomatika na začátku
 - psychotické pozitivní příznaky
 - rovnoměrně se vyvíjející osobnost
 - nepřítomnost hereditární zátěže
 - špatná:
 - hereditární psychotická zátěž
 - časný a plíživý začátek
 - organické postižení – masivní kognitivní deficit
- u dětí a adolescentů je SCH daleko častější příčinou sebevraždy než u dospělých
- pokles kognitivních funkcí bývá na počátku onemocnění (v prodromálním stádiu)
 - končí 2 roky po začátku onemocnění, pak se zastaví
- průběhové formy:
 - a) **jediná ataka**
 - b) **remise a relapsy**
 - c) **reziduální stav**
- je to **procesuální onemocnění** – má **dynamiku**

- diferenciální diagnostika
 - **somatická dif. dg.**
 - delirium – délka trvání, kdy to vzniklo (v návaznosti na infekci?)
 - záchvatovitá onemocnění
 - postižení CNS (nádory, traumata)
 - neurodegenerativní poruchy
 - metabolické poruchy (endokrinní)
 - infekce (HIV, meningitida)
 - psychiatrická diferenciální diagnostika
 - komplikovaná tím, že příznaky v dětství a adolescenci nebývají tak jasné a plně vyjádřené jako v dospělosti
 - **bipolární afektivní porucha**
 - **nepsychotické poruchy chování a emocí** (disociativní poruchy, poruchy osobnosti, děti s anamnézou týrání a zneužívání – mohou mít disociativní příznaky, které vypadají jako psychotické)
 - pomůže zde kognitivní deficit – je u SCH
 - nepsychotické děti nemají formální poruchy myšlení
 - nepsychotické děti nemají charakteristické změny emotivity a poruchy kontaktu s realitou
 - **pervazivní vývojové poruchy**
 - začínají mnohem dříve než SCH (PVP do 3 let)
 - **u PVP chybí období normálního psychomotorického vývoje**
 - **u PVP absence specifických psychotických příznaků**
 - komorbidita autismu a SCH je stejná jako v běžné populaci
 - **OCD**
 - obtížnější rozlišit v dětském věku
 - jinak spolehlivé vodítko egodystonických a egosyntonních myšlenek u dětí moc nefunguje (děti to neumí ještě moc odlišit, popsat)
 - obsedantní příznaky mohou být až psychotického rázu – hranice je někdy tenká, i u OCD se může ztrácet kontakt s realitou
 - SCH více devastuje celou strukturu osobnosti
 - **toxické psychózy**
 - toxické psychózy jsou častější než SCH
 - **TP souvisí s užíváním drog** – ale marihuana může startovat SCH (ale není to příčina)
 - **TP má tendenci k rychlému ústupu příznaků** po zastavení přísunu látky
 - (ale u lidí, kteří již mají SCH rozjetou může mít marihuana pozitivní vliv na kognitivní funkce)

- v léčbě může být člověk dlouho veden jako abuzér (nachází se rezidua THC v moči), ale jednou přijde „rozpadlý“ a v sobě nic nemá → až tak se rozkryje, že je to celé SCH
- léčba SCH
 - farmakoterapie – dominuje
 - u dětí se podávají **off label** (žádné z atypických antipsychotik nemá indikaci k léčení dětských pacientů) – ale účinky prokázané jsou z praxe
 - pomáhá:
 - mobilizovat adaptivní chování
 - odstranit psychotické symptomy
 - zlepšit učení
 - socializaci
 - problémem je výskyt **nežádoucích účinků**
 - přibírání na váze → posměch vrstevníků → odmítání léků
 - extrapyramidový syndrom (třesy, nadměrné slinění)
 - problémem je také **nedostatečný náhled** na onemocnění – nechce pak léky brát
 - kombinace antidepresiv a antipsychotik
 - u nejzávažnějších a farmakorezistentních forem SCH se používá ETC (hlavně u katatonních stavů)
 - edukace
 - pacienta, jeho rodiny
 - je to základem úspěchu léčby → spíše pak bere léky
 - řešit výkon ve škole, pomoci s adaptací
 - socioterapie
 - zapojení pacienta do zájmových aktivit
 - psychoterapie
 - neslouží k léčbě samotného onemocnění
 - individuální – zpracování nemoci, zážitků, nejistoty (psychotická realita není realitou), vztahy
 - skupinová
 - rodinná – zpracování onemocnění, pomoci s komunikací, porozuměním
 - rehabilitace
 - trénink kognitivních funkcí
 - nácvik sociálních dovedností – porozumění sociálním situacím, nácvik situací

Jiné psychotické poruchy v dětství a adolescenci

- **akutní a přechodné psychotické poruchy**
 - F23
 - v adolescenci a časně dospělosti
 - neliší se od projevů v dospělosti
- **indukovaná porucha s bludy**
 - F24
 - od adolescence (ale častěji od střední a pozdní dospělosti)
- **schizoafektivní porucha**
 - F25
 - od pozdní adolescence a časně dospělosti
 - projevy jako v dospělosti
 - není kognitivní deficit
 - není typické sociální stažení

8a) Mentální retardace

- v MKN-10 kategorie **F7x**
- MR není definována jen výší IQ, ale jde i o narušení adaptivního fungování
- jde o **globální postižení intelektových funkcí spolu s narušením vývoje celé osobnosti**
 - zasahuje i do sociálního a emočního vývoje
- MR představuje kontinuum
 - dělení na stupně je umělé – aby se to lépe popisovalo
- dělení:
 - **lehká 50 – 69**
 - **středně těžká 35 – 49**
 - **těžká 20 – 34**
 - **hluboká < 20**
 - v MKN-10 se k tomu specifikuje, jestli je spolu s MR přítomna i **porucha chování**
- **MR je neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně vývoje vzhledem k věku a vytvoření sociální závislosti kvůli neodpovídajícími porušenému nebo zastavenému intelektovému vývoji**
- demence X MR – demence vzniká po 2. roce života, psychomotorický vývoj byl předtím v normě
- u MR jsou **všechny kognitivní funkce postiženy stejnou měrou**
- k diagnóze nestačí pouze nízký výkon v inteligenčních testech
 - nutné je i selhávání v plnění věku přiměřených očekávání ve svém sociálním prostředí
 - rozhodující je vždy zvládnutí nároků dítěte v jeho přirozeném prostředí
- epidemiologie
 - 2/3 vlivy prostředí, 1/3 dědičnost

Lehká mentální retardace

- **F70**
- v raném vývoji **lehké psychomotorické opoždění**
 - často se na začátku diagnostikuje jen opoždění vývoje
- malá slovní zásoba
- snížená zvědavost
- hra nekonstruktivní, repetitivní
- povrchní, mechanické, nepřesné myšlení
- snížená schopnost rozlišit podstatné
- vyšší sugestibilita
- porucha abstrakce a logického usuzování

- určitě se projeví začátkem školní docházky
- **často přidružené SPU** (více než v běžné populaci)
- zvládnou zaučení, vykonávají jednoduchá zaměstnání
- s podporou dosahují téměř úplné samostatnosti

Středně těžká MR

- **F71**
- **nápadné opoždění psychomotorického vývoje**
- opožděný vývoj řeči
- minimální slovní zásoba
- ve škole se naučí základům čtení, psaní, počítání
- zvládají sebeobsahu
- jednoduché pracovní činnosti
- v chráněném bydlení, podporovaném zaměstnání
 - často žijí pod dohledem

Těžká MR

- **F72**
- **často kombinované postižení** rozumových schopností, pohybového systému, porucha zraku či sluchu
- nenaučí se mluvit nebo si osvojí jen pár jednoduchých slov
- nutná trvalá péče
- někdy lze zapojit do dílčích činností (škrábání brambor adpod.)

Hluboká MR

- **F73**
- pravidlem bývá postižení intelektu, pohybové postižení až imobilita
- neosvojí si **ani základy mluvené řeči**
- porozumí jen několika základním pokynům

Komorbidity s MR

- poruchy **afektivity**
 - ← emoce kontrolujeme skrze rozumové schopnosti
- poruchy **chování**
 - ← sebekontrola vyžaduje rozumové schopnosti

- **úzkostné poruchy**
 - ← moc nerozumí okolí, znejistění ze světa
- hyperaktivita
- **agresivita**
 - ← emoce jinak neumí zpracovat, vybít
- sebezraňování
- automatické stereotypní pohyby
- dráždivost
- poruchy příjmu potravy
- deprese
- **atypické sexuální chování**
 - problémem ve společných zařízeních
 - hůř rozpoznají sociální normy, hranice
- **zvýšené riziko týrání, sexuálního zneužívání, zanedbávání**
 - ← neubrání se
 - ← vyvolávají v pečovateli negativní emoce

Etiologie

- mutace genů, chromozomů (genetické poruchy)
 - Downův syndrom
- prenatální poškození
 - infekce, ozáření, alkohol
- perinatální poškození
 - poranění mozku, krvácení do mozku, anoxie
- časné postnatální poškození
- u MR může jít také o variaci normálního rozložení intelektových schopností v populaci
 - ale častější příčinou je organické poškození
- u LMR je u více než 50% případů etiologie neznámá

Socializace

- dítě obtížněji vyvolává reakce rodičů
 - pozdější sociální úsměv, vokalizace
- chování dítěte s MR je sociální nepřiměřené s ohledem na věk
 - zdroj konfliktů pro rodiče i pro širší okolí

Další kódy MKN-10

- F78 – jiná mentální retardace
- F79 – neurčená mentální retardace
- .0 žádná nebo minimální porucha chování
- .1 významná porucha chování, vyžadující pozornost anebo léčbu
- .8 jiné poruchy chování
- .9 bez zmínky o poruchách chování

8b) Afektivní poruchy

- **F30 – F39**
- = poruchy nálady
- hlavním projevem jsou změny nálady nebo afektu (elace → mánie, snížení → deprese)
- změny nálady jsou doprovázeny změnou všeobecné úrovně aktivity
- tendence k periodicitě
- začátek poruch bývá spojen se zátěžovými situacemi

Manická fáze F30

- méně než depresí
- hlavním projevem je změna nálady (zde její zvýšení)
- začátek epizod spojen se zátěžovou situací (obvykle)
- **hypomanie F30.0**
 - trvale mírně nadnesená nálada
 - vzrůst energie a aktivity
 - prožitek pohody, vysoké fyzické a duševní výkonnosti (ale nálada může být rezonantní, agresivní)
 - často zvýšená sociabilita, hovornost, nenucenost, zvýšená sexuální energie, snížená potřeba spánku
 - není spojena s halucinacemi či bludy
 - nevede k závažnému narušení pracovní schopnosti či sociální izolaci
 - začíná náhle, rychlý rozvoj příznaků během jednoho až dvou dnů
 - diagnostická kritéria MKN-10
 - A) nálada povznesená nebo podrážděná v míře, která je pro jedince zřetelně abnormální po dobu nejméně 4 dnů
 - B) 3 z následujících v takové míře, že způsobují obtíže:
 - zvýšená aktivita, neklid
 - zvýšená hovornost
 - roztržitost
 - snížená potřeba spánku
 - zvýšená sexuální energie
 - mírně zvýšené utrácení peněz či jiné typy nezodpovědného chování
 - zvýšená sociabilita, familiárnost
 - vylučující podmínka: **není způsobena užíváním psychoaktivních látek** (stimulancia, THC, alkohol)

- **mánie F30.1 a F30.2**
 - F30.1 **mánie bez psychotických příznaků**
 - F30.2 **mánie s psychotickými příznaky**
 - nálada zvýšená nezávisle na okolnostech
 - elace doprovázena roztržitostí
 - zvýšená energie, tendence k roztržitosti
 - zvýšené sebehodnocení, nadměrná sebedůvěra, velikášské představy
 - může přejít v zuřivost, agresivitu
 - **DSM IV – BAP (bipolární afektivní porucha)**
 - diagnostická kritéria MKN-10 pro F30.1
 - A) **nálada převážně zvýšená**, expanzivní, podrážděná alespoň po 1 týden (není tak závažná, aby byla nutná hospitalizace)
 - B) **alespoň 3** (tak závažné, že vedou k závažnému narušení běžného fungování):
 - zvýšená aktivita, motorický neklid
 - zvýšená hovornost
 - myšlenkový trysk
 - ztráta normálních sociálních zábran
 - snížená potřeba spánku
 - nabubřelé sebehodnocení
 - změny plánů a činností
 - odvážné, nezodpovědné chování
 - zvýšená sexuální energie, sexuální indiskrétnost
 - C) **nejsou přítomny halucinace ani bludy**
 - D) není způsobena užíváním psychoaktivních látek nebo organicky
 - kritéria MKN-10 pro F30.2
 - A) splňuje kritéria pro mánii bez psychotických příznaků
 - B) nesplňuje kritéria pro schizofrenii a schizoafektivní poruchu
 - C) jsou přítomny jiné bludy a halucinace, než uváděné jako typicky schizofrenní (tzn. jiné než úplně absurdní nebo kulturně nepatřičné)
 - často blud žárlivecký, hypochondrický, velikášské, erotické, perzekuční
 - nevyskytují se halucinace, které jsou ve třetí osobě nebo které neustále komentují
 - D) není způsobena užíváním psychoaktivních látek

Bipolární afektivní porucha F31

- často z počátku pouze depresivní epizody, manické přibudou až později
- epizody častější a kratší, remise se časem zkracují

- začíná obvykle v adolescenci

Depresivní fáze F32

- oficiálně opuštěné názvy
 - endogenní (tam, kde jsme neznali příčinu)
 - exogenní (tam, kde se zdá být přítomna logická příčina)
 - larvovaná (začalo se to používat, když na jasně somatické neduhy pomohly antidepresiva)
 - involuční (deprese vázaná na vyšší věk)
 - melancholie (hluboká deprese doprovázená psychotickými příznaky)
- **somatický syndrom**
 - určité příznaky deprese jsou všeobecně považovány za klinicky zvláště významné
 - někdy jako hlavní příznak (= larvovaná deprese)
- epidemiologie
 - prevalence
 - 5 – 9% žen
 - 2 – 3% mužů (neskrývá se u mužů deprese do něčeho jiného? nabízí se alkoholismus)
 - nesouvisí s etnickým původem, vzděláním, příjmem, manželstvím
 - celoživotní riziko vzniku depresivní poruchy
 - ženy 10 – 25%
 - muži 5 – 12%
 - nejvíce lidí je postiženo ve věku 25 – 44 let
 - mnohem méně depresí vzniká nad 65 let
 - úmrtnost
 - těžká depresivní epizoda je spojena s vysokou mortalitou
 - až 15% nemocných umírá sebevraždou
 - ve věku nad 55 let umírá 4x více jedinců s depresí
- etiologie
 - multifaktoriální
- průběh a prognóza
 - když je věk na začátku nižší, můžeme spíše očekávat rekurentní průběh
 - u 20 – 30% nedochází k úplnému ústupu příznaků po dobu měsíců či let
 - u léčených jen v 50% dochází k úplné remisi
 - **vysoké riziko relapsu**
 - 25% relapsů se dostaví během 12 týdnů remise
 - prognóza je horší, když je rozvoj plíživý, příznaky jsou těžké a když nasedá akutní epizoda na

chronickou depresivní poruchu

- vyšší riziko další epizody je u těch, kteří mají chronickou subklinickou depresi a u těch, kteří prodělali 3 a více epizod
- intervaly mezi epizodami se s rostoucím věkem zkracují
- u 20 – 30% pacientů s depresivní epizodou se objeví v dalším životě manická či hypomanická porucha
- faktory korelující se vznikem BAP:
 - farmakologická indukce mánie
 - poporodní deprese v anamnéze
 - časný začátek (před 25. rokem)
 - příznaky hypersomie a psychomotorické retardace
- obecná kritéria pro depresivní fázi:
 1. **alespoň 2 týdny**
 2. **nikdy** se nevyskytly příznaky pro naplnění hypomanické nebo **manické fáze**
 3. epizoda **není způsobena užíváním psychoaktivních látek**
- pro definici somatického syndromu (alespoň 4):
 - ztráta zájmu nebo potěšení při aktivitách
 - nedostatek emočních reakcí
 - ranní probouzení 2 nebo 3 hodiny před obvyklou dobou
 - deprese je těžší ráno
 - objektivní důkaz výrazné motorické retardace nebo naopak agitovanosti (← vnitřní úzkost)
 - výrazná ztráta chuti k jídlu
 - úbytek hmotnosti (u depresí na podzim se zase přibírá – deprese charakteru zimního spánku)
 - zřetelní ztráta libida
- přítomnost či nepřítomnost somatického syndromu se kóduje na 5. místě
- **lehká depresivní epizoda F32.0**
 - A) **hlavní kritéria** pro depresivní epizodu (po alespoň 2 týdny)
 - + nikdy se nevyskytly manické nebo hypomanické epizody
 - + epizoda není způsobena psychoaktivními látkami
 - B) **alespoň 2:**
 - depresivní nálada v abnormální míře po většinu dne a téměř každý den po alespoň 2 týdny
 - ztráta zájmu nebo potěšení
 - pokles energie, snadná unavitelnost
 - C) **alespoň 1 z přídatných symptomů:**
 - ztráta sebedůvěry

- sebevýčitky
 - opakované myšlenky na smrt, sebevraždu
 - snížená schopnost myslet, soustředit se
 - změna psychomotorické aktivity s agitovaností nebo zpomalením
 - poruchy spánku jakéhokoli typu
 - změna chuti k jídlu s odpovídajícími změnami hmotnosti
- **středně těžká depresivní epizoda F32.1**
 - **těžká depresivní epizoda F32.2**
 - liší se počtem požadovaných příznaků
 - **těžká depresivní epizoda s psychotickými příznaky F32.3**
 - přítomny halucinace jiné, než typicky SCH
 - bludy jiné, než kulturně nepatřičné
 - může být přítomen depresivní stupor

Periodická (rekurentní) depresivní porucha F33

- v minulosti alespoň 1 epizoda deprese po dobu 2 týdnů, od současné epizody oddělená min 2 měsíci
- dělení na 4. místě podle hloubky současné epizody

Trvalé poruchy nálady F34

- **cyklotymie F34.0**
 - A) alespoň **2 roky nestabilní nálada**
 - periody deprese a periody zvýšení nálady
 - B) **nižší kvantita než u BAP**
 - C) v průběhu některé periody deprese alespoň 3:
 - pokles energie, aktivity
 - insomnie
 - ztráta sebedůvěry
 - obtíže s koncentrací
 - sociální stažení
 - ztráta zájmu o sexuální a jiné příjemné aktivity
 - menší hovornost
 - pesimistický pohled do budoucna, dumání nad minulostí
 - D) v průběhu periody zvýšené nálady alespoň 3:
 - zvýšená energie, aktivita

- snížená potřeba spánku
- zvýšené sebevědomí
- hbité, tvořivé myšlení
- zvýšená družnost
- větší hovornost, vtipnost
- zvýšený zájem o sex a jiné příjemné aktivity
- přehnaný optimismus
- pokud jen snížení nálady → uvažovat o dystymii (F34.1)
- **dystymie F34.1**
 - A) **pouze snížení nálady alespoň po 2 roky**
 - periody normální nálady trvají zřídka několik týdnů
 - B) nálada **nedosahuje depresivní hloubky**
 - C) v průběhu některé periody deprese, alespoň 3:
 - pokles energie, aktivity
 - insomnie
 - ztráta sebedůvěry
 - obtíže s koncentrací
 - častá plačtivost
 - sociální stažení
 - ztráta zájmu o sexuální a jiné příjemné aktivity
 - neschopnost vyrovnat se s běžnou zodpovědností
 - menší hovornost

Léčba afektivních poruch

- farmakologická léčba
- psychoterapie
- psychoedukace
- při léčbě moc nezáleží na hloubce či etiologii
- nejlepší je kombinace všech možností

Bipolární afektivní porucha v dětství a adolescenci

- současná klasifikace nemocí nevyklučuje BAP odděleně pro věk do a nad 18 let
 - **kritéria jsou stejná pro děti i dospělé**
- asi 20% pacientů s BAP mají první projevy nemoci mezi 15. a 19. rokem – ale ještě to nemusí být popsáno jako BAP

- nástup poruchy **před 18. rokem** se označuje jako **časný**, **před 13. rokem** jako **velmi časný**
- stanovení diagnózy v dětském věku je méně spolehlivé
 - ← **obraz není tak krystalizovaný**
- více u chlapců
- premorbidní rizikové faktory:
 - hyperkinetická porucha
 - poruchy chování
- rodinný výskyt onemocnění je průkazný u 15% pacientů
- může začínat **plíživě** nebo **akutně** (bez varovných signálů)
- první epizoda může být depresivní/hypomanická/manická
 - častěji začíná jako deprese
- epizody jsou u dospívajících delší než v dospělosti
- **hůře reagují na farmakoterapii** než u dospělých
- častější komorbidita s jinou poruchou nebo abúzem psychoaktivních látek
- projevy poruchy se pak někdy vztáhnou k intoxikaci → BAP je za tím schovaná
- projevy (hypo)manického spektra jsou netypické:
 - grandiozita
 - vzpurnost
 - zvýšená iritabilita
 - rizikové chování, protiprávní skutky (někdy diagnostikováno jako porucha chování)
 - nebrzděné sexuální chování
 - vysoké účty za telefon
 - psychotické symptomy – megalomanické bludy
- první projevy poruchy se mohou objevit v předškolním nebo mladším školním věku
- popisována značná emoční nestabilita, nepravidelnost fyziologických funkcí a celková nepřizpůsobivost dítěte
- lehčí hypomanické stavy unikají pozornosti rodiny – působí jako šťastné dítě
- **v prepubertě nebývá průběh epizodický** – typické je časté střídání deprese a manie

Deprese v dětství a adolescenci

- děti trpí depresí nejméně stejně často jako dospělí
- projevy podobné jako u dospělých
 - u dětí **častěji somatické symptomy**
 - **regresivní projevy**
 - a různé jiné maskující symptomy

- klinický obraz se liší podle věku
 - **kojenecký věk**
 - v souvislosti s neuspokojením základních potřeb
 - v souvislosti s psychickou deprivací
 - ztrácí zájem o okolí
 - utlumená mimika a hybnost
 - strnulý výraz
 - **anakitická deprese**
 - souvisí se separací od matky
 - od 6 měsíců věku (do té doby nerozlišuje blízké a cizí osoby)
 - **batolecí věk**
 - náhle vzniklé poruchy spánku, jídla
 - autostimulační chování
 - ztráta zájmu o hru
 - zesílený negativismus – může se to skrýt za opoziční vzdor
 - zvýšená závislost na matce
 - nárůst separační úzkosti
 - **předškolní věk**
 - somatické symptomy
 - ztráta zájmu o hru
 - izolace od vrstevníků
 - dítě ještě neumí popsat své vnitřní pocity
 - přibývá denního snění – fantazie se vztahuje k tématu bolesti, agrese, smrti
 - někdy zvýrazněné destruktivní a agresivní chování
 - **školní věk**
 - nízké sebehodnocení
 - pocity viny, bezmoci
 - depresivní témata dominují ve hře i ve fantazii
 - prvními projevy bývá náhlé zhoršení školního prospěchu
 - hůře se soustředí
 - zlobí
 - stahuje se od vrstevníků
 - → škola kontaktuje rodiče a pak se to začne řešit
 - pohybový útlum/hyperaktivita

- **reálné nebezpečí suicidia**
- **puberta a adolescence**
 - obraz typický pro dospělost
 - **extrémně vysoké riziko suicidia**
 - když dojde v tomto věku k náhlému zhoršení prospěchu, je třeba zvažovat depresi
 - somatické symptomy mohou být prvními příznaky deprese
 - někdy přivedou dítě k vyšetření, že je sociofobické, bojí se školy – a ona tam je deprese
- typy depresivních symptomů:
 - a) **kognitivní deprese**
 - negativní pohled na:
 - sebe
 - svou budoucnost
 - svou aktuální situaci
 - b) **inhibiční**
 - útlum
 - depresivní nálada
 - anhedonie
- etiologie je hereditární i psychosociální
- problémy s diagnostikou
 - obraz je variabilní
 - obraz se liší podle věku
 - porucha nálady se často projevuje dráždivostí nebo vzdorovitostí nebo apatií a nezájmem
 - chybí radost ze hry
 - poruchy spánku a jídla jsou nespecifickými symptomy

Sebevražedné chování

- není to žádná samostatná psychiatrická nosologická jednotka
- u řady poruch je vysoké riziko sebevražedného jednání
- u dětí se řeší v posledních desetiletích – dříve dětství bráno jako šťastné období
- stejně jako u dospělých se vyskytuje v jako:
 - suicidální myšlenky
 - suicidální tendence
 - suicidální pokusy
 - dokonané sebevraždy

- terminologie
 - **sebevražda** = sebepoškozující akt s následkem smrti, který je způsoben sebou samým s vědomým úmyslem zemřít
 - **sebevražedný pokus** = každý akt ohrožující život s úmyslem zemřít, ale nekončící smrtí
 - **sebevražedné myšlenky a tendence** = verbální i neverbální projevy toho, že se člověk zabývá myšlenkami na sebevraždu
- epidemiologie u dospělých
 - u žen více sebevražedných pokusů než u mužů
 - u mužů více dokonaných sebevražd než u žen → volí jiné způsoby
 - u mužů není velký rozdíl mezi počtem TS a dokonaných sebevražd
 - nárůst pokusů v adolescenci (kolem 15. roku), pak jejich počet klesá a opět stoupá v seniu
 - v adolescenci přemýšlení o smyslu života, nedělají kompromisy, labilní emotivita
 - v seniu strach z nemohoucnosti, ze smrti
- způsoby sebevraždy:
 - a) **měkké**
 - imtoxikace, léky, pořezání
 - větší šance na přežití
 - b) **tvrdé**
 - oběšení, zastřelení, skok z výšky, skok pod metro
- k dospívání typicky patří úvahy o smrti, o tom, co by bylo, kdyby člověk nebyl
 - formou sebevražedného chování se stávají, až když:
 - jsou myšlenky na sebevraždu **intenzivní**
 - zabývá se jimi převážnou část doby, kdy je bdělý
 - myšlenky jsou **obtížně odklonitelné**
- zkoumáme:
 - **intenzitu** myšlenek
 - **kolik času** myšlenky zabírají
 - **odklonitelnost** myšlenek
 - **konkrétnost** myšlenek (co, jak)
 - pokud je suicidium konkrétně připravováno (promyšleno), tak již jde o suicidální tendence
- **spontánní TS**
 - suicidium nemusí být vždy plánováno
 - zkrat, impuls – např. po hádce
 - ale i tak je to výsledek předchozích úvah (ne nutně přímo plánování)
- dokonaná sebevražda bývá často výsledkem plánování

- ale i spontánní někdy vede ke smrti
- úmysl zemřít nemusí být ani u plánované dokonané sebevraždy jednoznačný – vyplývá to z dopisů, deníků
- motivy:
 - **u TS nejčastěji vztahové**
 - **u dokonané sebevraždy motivy intrapsychické** (bilance, vnitřní konflikty) a **pocity ohrožení** (u patologie)
 - cílem sebevražedného chování nemusí být vždy smrt, ale **pokus nějak vyřešit situaci**, kterou neumí jinak zpracovat („chci už mít klid“, volání o pomoc, zisk)
 - ale i tento pokus o vyřešení situace může končit smrtí
 - motivy sebevražedného chování bývají komplexní
 - „poslední kapka“ - ale za ní hlubší problémy a obtíže
 - nejčastější motivy u dětí a adolescentů
 - rodinné problémy
 - partnerské problémy
 - problémy s vrstevníky
 - v každém sebevražedném aktu je obsažena agrese proti sobě a často také proti okolí („já jim ukážu“)
- nepoužívat termín „demonstrační sebevražda“ - je to hanlivé, zlehčující
- u TS častěji měkké metody – u dokonaných spíše tvrdé
- rizikové faktory:
 - výskyt sebevraždy v rodině
 - ← heredita duševních poruch
 - ← heredita vulnerability
 - ← nápodoba („táta to tak taky vyřešil“)
 - nefungující rodinné vztahy
 - ztráta blízké osoby
 - citová deprivace
 - násilí v rodině
 - týrání a sexuální zneužívání
 - školní neúspěch
 - v prospěchu – jak to bere rodina
 - v chování – problém s autoritou, spolužáky
 - nefungující vrstevnické vztahy – šikana, nepřijetí kolektivem
 - chronické tělesné onemocnění, tělesné postižení
 - uvědomí si, že nikdy nebudou jako ostatní

- nemoc, kde je kratší doba dožití
- psychická porucha
 - schizofrenie
 - deprese
 - závislost na alkoholu a jiných látkách
 - PPP – hlavně když se pod tlakem léčí, trochu přiberou
 - úzkostné poruchy
 - PTSD
- předešlý TS
- disharmonický vývoj osobnosti
 - nízká frustrační tolerance
 - impulzivita
 - emoční nestabilita
 - maladaptivní zvládací strategie
 - sklon k manipulaci
 - poruchy chování
- hodnota význam sebevražděného chování ve skupině vrstevníků a v sociokulturním prostředí
 - dávání najevo, že na životě nezáleží – jde do toho, cílem není zemřít, ale stane se to
- prezentace sebevraždy v médiích
 - např. když se zabil skladatel Svoboda, tak pacientky s hraniční poruchou na to začaly taky myslet a řešit to v terapii (zkušenost dr. Soukupové)
- protizákonné a disociální jednání
 - když už překračují sociální normy, jsou v nebezpečí stíhání, uvěznění, tak sáhnou po takovém řešení
 - často také mají poruchu osobnosti
- rozvoj sebevražděného chování
 1. **předcházející období**
 - plánování
 - je možné pozorovat psychické změny a tělesné obtíže
 - občasné myšlenky se stávají intenzivnějšími a konkrétnějšími
 - rozlady, smutek, únava
 - psychosomatické obtíže (bolesti hlavy, břicha, poruchy spánku, nechutenství)
 - nepřizpůsobivé chování a poruchy chování
 - omezení aktivit, ochuzení zájmů
 - vyhýbání se sociálním kontaktům a činnostem, které dříve přinášely potěšení

- ve škole stoupají absence – často zdůvodněné tělesnými obtížemi
 - nihilistické představy, nevidí žádnou budoucnost
 - agresivní fantazie a přání zemřít – ústí do sebevražedného jednání
2. po době psychické nepohody může **nastat náhlé uvolnění a zlepšení nálady**
- jako když to z něj spadne
 - když dojdou k rozhodnutí, že zemřou – skončí nejistota, váhání, ambivalence
 - okolí si myslí, že ho to přešlo
3. **sebevražedný akt**
- typy sebevražedného jednání
 - a) **bilanční** sebevražda
 - na základě bilancování dojde k závěru, že jeho stávající situace je pro další život neúnosná
 - často u lidí s nemocí se špatnou prognózou
 - řeší se, zda to brát jako patologii, jako poruchu pudu sebezáchovy
 - b) **biická** sebevražda
 - v normálním duševním stavu
 - na základě motivů, které vychází z reality
 - c) **patická** sebevražda
 - motiv souvisí s duševní nemocí
 - chybné hodnocení reality
 - d) **rozšířená** sebevražda
 - pod vlivem duševní nemoci
 - spáchá sebevraždu a k tomu zabije ještě někoho dalšího z blízkých osob
 - přítomná patická motivace
 - je třeba odlišit vraždu a následnou sebevraždu
 - e) **suicidální dohoda**
 - dva a více lidí se dohodne, že spáchají sebevraždu
 - často pod vlivem jednoho duševně narušeného člověka (porucha osobnosti, psychóza)
 - často v sektách
 - f) **účelové suicidální jednání**
 - cílem není smrt, ale řešení těžké situace
 - **cíl je nevědomý**
 - může skončit letálně → nepodceňovat
 - g) **demonstrativní suicidální jednání**
 - cílem je vyřešit náročnou situaci
 - **cíl je sledován vědomě**

- může skončit letálně → nepodceňovat
- h) **simulace suicidálního jednání**
 - snaha vyhnout se něčemu, dostat se na lepší oddělení
 - vědomé předstírání
- posuzování suicidálního dítěte či adolescenta
 - zjišťujeme události, které předcházely aktu
 - důvody a motivy jednání
 - problémy a konflikty, které dítě v současné době má (ptát se na školu, rodinu)
 - zvážit duševní onemocnění – může to být první záchyt schizofrenie
 - rodinná a osobní anamnéza
 - traumatické zkušenosti
 - předcházející suicidální chování
 - současné psychopatologické příznaky
 - riziko autodestruktivního chování v současnosti
 - závažnost suicidálního úmyslu
 - protektivní a pozitivní vývojové faktory a okolnosti
 - koho má rád, komu věří
 - jestli už něco dokázal vyřešit
- **koncept smrti se tvoří až kolem 8. - 10. roku**
 - do té doby nemůžeme mluvit o úmyslu zemřít
 - dítě si může ublížit, ale asi nejde mluvit o sebevražedném jednání
 - do té doby nechápou nevratnost – „usne, ale může se probudit“
- **sebepoškozování**
 - = **chování, jehož důsledkem je poškození vlastní tělesné integrity bez cíleného a vědomého záměru zemřít**
 - zacházení s tělem má sociální a kulturní souvislosti – konvenční norma (např. tetování)
 - SP jako projev narušeného osobnostního vývoje nebo jako projev duševní nemoci (psychózy)
 - objevuje se i v rámci MR – neadaptivní zacházení s vlastní agresí, autostimulace, uklidňování
 - nejčastější formy:
 - řezná poranění kůže (zápěstí, předloktí, hřbety rukou)
 - škrábance
 - vyřezávání znaků do kůže
 - popálení cigaretou
 - řadí se tam i předávkování léků bez zřetelného sebevražedného úmyslu

- motivy:
 - úleva od napětí
 - vztek na sebe – potrestání se
 - někdy i přání zemřít – ale víc pro to neudělají
- častěji u starších adolescentních dívek
- důležitá je vyvolávající událost
 - nedokáže ji vyřešit adaptivně
 - rozvoj pocitů lítosti, vzteku, křivdy
 - agrese se obrací proti sobě
- vzorec chování má tendenci se opakovat
- u lidí, kteří se sebepoškozují, je větší riziko sebevražedného chování (i větší výskyt)
- intervence u sebevražedného chování:
 - poskytnutí **první pomoci**
 - **krizová intervence**
 - **systematická léčba**
 - psychoterapie
 - farmakoterapie (léčit duševní onemocnění, které je v základu SP)
 - zásah do sociálního prostředí
 - léčba formou hospitalizace/ambulace
 - nejprve se řeší tělesný, pak fyzický stav
 - potřebná spolupráce s rodiči
 - častá nespolupráce ohrožené osoby + snaha zakrývat sebevražedné úmysly a jednání
 - pokud nechtějí spolupracovat ani rodiče → spolupracovat s orgány péče o dítě
 - hrozí-li akutní sebevražedné chování je třeba:
 - navázat s osobou kontakt
 - získat důvěru
 - vystupovat klidně a direktivně
 - podporovat adaptivní strategie řešení životních problémů
 - cílem je zamezit sebepoškozujícímu jednání a odvést člověka do bezpečí
 - zajistit odbornou pomoc
 - hodně záleží na postoji konkrétního psychologa, lékaře k sebevraždě, právu na život a na smrt

9a) Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka, školních dovedností, motorických funkcí

Poruchy řeči a jazyka

- patří do kapitoly **Poruchy psychického vývoje**
- **F80**
- můžeme je dělit na **vývojové** (vrozené) a **získané**
- narušení:
 - porozumění řeči
 - artikulace
 - motorické realizace řeči
 - prozódie
 - pragmatiky řeči
- může to být samostatný syndrom nebo součást psychických či neurologických poruch (DMO, PAS, epilepsie)
- častěji u chlapců
- etiologie často biologická, hereditární, prenatální
 - drobné odchylky vývoje řečových center založených v časných stádiích těhotenství
 - při perinatálních poškozeních přebírá řečové funkce pravá hemisféra (ta je pro řeč nedominantní) – pak nemusí být nic patrné, maximálně OVR
- v DSM IV označovány jako **poruchy komunikace**

Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka

- **vývojová dysfázie** – porucha osvojování mluvené řeči
- vývoj řeči je závažně opožděn
- v některých aspektech řeči jsou kvalitativní odchylky
- diagnostika do 2 -3 let je obtížná
 - musíme odlišit prosté opoždění vývoje řeči
- **abnormální je opožďování řeči o 2 směrodatné odchylky**
- musíme odlišit MR a celkové opoždění vývoje
- odlišit sekundárně vzniklé poruchy řeči
 - často při nedoslýchavosti či při neurologických onemocněních
- vývojová dysfázie se může upravit, přetrvávají však poruchy čtení a psaní
- verbální IQ je oproti neverbálnímu výrazně snížen (vidíme to třeba ve WISC-III)

- kvalitativní odchylky a diskrepance mezi různými složkami řečového vývoje
 - rozdíl mezi porozuměním a aktivním mluvením (rozumí a jen ukazuje, nebo naopak)
 - dobrá slovní zásoba + špatná srozumitelnost řeči (problémy v artikulaci)
 - diskrepance mezi slovní zásobou a vývojem gramatiky (umí hodně slov, ale neskloňuje)
 - diskrepance mezi slovníkem a schopností řeči užít – pragmatikou
 - diskrepance mezi verbálními schopnostmi a vybavováním slov
 - rozdíl mezi zpracováním řeči a neřečových zvuků (nereaguje na volání, ale k hudbě je vnímavý)
- **sociální dovednosti** mohou být v důsledku řečové poruchy významně narušeny
 - sekundární k poruchám řeči bývají emoční poruchy nebo poruchy chování
 - děti se hůře prosazují, hůře se zapojují do kolektivu
 - mívají poruchy sebehodnocení
- vývojová dysfázie se dělí na **expresivní** a **receptivní**
 - může být i **smíšená** (je to časté, vyhraněný obraz vidíme málo často)
- **expresivní vývojová dysfázie**
 - **F80.1**
 - specifická vývojová porucha
 - **schopnost užívat jazyk je pod úrovní mentálního věku dítěte**
 - porozumění řeči je normální
 - v preverbálním období je vývoj řeči nenápadný
 - **zájem o komunikaci** – užívá gesta, nahradí si tím, že se mu špatně mluví
 - první slova se objevují kolem 2. roku
 - slovní zásoba se rozšiřuje až kole 3, 4 let
 - řečový spurt až kolem 4. roku
 - omezená slovní zásoba, nesnáze při volbě vhodných slov, stručné vyjadřování
 - komorbidita
 - poruchy učení
 - emoční poruchy – úzkosti
 - poruchy chování – ADHD
 - hyperkinetická porucha
- **receptivní vývojová dysfázie**
 - **F80.2**
 - specifická vývojová porucha
 - **chápání řeči je pod úrovní mentálního věku dítěte**
 - bývá postiženi i expresivní složka řeči

- typické jsou poruchy pozornosti k verbálním podnětům
- zpomalený je i vývoj symbolického a abstraktního myšlení
- **specifická porucha artikulace řeči**
 - **F80.0**
 - dítě používá mluvené zvuky, které neodpovídají jeho chronologického věku ani inteligenci
 - vyloučit MR, sensorické postižení (sluchu), nedostatečnou stimulaci v prostředí
 - porucha nejčastěji zachycena mezi 3. a 4. rokem věku
 - projevuje se jako **vadná artikulace**, řeč je nahrazována mluvenými zvuky, slova jsou komolená nebo vynechávána
 - řeč je obtížně srozumitelná
 - řadu projevů nacházíme v normě v řeči mladších dětí
 - poruchou se stanou tehdy, když jsou užívány nadměrně nebo ve vývojovém období, kdy by již měly být opuštěny
 - často spojena s expresivní dysfázíí, s dyslexií
 - objevuje se často u emočních a behaviorálních poruch
 - příčiny
 - souběh několika faktorů
 - perinatalní poškození
 - oslabení sluchu
 - strukturální abnormality řečových center
 - neadekvátní nebo nedostatečná stimulace řeči v rodině
 - dělení:
 - **vývojová dysartrie** – porucha **podmíněná poruchou orální motoriky**; dobrá slovní zásoba a porozumění
 - **sekundární dysartrie** – **při DMO**, neurologických poruch; spojena s obtížemi s polykáním, žvýkáním, dýcháním
 - **dyslalie** – **chybná výslovnost jedné nebo více hlásek** (r, ř, s, l); do 4 až 5 let v normě
 - **artikulační neobratnost** – **chybná artikulace u obtížných slov**, jednotlivé hlásky vysloví dobře
 - **specifické asimilace** – chyby ve slovech, kde se vyskytují tvrdé a měkké hlásky (např. slovo špačci)

Poruchy řeči v DSM IV

- fonologická nebo **fonologicko-syntaktická** porucha řeči
 - **porucha rozlišování zvuků a vnímání jejich sekvencí**
 - dominují obtíže fonologického zpracování **při normálním porozumění řeči**
 - ztížena základní analýza řečových zvuků

- opoždění vývoje řeči
- **sémanticko-pragmatická porucha řeči**
 - **narušená schopnost správného komunikačního užití řeči**, gest i jiných neverbálních komunikačních signálů
 - vždy spojena se závažnými obtížemi v sociální interakci, narušení neverbální komunikace
 - řadí se **mezi pervazivní vývojové poruchy**

Získané poruchy řeči u dětí

- diagnostika **nejdříve ve 2 letech**
- vývoj řeči do té doby normální
- získané afázie:
 - a) **expresivní**
 - b) **receptivní**
 - c) **získané**
- příčiny u dospělých – mozková mrtvice
- příčiny u dětí – nádory CNS, neuroinfekce, epilepsie (v přímé souvislosti se záchvaty), úrazy hlavy, cévní příhody
- **Landau – Kleffnerův syndrom**
 - **F80.3**
 - **dlouhodobá získaná receptivní afázie u epilepsie**
 - začíná **mezi 3. a 8. rokem**
 - na EEG abnormality, epileptické záchvaty (často ve spánku)
 - nejprve receptivní porucha, pak zhoršení expresivní složky
 - pak ztráta receptivní i expresivní složky řeči
 - **inteligence se nemění**

Poruchy řeči zařazené jinde

- **koktavost**
 - = balbuties
 - porucha plynulosti řeči, opakování slabik nebo jejich protrahování
- **breptavost**
 - **F98.6**
 - tempo řeči je zrychlené
 - řeč neplynulá, bez opakování a zadržávání
 - řeč nesrozumitelná, artikulace nezřetelná

Specifické vývojové poruchy školních dovedností

- řadí se do kapitoly **Poruchy psychického vývoje**
- **F81**
- = SPU
- vývojové obtíže, které se projevují u dětí v oblasti vzdělávacího procesu
- **rizikový faktor pro rozvoj dalších psychických poruch** (emoční poruchy, poruchy chování)
- častá komorbidita s poruchami aktivity a pozornosti
- postižení normálního osvojování školních dovedností (čtení, psaní, počítání)
 - výkon dítěte je nižší, než odpovídá jeho věku, intelektu a vzdělávacím možnostem
- vznik na základě abnormalit kognitivních procesů a zpracování informací
 - lze je odvodit z nějakého typu **biologické dysfunkce**
- obecná kritéria
 - stupeň poškození dovednosti musí být **klinicky signifikantní**
 - postižení musí být **specifické** – nelze je přičíst MR ani nižší celkové inteligenci
 - porucha musí být **vývojová** – tzn. musí být přítomna od počátku vzdělávání
 - nejsou přítomny vnější faktory, které by mohly být dostatečným důvodem pro školní potíže (např. nedostatečné vyučování)
 - porucha nesmí být přímo způsobena nekorigovanou zrakovou nebo sluchovou vadou

Specifická porucha čtení F81.0

- = **dyslexie**
- **specifické, výrazní narušení dovedností ve čtení**
- nelze přičítat mentálnímu věku, zrakové ostrosti, neadekvátnímu způsobu vyučování
- v raných stádiích učení může mít dítě problémy s učením se abecedě, s používáním správných označováním písmen, s kategorizováním zvuků, a analyzováním zvuků
- příznaky:
 - při hlasitém čtení vynechává, nahrazuje, překrucuje nebo přidává slova či jeho části
 - čte pomalu
 - chybné začátky čtení, dlouhé pomlky, ztrácí se v textu, nepřesné slovní obraty
 - převrácení slov ve větách nebo písmen ve slovech
 - porucha porozumění čtenému textu
- typy:
 - dyslexie **na podkladě percepčních deficitů**
 - a) oslabení v oblasti **sluchové percepce** – nerozlišuje hlásky a slabiky doneticky podobné (di, ti)
 - b) oslabení v oblasti **zrakové percepce** – záměny tvarově podobných písmen

- dyslexie **v oblasti motorické**
 - narušená **motorika očních pohybů** nebo **jazyka a mluvidel**
 - artikulační neobratnost
- dyslexie **na podkladě integračních obtíží**
 - nefunguje plynulé převádění dat z jedné smyslové modality do druhé
 - dítě čte bez porozumění
- dyslexie **s poruchou dynamiky základních psychických procesů**
 - a) u **hyperaktivního** dítěte – čte zbrkle, povrchně
 - b) u **hypoaktivního** – celková pomalost a těžkopádnost se projeví i ve čtení
- dyslexie **z hlediska vzájemného vztahu verbální a názorové složky intelektu**
 - a) typ **s převahou verbální složky** – děti s percepčně motorickými poruchami
 - b) typ **s převahou prakticko-názorové složky** – vývojová dysfázie a hlubší porucha vývoje jazyka
- dyslexie **z hlediska lateralizace mozkových hemisfér**
 - pravá hemisféra má za funkci rozlišování písmen jako tvarů
 - levá – práce se slabikami
 - a) **převaha levé hemisféry na počátku čtenářského výcviku** – rychlé čtení s množstvím chyb, narušení percepční orientace v textu
 - b) typ **s dlouho přetrvávající převahou pravé hemisféry** – porucha syntézy textu

Specifická porucha psaní F81.1

- = **dysgrafie**
- specifické, výrazné narušení vývoje psaní bez anamnézy specifické poruchy čtení
- narušená je schopnost ústního vyjadřování i správného psaní slov
- potíže zahrnují gramatiku, interpunkci, rozlišování velkých a malých písmen, vetnou skladbu
- může být přítomno narušení motoriky, primární je ale porucha jazyka

Specifická porucha počítání F81.2

- = **dyskalkulie**
- postižení dovednosti počítání, které nelze vysvětlit MR, ani nevhodným způsobem vyučování
- problémy v učení se prostorovým vztahům
- typy:
 - a) **verbální** – neschopnost označovat slovně množství či počet předmětů
 - b) **praktognostická** – porucha matematické manipulace s konkrétními či nakreslenými předměty
 - c) **lektická** – porucha čtení matematických znaků a jejich kombinací (6 čte jako 9)

- d) **grafická** – porucha psaní čísel
- e) **ideografická** – porucha vytváření matematických pojmů a chápání vztahů mezi nimi
- f) **operacionální** – omezená schopnost provádět matematické operace

Další specifické vývojové poruchy

- nejsou v MKN-10
- **dysmúzie** – porucha hudebních schopností ve složce receptivní nebo expresivní (či kombinace)
- **dyspinxie** – vývojová porucha kreslení, podkladem porucha vizuální nebo motorická
- **dyspraxie**

Specifická porucha motorické funkce F82

- zřetelné **postižení motorické koordinace**
- nelze vysvětlit MR ani jinou vrozenou nebo získanou nervovou poruchou
- pohybová koordinace je pod úrovní věku a intelektu
- projevuje se opožděním vývoje pohybových dovedností
- mohou se projevovat poruchy artikulace
- dítě je celkově neobratné (v běžných činnostech, při sportu, při psaní, kreslení)
- u dětí často neurovývojová nezralost
- v anamnéze někdy perinatální komplikace

9b) Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

- **F40 – f48**
- pojem neuróza se používá s porozuměním, přitom ale jako pojem už neexistuje
- orientační screening úzkostných poruch
 - **Rapaport, 2002**
 - cítíte se vyčerpaní?
 - máme problémy se uvolnit?
 - špatně spíte?
 - Máte: závratě, pocení, třesy?
 - usínáte špatně?
 - děláte si starosti o své zdraví?
 - jste podrážděný?
- neuróza X psychóza
 - **psychóza = narušení duševních funkcí, kdy dochází k narušení vnímání reality**
 - zasažena schopnost běžně žít
 - narušeno já
- **neuróza**
 - duševní a tělesné příznaky, které jsou obtěžující
 - hodnocení reality není v hrubých rysech narušeno
 - jedinec neporušuje základní sociální normy
- **úzkost a strach**
 - do určité míry jsou třeba – mají signalizační význam
 - úzkost – projevy na tělesné i psychické rovině
 - třes
 - bolesti hlavy, zad
 - napětí ve svalech
 - zkrácení dechu
 - hyperventilace
 - pocity ohrožená
 - nadměrná bdělost
 - poruchy pozornosti
 - poruchy spánku
 - pochyby, nejistota
 - děsivé sny

- zúžené vnímání a myšlení
- strach – má jasný předmět (úzkost ne)
- **úzkost je difuzní → zahlcení**
 - **člověk má tendenci hledat nějaký předmět a učinit z úzkosti ohraničený strach**
- úzkost jako stav X úzkostnost jako trvalá osobnostní dispozice
- intenzita úzkosti od napětí, neklidu, ke stavu pervazivního pocitu paniky
- úzkost má individuální průběh
- **úzkost spontánní** – vzniká nečekaně
- **situační úzkost** – vzniká v určité situaci
- **anticipační úzkost** – vznik před představě, při myšlence na určitou situaci nebo objekt
- časem vede k vyčerpání, depresi
- realistická X patologická úzkost a strach
 - **realistická**
 - ještě zdravý fenomén
 - chrání před něčím
 - odpovídá situaci
 - mobilizuje, vede k aktivitě
 - ukazuje na to, co je třeba dělat
 - končí se situací, nepřetrvává
 - je v zájmu života
 - **patologická**
 - nepřiměřená k situaci
 - i bez vnějších, srozumitelných podnětů
 - snižuje aktivitu, ochromuje
 - může být chronická
 - vede k vyhýbání se
 - omezuje život
- neurotická X psychotická úzkost
 - **neurotická**
 - rozumíme jí, je pochopitelná
 - člověk má vědomí toho, že je úzkost přehnaná
 - doprovází ji tělesné projevy, vyhýbání a negativní očekávání
 - **psychotická**
 - obsahově nepochopitelná

- člověk nemá vědomí nepřiměřenosti
- všezaplavující (taková může být i úzkost neurotická)
- má patologický původ
- etiopatogeneze úzkostných poruch
 - psychoanalytická teorie – příčiny v raném dětství
 - etotologický model – význam potřeby attachmentu
 - behaviorální model – podmíněná reakce na stimul
 - kognitivní – chybná interpretace myšlenek, vjemů
 - existenciální – reakce na uvědomění si smrtelnosti
 - biologický
- přehled
 - fobické úzkostné poruchy F40 (hlavní je strach)
 - jiné úzkostné poruchy F41 (hlavní je úzkost)
 - obsedantně kompulzivní porucha (strach, úzkost, obsese, kompulze)
 - reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení
 - dissociativní (konverzní) poruchy
 - somatoformní poruchy

Fobické úzkostné poruchy F40

- úzkost, přechází v paniku
- **vyhýbání se**
- mohou být jen jednotlivé somatické příznaky (palpitace, mdloby)
- často spojeny se sekundárním strachem ze smrti, ze ztráty kontroly, zešílení
- **strach**
- někdy k tomu vzniká ještě anticipační úzkost
- častá komorbidita s depresí
- **agorafobie F40.0**
 - skupina fobií (strach z opuštění domu, vstupu do obchodů, shluku lidí, veřejných prostranství, cestování v dopravním prostředku bez doprovodu)
 - častou strategií je **vyhýbání se**
 - diagnostická kritéria podle MKN-10
 - A) zřetelně vyjádřený strach nejméně ze 2:
 - davy
 - veřejná prostranství
 - cestování bez doprovodu

- opuštění domova
- B) alespoň 2 (z toho alespoň 1 ze skupiny vegetativních příznaků):
 - palpitace, zrychlený pulz
 - pocení
 - třes
 - sucho v ústech
 - závratě, neklid, mdloby, točení hlavy
 - derealizace, depersonalice
 - strach ze ztráty kontroly
 - strach, že zemře
 - návaly horka, chladu
 - ...
- C) vyhýbání se, nebo příznaky způsobují výraznou emoční nepohodu (+ jedinec si uvědomuje, že jeho pocity jsou přehnané)
- D) příznaky jsou omezeny na obávané situace
 - častěji u žen (2x)
 - jedna z nejčastějších fobických poruch v dospělosti
 - u většiny jsou přítomny **záchvaty paniky**
 - váže se spíše k mladšímu věku
 - spíše dlouhodobá
 - v průběhu se samovolně zlepšuje a zhoršuje
 - velmi účinná je KBT (+ farmakoterapie)
- **sociální fobie F40.1**
 - strach ze zkoumavých pohledů → strach se styku s druhými lidmi
 - někdy spojeny s nízkým sebevědomím a strachem z kritiky
 - stěžují si na červenání, třes rukou, nauzeu, nucení k močení
 - mohou být přesvědčeni, že považují za primární problém některý z těchto sekundárních projevů úzkosti
 - příznaky se mohou stupňovat až k panické atace
 - kritéria MKN-10
- A) oba:
 - strach ze sociální expozice
 - vyhýbání se sociální expozici
- B) alespoň 2 příznaky úzkosti definované pod F40.0 B + alespoň 1 z těchto:
 - zrudnutí, třes

- strach se zvracení
- nucení k pomočení či pokálení
- C) příznaky způsobují výraznou nepohodu
- D) příznaky jsou omezeny na situace, ze kterých mají strach
- formy:
 - **částečná** – vázaná jen na některé situace
 - **generalizovaná** – všechny sociální situace
- dlouhodobý, málo proměnlivý průběh
- komplikací je závislost na alkoholu
- celoživotní prevalence 10 – 16%
- prevalence
 - ženy 1,5 – 2%
 - muži 1 – 1,5%
- nejčastěji se objevuje mezi 11 a 15 lety
 - ale pomoc vyhledávají později, kolem 20. roku
 - mají menší schopnost vyjádřit své pocity
 - těžko se vyhýbají sociálním situacím (musí do školy)
- často se pojí s nižším sebevědomím, pokleslou náladou, sebevražednými myšlenkami
- funguje KBT a farmakoterapie
- **specifické (izolované) fobie F40.2**
 - fobie **omezené na vysoce specifické situace**
 - blízkost určitých živočichů, uzavřené prostory, výšky, bouřka ...
 - celoživotní prevalence 10%
 - zoofobie, arachnofobie, akrofobie, hemofobie, kancerofobie, nozofobie (strach z nemoci), nyktofobie (strach ze tmy)
 - prevalence u mužů 4%, u žen 7%
 - celoživotní prevalence 10%

Jiné úzkostné poruchy F41

- hlavní jsou projevy úzkosti, které **nejsou omezeny na určitou okolní situaci**
- **panická porucha F41.0**
 - = **epizodická paroxysmální úzkost**
 - opakované ataky těžké úzkosti (paniky)
 - nejsou vázány na konkrétní spouštěč
 - náhlé vypuknutí palpitace, bolesti na hrudníku, pocity dušení, závratě, depersonalizace,

derealizace

- často též přítomen **sekundární strach ze smrti**, ze ztráty kontroly, že zešílení
- pocity somatického ohrožení
- paroxysmus (paroxy = záchvaty)
 - trvají krátce (minuty až desítky minut)
- postižení si to z počátku vysvětlují jako těžké tělesné onemocnění
- **iatropatogeneze**
 - lékařem vzniklá patologie
 - lékař řekne, že to nic není, odbyde ho
- celoživotní prevalence **1,5 – 3,5%**
- třetina až polovina trpí současně agorafobií
- diagnostická kritéria:
 - opakované panické ataky
 - časově ohraničená
 - začíná náhle
 - **příznaky vegetativního podráždění**
 - palpitace, pocení, chvění, třes, sucho v ústech, zalykání se
 - příznaky týkající se duševního stavu
 - derealizace, depersonalizace
 - strach ze zbláznění se
 - nejsou způsobeny somatickou poruchou, organickou duševní poruchou či jinými duševními poruchami
- 2 stupně:
 - F41.00 – nejméně 4 ataky během 4 týdnů
 - F41.01 – nejméně 4 ataky během týdne
- **generalizovaná úzkostná porucha F41.1**
 - = GAD
 - **úzkost přítomna trvale** („volně plyne“)
 - somatické i psychické příznaky (strach ze situací)
 - muži : ženy 1:2
 - **2 – 4%**, celoživotní prevalence až 5%
 - nejčastěji začíná v adolescenci
 - kritéria MKN-10
 - A) alespoň 6 měsíců s výrazným napětím, strachem, obavami z každodenních událostí
 - B) alespoň 4 z příznaků úzkosti:

- příznaky vegetativního podráždění (palpitace, třes, pocení)
- příznaky týkající se hrudníku a břicha (obtížné dýchání, zalykání se)
- příznaky týkající se duševního stavu (závratě, derealizace, strach se smrti)
- příznaky napětí (napětí, neklid, podráždění)
- rozdíly mezi panickou poruchou a GAD:
 - panická porucha
 - **větší genetická zátěž**
 - začátek koncem 3. decenia
 - symptomatika: vegetativní hyperaktivita
 - **katastrofická interpretace tělesných prožitků**
 - komorbidita s hypertenzí
 - GAD
 - **výraznější psychosociální vlivy**
 - začátek začátkem 3. decenia
 - symptomatika: vzrušivost, výrazná bdělost
 - **nadměrné starosti o běžné životní události**
 - komorbidita s hypotyreosou

Obsedantně nutková porucha F42

- = OCD
- rekurentní (vracející se)
- prevalence **2 – 3%**
- pacient se obsecím a kompulzím **snází (neúspěšně) čelit**, když vzdoruje kompulzím, úzkost se zvětšuje
- **funkcí kompulzí je předcházení určitým událostem, objektivně nepravděpodobným**
- myšlenky vnímá jako své vlastní, **vnímá nesmyslnost svého chování**
- prožitek obsedantní myšlenky nebo provedení kompulzivního činu **nejsou samy o sobě příjemné**
- komorbidita často s depresivní poruchou, se sociální fobií, se SCH, se závislostmi

Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení F43

- **stresová životní událost = jakýkoli střet se zevním prostředím, který vyžaduje změnu stávajícího životního stylu**
 - jsou nezbytné, ale ne dostačující pro vznik poruchy
- **akutní reakce na stres F43.0**
 - **přechodná** porucha

- odpověď na vnější fyzickou/psychickou zátěž
 - přepadení, autonehoda
- závisí na vulnerabilitě, adaptační kapacitě jedince
- iniciační stádium „**omráčení**“ - zúžení vědomí, vnímání
- může nastat **disociativní reakce**
 - oddělení reálného a prožívaného světa, oddělení kognitivního popisu od emoční reakce
- někdy agitovanost (= zrychlené pohyby, jednání)
- někdy fuga (= toulání)
- může být amnézie ← disociace
- krátkodobá porucha (**max. 3 dny**)
- rozvoj příznaků **do 1 hodiny od zátěže**
- mírný, střední, těžký stupeň
- u dětí výskyt až 90%
- pocit ztráty bezpečí
- **riziko suicidia**
- **posttraumatická stresová porucha F43.1**
 - **opožděná** a **protrahovaná** odpověď na stresovou událost (do 6 měsíců od události)
 - reakce na situaci, která by pravděpodobně vyvolala hluboké rozrušení u kohokoli
 - typické jsou epizody znovuprožívání traumatu v podobě živých vzpomínek (**fleshbacky**), snů
 - pocity ochromení, emoční oploštění, odtažení se od lidí, netečnost vůči okolí, anhedonie, poruchy spánku, potíže s koncentrací, nadměrná úleková reaktivita
 - **vyhýbavé chování**
 - prevalence 0,5 – 1% v populaci (u rizikových skupin 3 – 58%)
 - muži : ženy 1:2
 - komorbidita s OCD, agorafobií, panickou poruchou, depresivními stavy
- **poruchy přizpůsobení F43.2**
 - poruchy, které **vznikají jako reakce na významnou životní změnu nebo následkem stresové životní situace**
 - časté poruchy
 - důležité jsou osobnostní dispozice a vulnerabilita jedince
 - příznaky začínají **do 1 měsíce** od vystavení zřetelnému psychosociálnímu **stresoru (nikoli neobvyklého nebo katastrofického charakteru)**
 - příznaky se hodně liší (cokoli od příznaků afektivních poruch, neurotických poruch, poruch chování – ale kritéria nejsou splněna)
 - příznaky mění formu i závažnost

- typy:
 - krátká depresivní reakce F43.20
 - prodloužená depresivní reakce F43.21
 - smíšená depresivní a úzkostná reakce F43.22
 - s převládajícími poruchami emotivity F43.23
 - s převládajícími poruchami chování (zármutek → agresivní, asociální chování) F43.24
 - se smíšenými poruchami emotivity a chování F43.25

Disociační poruchy F44

- = disociativní, konverzní
- pozor na simulace
- **částečná nebo úplná ztráta integrace mezi vzpomínkami na minulost a vědomím vlastní identity, aktuálními pocity a/nebo kontrolou tělesných pohybů**
- existuje přímý vztah mezi začátkem příznaků a stresovými událostmi, problémy, potřebami
- primární zisk – osvobození od úzkosti
- sekundární zisk – praktické výhody plynoucí z ovlivňování nebo manipulací jinými lidmi
- → **konflikt je mimo vědomí**
- projevy podmíněny kulturálně
- o biologickém podkladu poruchy je známo málo
- disociace
 - **nepatologická**
 - snění
 - automatické činnosti
 - **adaptivní**
 - při nadměrné traumatizaci
 - **maladaptivní**
 - neodpovídá aktuálnímu stresu
 - moc výrazná, dlouhá
- obecná kritéria MKN-10 pro F44
 1. nesmí být přítomny žádné známky somatické poruchy, která by vysvětlovala příznaky
 2. existuje přesvědčivá časová souvislost mezi začátkem příznaků a stresovými událostmi
- **disociační amnézie F44.0**
 - nejčastější z disociačních poruch
 - vzácná
 - hlavním rysem je **ztráta paměti**

- amnézie obvykle zaměřena na traumatické události
- úplná amnézie je málo častá, když je, tak bývá součástí fugy
- typy
 - **lokalizovaná**
 - **selektivní**
 - **generalizovaná** – neschopnost vzpomenout si na cokoli z vlastního života
 - **kontinuální** – nevzpomíná si na cokoli od určité doby do současnosti
 - **systemizovaná** – ztráta paměti na určité druhy informací
- častější u žen
- **disociační fuga F44.1**
 - **disociační amnézie + cílevědomé cestování na delší vzdálenosti**
 - vzácná porucha, častěji za války, při katastrofách
 - navenek se člověk jeví normálně, stará se o sebe
 - na cestu bývá úplná amnézie
- **disociační stupor F44.2**
 - stupor = ztuhnutí, nereagování
 - **chybění volních pohybů a reakcí na hluk, světlo, dotyk**
 - normální svalový tonus, dýchání
 - chybí známky somatického poškození + pozitivní průkaz psychogenního původu ve formě nedávných stresových událostí
- **trans a stavy posedlosti F44.3**
 - trans
 - dočasná ztráta pocitu osobní identity a plného vnímání okolí
 - zúžené vnímání a vědomí
 - omezený repertoár pohybů, postojů, řeči
 - posedlost
 - přesvědčení, že do člověka vstoupil duch, zvláštní síla, bůh, nebo že je uhranut
 - stav je **nechtěný, zatěžující**
 - kulturně podmíněná prevalence
- **disociační porucha motoriky F44.4**
 - kopíruje vědomosti pacienta → pro odborníka vypadá obraz dost divně
 - nejčastější variantou je ztráta schopnosti pohybovat celou končetinou nebo její částí
 - porucha může být podobná apraxii, akinezi, afonii, dysartrii, dyskinezii, záchvatům, obrně
- **disociační křeče F44.5**
 - podobné epileptickému záchvatu v jeho motorické složce

- ale pohmoždění, pokousání jazyka, pomočení je vzácné
- **chybí ztráta vědomí**
 - místo ní může být stupor nebo trans
- **disociační porucha citlivosti a senzorické poruchy F44.6**
 - částečná nebo úplná ztráta normálních kožních pocitků na části těla nebo na celém těle
 - částečná nebo úplná ztráta zraku, sluchu, čichu
- **jiné disociační poruchy F44.8**
 - **Ganserův syndrom F44.80**
 - člověk dává „přibližné odpovědi“ nebo úplně absurdní (kolik má pes nohou? 5.)
 - = vazební psychóza
 - **mnohočetná porucha osobnosti F44.81**
 - výjimečný jev
 - u jednoho jedince existuje více osobností, vždy se projevuje jen jedna
 - každá osobnost má svou vlastní paměť, preference, způsob chování
- triáda charakteristik disociativních příznaků:
 - **karikatura**
 - dramatická, laická prezentace se zdůrazněním nápadností
 - **izolace**
 - od harmonického celku prožívání, chování
 - nesystémovost – rozpor mezi příznakem a celkovým stavem
 - **proměnlivost**
 - intenzita a stupeň se mění podle okolností
 - manifestace nestálá v čase

Somatoformní poruchy F45

- porucha vjemů, funkcí a chování, která není způsobena somatickými poruchami
- omezena na určité systémy nebo části těla
- časově navazuje na stresové události nebo problémy
- opakované stížnosti na somatické příznaky, neustálé požadavky na vyšetření
- **somatizační poruchy F45.0**
 - rozmanité, často se měnící somatické příznaky, trvají nejméně 2 roky
 - dlouhá, komplikovaná anamnéza kontaktů s lékaři
 - porucha je chronická, průběh kolísavý
 - → narušení osobních, rodinných, sociálních vztahů
 - pacient odmítá přijmout ujištění lékaře, že příznaky nemají žádnou tělesnou příčinu

- příznaky
 - gastrointestinální příznaky (bolesti břicha, nauzea, plynatost, pachuť v ústech, průjmy)
 - kardiovaskulární (dušnost, bolesti hrudníku)
 - urogenitální (dysurie, vaginální výtok)
 - kožní a bolestivé příznaky
- prevalence
 - ženy 0,2 – 2%
 - muži 0,2%
- **hypochondrická porucha F45.2**
 - alespoň po 6 měsících přesvědčování o přítomnosti max 2 závažných tělesných nemocí
 - trvalé zaujetí předpokládanou deformitou nebo zohyděním
 - pacient odmítá ujištění lékaře, že mu nic somatického není

Jiné neurotické poruchy F48

- **neurastenie F48.0**
 - A. oba:
 - pocity vyčerpání při minimálním duševním výkonu
 - pocity únavy a tělesné slabosti po malé námaze
 - B. alespoň 1:
 - bolesti ve svalech
 - závratě
 - bolesti hlavy
 - ...

10a) Poruchy sociálních funkcí se začátkem v dětství a dospívání

- řadí se do kapitoly **Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci**
- **F94**
- skupina různorodých poruch
- společným rysem jsou **odchylky sociální funkce**
- výskyt se podle pohlaví neliší
- zahrnuje:
 - elektivní mutismus
 - reaktivní porucha přichylnosti v dětství
 - dezinhibovaná přichylnost v dětství

Elektivní mutismus

- **F94.0**
- dítě **nemluví v určité situaci nebo s určitými lidmi**
- vývoj řeči není výrazněji narušen, odchylky ve vývoji řeči bývají
- **rozumí, reaguje neverbálně**
- **v etiologii hraje roli osobnost** (zvýšená stydlivost, úzkostnost, separační problémy)
- často spojen s opoziční poruchou
- roli hrají i rodinné faktory – hyperprotektivita rodičů
- častěji u dívek
- v rodině se mohou častěji vyskytovat vyhýbavé a úzkostné poruchy
- dítě důsledně mlčí ve specifických situacích, kde se očekává, že bude mluvit, mimo tyto situace mluví normálně
- často se k vyšetření dostanou pro podezření na autismus – ptát se, zda nereaguje a nemluví ve všech situacích, se všemi lidmi
- porucha interferuje s výukou, se sociální komunikací v určitém kontextu
- nejde o poruchu komunikace ani o nedostatek znalostí, jak mluvit – **porucha není o řeči**
- doba trvání **nejméně 1 měsíc**
 - přechodný mutismus může být reakcí na novou situaci, může být spojen se separační úzkostí

Reaktivní porucha přichylnosti v dětství

- **F94.1**
- specifická porucha adaptace v útlém dětství
- **trvalé abnormality v sociálních vztazích dítěte, které jsou spojeny s citovou poruchou**
- jsou reakcí na změny v životních podmínkách

- dítě je bázlivé, vysoce ostražitě, nereaguje na uklidňování
- typická je chudá sociální interakce s vrstevníky
- často (auto)agresivní projevy
- vzniká pravděpodobně jako **důsledek hrubého zanedbávání, zneužívání, špatného zacházení**
- dítě má abnormální vztah k osobám, které o něj pečují
 - tento vztah se rozvíjí před 5. rokem
- u malých dětí se projevuje silnými protichůdnými nebo ambivalentními sociálními reakcemi, které jsou výraznější v době setkání, rozloučení a znovuhledání
 - dítě se přibližuje s odvráceným pohledem, brání se tělesnému kontaktu, odtažitost
 - zřejmá je nedostatečná emoční reaktivita nebo odtažitá reakce či agresivita
- vlastně **narušený attachment**
- děti **mají zájem o interakci s vrstevníky** – ale sociální hře brání jejich negativní emoce
- apatické, bázlivé, nešťastné, nereagují na konejšení
- **tuto dg nedávat, pokud nemáme jisté informace o týrání**
- neobjeví se u všech týraných a zneužívaných dětí
- diferenciatní diagnostika
 - od PAS se liší normální schopností sociální vzájemnosti a vnímavosti
 - dítě se zlepší při přemístění do prostředí, které mu poskytuje emoční saturaci
 - neprojevují se charakteristickými abnormitami řeči jako u autismu
 - nevyskytují se opakující se opakuující se způsoby chování, zájmy a hra
 - od MR: nemají trvalé narušení kognitivních funkcí, které se nemění při změně prostředí
- lze sem řadit **syndrom CAN a citovou deprivaci**

Dezinhibovaná příchyllost v dětství

- **F94.2**
- u dítěte se během prvních 5 let objevoval neobvyklý stupeň vztahové rozptýlenosti bez zaměřené náklonnosti
- **povšechné přítulné chování a/nebo vynucování si přátelsky pozorného chování od dospělých**
- mívá **potíže s vytvořením si vztahů s vrstevníky**
- abnormita sociálního chování má tendenci přetrvávat, i když se sociální podmínky výrazně změň
- **často u dětí vyrůstajících v ústavech**
- v anamnéze jsou časté změny pečovatelů nebo změny umístění v rodinách
- nedojde k vytvoření selektivního citového vztahu
- porucha má **špatnou prognózu**
- není neobvyklý vývoj do **disociální poruchy osobnosti, anetičnosti** (citová plochost, neempatičtí, nenavazují trvalé vztahy)

10b) Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami

- F50 – F59

Poruchy příjmu potravy F50

- **mentální anorexie F50.0**
 - ubývání na hmotnosti úmyslně vyvolané a udržované pacientem
 - nejasná etiologie
 - hlavně obava z tloušťky, z druhotných pohlavních znaků – ovládaté myšlenky
 - **anosognosie** (= bez náhledu na nemoc)
 - → podvýživa, sekundární endokrinní a metabolické změny, amenorea
 - tělesná hmotnost nižší nejméně o 15% oproti normální hmotnosti pro daný věk a výšku
 - příznaky: dietní omezování, nadměrné cvičení, provokované zvracení, užívání laxativ, diuretik, anorektik
 - **výskyt obsedantně kompulzivních rysů, úzkostných a depresivních stavů**
 - snížený zájem o sex
 - prevalence
 - mladé ženy 0,5 – 1%
 - muži:ženy 1:10
 - více ve středních a vyšších socioekonomických vrstvách
 - průběh, prognóza
 - začátek obvykle kolem 17. roku (vzácně po 40. roce)
 - začátek většinou v souvislosti s novými zatěžujícími životními událostmi
 - často předchází dieta podporovaná okolím
 - dostavují se k lékaři kvůli amenorei, „alergii na jídlo“, bolestem břicha, zácpě, edémům (otok)
 - jedna epizoda s remisí nebo chronicitou
 - může progredovat k letálnímu konci
 - 40% se uzdraví úplně, 30% se zlepší, 20% zůstává nebo se zhoršuje
 - 2 – 5% chronických případů končí **suiciem**
 - špatné prognostické faktory:
 - špatná premorbidní přizpůsobivost
 - nízký socioekonomický status
 - zásadní anosognosie
 - **bulimie, zvracení, abúzus laxativ**

- **mentální bulimie F50.2**
 - pacienti jsou schopni **udržet váhu na normální úrovni**
 - nedochází k amenorei
 - MKN-10
 - A) opakované epizody přejídání
 - B) neustálé zabývání se jídlem
 - C) pokusy čelit tloušťkám
 - vyprovokované zvracení
 - vyprovokovaný průjem
 - střídavá období hladovění
 - užívání anorektik, diuretik
 - D) vlastní pocit přílišné tloušťky s obavou z tloušťkám
 - u mladých žen 1 – 3%
 - u studentek SŠ a VŠ 4 – 15%
 - častá disimulace
 - zřetelný nárůst incidence

Neorganické poruchy spánku F51

- část **dyssomie**
 - primárně psychogenní stavy, u nichž se převládající porucha týká **množství, kvality nebo časování spánku**
 - vyvolány emočními vlivy
 - neorganická insomnie, neorganická hypersomie, neorganické poruchy schématu spánek-bdění
- část **parasomie**
 - **abnormální epizodické události** během spánku
 - somnambulismus, noční děsy, noční můry
- **somnambulismus F51.3**
 - MKN-10
 - A) opakované epizody vstávání z postele (obvykle v první třetině nočního spánku) a bezcílné chození po několik minut až půl hodiny
 - B) během toho má strnulý, bezvýrazný obličej, nereaguje na snahy okolí stav ovlivnit, probudit lze jen obtížně
 - C) po probuzení amnézie na epizodu
 - D) za několik minut po probuzení bez zhoršení duševní činnosti nebo chování
 - 10 – 30% dětí zažije alespoň 1 epizodu
 - prevalence 1 – 5%

- nejčastěji kolem 12 let, většinou mizí kolem 15. roku
- **spánkové (noční) děsy F51.4**
 - probouzení ze spánku s panickým křikem, intenzivní úzkostí, silnou vegetativní hyperaktivitou
 - netrvá déle jak 10 minut
 - **omezená vzpomínka** na epizodu
- **noční můry F51.5**
 - probuzení s podrobným a živým zážitkem silně děsivých snů
 - po probuzení je rychle bdělý, orientovaný
 - u dětí 3 – 5 let 10 – 50%
 - u žen častěji

Sexuální dysfunkce nevyvolané organickou poruchou F52

- jedinec se nemůže podílet na sexuálním životě tak, jak by si přál
- **biogenní** (symptomatická dysfunkce při biologických problémech) / **psychogenní** (důsledek intrapsychických nebo interpersonálních problémů)
- **primární/sekundární**
- **generalizované/situační**
- skupiny:
 - poruchy sexuální **apetence**
 - poruchy sexuální **vzrušivosti**
 - poruchy **orgasmu**
 - sexuální **bolestivé** poruchy
- obecná kritéria MKN-10
 1. jedinec se nemůže účastnit sexuálního vztahu tak, jak by si přál
 2. dysfunkce se vyskytuje často
 3. trvá nejméně 6 měsíců
 4. nesouvisí přímo s žádnou jinou duševní poruchou nebo poruchou chování, se somatickými poruchami nebo s podáváním léků
- **nedostatek nebo ztráta sexuální touhy F52.0**
 - nedostatek touhy
 - chybí zájem o zahájení sexuální aktivity (s partnerem, masturbačně)
- **odpor k sexualitě a nedostatek sexuální slasti F52.1**
 - vyhlídka sexuálního kontaktu vede k takové úzkosti či strachu, že vede k **vyhýbavému chování**
 - sexuální odezva může být normální, dojde k orgasmu, ale chybí dostatečné uspokojení
 - odpor není výsledkem strachu ze selhání

- **nedostatečné prožívání sexuální slasti** F52.11
 - dojde ke genitální odezvě, ale ta není spojena s příjemnými pocity
- častěji u žen
- důvodem bývá často chronická úzkost, deprese, užívání léků tlumících CNS
- **selhání genitální odpovědi** F52.2
 - u mužů: nedojde k erekci či je nedostatečná během styku, erekce se dostaví, ale pouze tehdy, kdy to není vhodné
 - u žen: chybění vaginální lubrikace, nedostatečná tumescence labií (zduření, naplnění tekutinou), k lubrikaci dojde, ale je nedostatečná, k lubrikaci dojde jen během masturbace
 - impotence u mladých mužů 8%
 - u 20 – 50% mužů má porucha erekce původ v organické etiologii
- **dysfunkční orgasmus** F52.3
 - k orgasmu nedošlo nikdy/orgasmická dysfunkce se objevila po období normální odezvy
 - **úplná** orgasmická dysfunkce/**situační**
 - vyšší incidence u svobodných, mladých žen
- **předčasná ejakulace** F52.4
 - k ejakulaci dojde **do 15 sekund** od začátku soulože
 - + ejakulace se dostaví bez dostatečné erekce
 - až 30% mužů
 - častěji u mladých mužů při styku s novou partnerkou
 - častěji u studentů než u mladých mužů s nižším vzděláním
- **neorganický vaginismus** F52.5
 - spasmus perivaginálních svalů dostatečný k tomu, aby zabránil nebo znepríjemnil zavedení penisu
 - nejčastěji u žen z vyšších socioekonomických vrstev
 - příčiny: sexuální trauma, psychosexuální konflikty (penis jako zbraň, víra)
- **neorganická dyspareunie** F52.6
 - bolest při zavedení penisu do vagíny
 - není součástí vaginismu nebo poruchy lubrikace
- **hypersexualita** F52.7
 - nadměrný sexuální pud
 - nejčastěji koncem adolescence a v mladém věku
 - nymfomanie, satyriasis

Psychické poruchy se somatickými projevy v dětství a adolescenci

- **F98 – Jiné poruchy chování a emocí začínající obvykle v dětství a adolescenci**
- podmíněny vzájemnou interakcí **biologických, somatických a psychosociálních faktorů**
- **heterogenní skupina poruch** – společný mají pouze začátek v dětském věku
- některé z těchto poruch jsou dobře definované syndromy, jiné jsou jen komplexy symptomů

Neorganická enuréza

- **F98.0**
- mimovolní pomočení u dětí **starších 5 let**, ke kterému dojde nejméně **2x za měsíc**
- nenajde se organická příčina
 - když je organická příčina → inkontinence
- primární/sekundární enuréza
 - **primární – nikdy nebyl suchý interval**, dítě se pomočuje od narození
 - **sekundární** – dítě se alespoň 6 měsíců nepomočovalo
 - primární je 2x častější
- **denní/noční**
- do 5 let se dítě občas pomočí fyziologicky
- do 7 let stejně častá u obou pohlaví, pak stoupá podíl chlapců
- pomočování není pro mentální věk dítěte normální
- není důsledkem neurologické poruchy, epileptických záchvatů nebo strukturální anomálie močového traktu
- neměla by se diagnostikovat s mentálním věkem < 4 roky
- frekvence pomočování může kolísat
- někdy spojena s enkoprézou
- může se vyskytovat monosymptomaticky nebo s jinou psychickou poruchou, s širší poruchou emocí nebo chování
 - **primární enuréza bývá kombinována s hyperkinetickou poruchou**
- samotný symptom přináší dítěti **emoční problém** a vede často k **sekundární neurotizaci**
- dítě se často za své problémy stydí, izoluje se od vrstevníků, bývá rodiči trestáno → rozvoj úzkostné a depresivní symptomatiky
- etiopatogeneze
 - **hereditární vlivy** – pozitivní rodinná anamnéza
 - **organické vlivy** – nezralost CNS, vývojové opoždění souhry CNS a močovým měchýřem ve spánku
 - **psychogenní vlivy** – vstup do kolektivního zařízení, narození sourozence, rozvod rodičů, školní problémy

- terapie
 - režimová opatření (pitný a mikční režim, převaha tekutin přes den, omezení na noc)
 - budíky – přístroje, které reagují na počátek mikce a dítě probudí
 - farmaka – antidiuretický hormon, AD
 - psychoterapie a práce s rodinou

Neorganická enkopréza

- **F98.1**
- opakovaná mimovolní defekace u dětí **starších 4 let** při normální konzistenci stolice bez zjištěné organické příčiny
- **primární/sekundární**
- častěji u chlapců
- k defekaci dochází **v oblečení a na nevhodných místech**
- může jít o umazání prádla nebo o normální množství stolice
- někdy bývá spojena s **rozmazáváním** stolice po těle či po okolí (po zdech)
- může být součástí širší poruchy chování nebo emocí
- **může vzniknout jako důsledek nepřiměřeného nácviku čistoty**
 - nadměrný tlak rodičů na brzké udržení čistoty
 - může k ní vést i zanedbávající výchova
- fyziologické zadržování stolice v důsledku bolestivé defekace při anální fisuře
- u úzkostných dětí nemožnost defekace v kolektivních zařízeních
- důsledek konfliktů v rodině, konfliktních vztahů dítěte k rodičům, problémů ve škole, narození sourozence, vstupu do kolektivního zařízení
- vzdor řídit se společenskými normami nebo bol mezi rodičem a dítětem
- sekundární obtíže vedou k udržování a posilování symptomatiky
- nutné je vyloučit organickou příčinu – neurologické onemocnění, onemocnění střev
- terapie
 - nácvik defekačního režimu (na stolicí chodit ráno po předchozí provokaci pitím vlažné vody a požitím zbytkové stravy)
 - psychoterapie

Poruchy se stereotypními pohyby

- **F98.4**
- **volní, opakované, stereotypní nefunkční** a často **rytmické pohyby**, které nejsou součástí žádného rozpoznatého psychiatrického nebo neurologického chorobného stavu
- když takové pohyby jako symptomy jiné poruchy, kóduje se jen celková porucha

- zahrnuje pohupování tělem nebo hlavou, vytrhávání vlasů, kroucení vlasů, pleskání rukama, rýpání prstem
- sebepoškozující chování zahrnuje tlučení do hlavy, plácání do obličeje, kousání do rukou či rtů, šťouchání do očí

Koktavost

- = balbuties
- F98.5
- časté opakování nebo protahování zvuků nebo slabik v řeči
- nebo časté váhání a přestávky, které narušují rytmický tok řeči
- mohou se přidružovat časově shodné pohyby obličeje nebo jiných částí těla

Breptavost

- F98.6
- zrychlené tempo řeči s porušením plynulosti bez opakování a váhání
- řeč se stává těžko srozumitelnou
- řeč s přeříkáváním, není rytmická, s rychlým trhavým proudem slov

Poruchy spánku

- spánek
 - probíhá ve fázích REM a nonREM
- nutné vyloučit somatickou příčinu
- mohou být **projevem rodinné dysfunkce** nebo **symptodem emoční poruchy** v dětství (úzkost, deprese, PTSD)
- bývají i u ADHD
- pokud to je jako izolovaný problém, bývá to častěji u mladších dětí až do mladšího školního věku
- u mladších dětí může být sekundárně narušen vztah s rodiči – dítě se nudí, rodiče se nevyspí ...
- u starších dětí může mít dopad na chování a výkonnost dítěte
- jsou častější u dětí s perinatálními riziky, (přizmáčknutá hlavička, nedonošené apod.) s různými typy postižení (poruchy zraku, MR), s chronickými onemocněními
- interakční vlivy – určitý temperament dítěte (dráždivé) + úzkostní rodiče
- problémem jsou rodiče, kteří odmítají běžné rady (nechat dítě plakat), odmítající léky ...
- vlivy prostředí
- poruchy **usínání**
 - u dětí v batolecím a předškolním věku jsou nejčastěji způsobené **nevytvořením přiměřené strategie sebeuspávání**

- dítě vyžaduje v době usínání trvalou přítomnost rodiče (tak to obvykle začíná)
 - → doba usínání se prodlužuje, bdění dítěte je posilováno pozorností rodiče
- často je dítě v nepřítomnosti matky schopno usnout samo (ptát se, jak to je, když uspává třeba tchyně)
- porucha usínání **může být projevem silné separační úzkosti**
- často **symptodem emočního přetížení** (úmrť, rozvod)
- symptom přechodného nárůstu úzkosti (např. **strach ze smrti** kolem 8. - 10. roku: usnu a už se neprobudím)
- maladaptivní stereotypy sebeuspávání – kývání hlavou, intenzivní cucání prstů ...
- **časté noční probouzení**
 - **6 a vícekrát** za noc – dítě vyžaduje pozornost rodičů
 - příčinou může být totéž jako u poruch usínání
- **noční můry**
 - živé sny s děsivým obsahem
 - často reakce na somatické onemocnění
 - nebo reakce na aktuální psychickou zátěž
 - když jsou velmi časté a intenzivní, mohou signalizovat nadměrný stres nebo emoční přetížení
- **nadměrná spavost**
 - bývá důsledkem neléčených poruch spánku nebo zdravotních obtíží (epilepsie a nočními paroxý, infekce CNS, nádory)
- **noční děsy**
 - dítě si sen **nepamatuje**, na epizodu má amnézii
 - často je to neurofyziologicky podmíněná porucha – nezralost či problém v CNS
 - objevuje se i při emočním přetížení a vlivem konfliktů
- **somnambulismus**
 - chození ve spánku
 - souvislost s nezralostí CNS nebo fyziologickou dráždivostí
 - může se vystupňovat nadměrnou emoční zátěží
 - stejně tak mluvení ze spánku
- rozlišujeme **dyssomnie** (poruchy kvantity spánku) a **parasomnie** (anomálie během spánku)
- při izolovaných poruchách spánku je potřeba důkladná analýza rituálu usínání a spaní v rodině
- **zjišťuje se vzorec usínání** – činnost dítěte v době usínání, ukončení rutiny, které dítě nesmí mít možnost protahovat
- zjišťuje se denní spánek a jeho odlišení od denního rytmu
- pokud se dítě budí, tak rodiče vedou záznamy (kdy, co vyžaduje, jaké jsou důsledky) – zjistíme, jaký má symptom význam v rodině

- důležité je zachytit i jiné behaviorální obtíže dítěte
- nutné je znát dosavadní intervence (rady lékařům, přátel, rodiny)
- anamnéza
 - kdy problém začal – co se v té době stalo
 - úlohu dítěte v situaci (je tam jako tyran, jako chudinka)
 - jak porucha probíhá (kolísání, trvalost při změně podmínek – pečuje babička, jsou na chatě ...)
 - kdo je nejvíce v situaci nejvíce angažován a kdo je tím nejvíce zneklidněn
 - jaké jsou v rodině představy o vhodném řešení obtíží a o spolupráci na řešení
- poruchy spánku mají **obvykle interakční původ** – samy také významně rodinný život ovlivňují
- někdy slouží porucha spánku k udržení rovnováhy v rodině – brání konfliktům apod.
- porucha spánku může vzniknout, když má dítě přes den nedostatek pozornosti (narození sourozence, nemoc příbuzného, rozvod → nemají na dítě čas)
- léčba
 - hlavně psychoterapie
 - léky – když jsou rodiče vyčerpáni nebo se řeší více problémů dítěte
 - je-li problém izolovaný – behaviorální postupy
 - nácvik samostatného usínání
 - změna rutiny
 - pokud je problém komplexnější
 - práce s rodičovskými postoji (hyperprotektivita, úzkostnost, nedostatečné rodinné kompetence)
 - rodinná psychoterapie v případě interakčních vlivů, generalizaci výchovných problémů nebo vztahových obtíží

Poruchy příjmu potravy

- **porucha příjmu jídla v útlém a dětském věku**
 - **F98.2**
 - odmítání jídla a mimořádná vybíravost při přiměřeném podávání jídla schopnými osobami rozumě pečujícími o dítě
 - není přítomno organické onemocnění
 - stupeň obtíží jasně překračuje normální rozmezí
- **pika v útlém a dětském věku**
 - **F98.3**
 - požívání nestravitelných látek
 - může být jen jako jeden z příznaků (MR, vážné duševní onemocnění), nebo jako izolované psychopatologické chování

- kóduje se zde jen jako izolované chování
- spojena s raným vývojem dítěte – ve starším věku přetrvává zřídka
- často spojena s depresivními fenomény a s nízkou sociokulturní úrovní rodiny
- jako izolovaný příznak u týraných a zanedbávaných dětí nebo při velké emoční zátěži
- **neprospívání bez organické příčiny**
 - stav nedostatečné výživy – **dítě nedosahuje očekávaných váhových přírůstků**
 - časté v kojeneckém a batolecím věku
 - časté u dětí vývojově opožděných nebo u postižených dětí
 - původ poruchy bývá **interakční** – roli hraje více faktorů
 - příčiny:
 - chování rodičů – neadekvátní technika krmení až generalizovaný deficit rodičovských kompetencí (chybí synchronizace rodič-dítě)
 - chování dítěte – sociální reaktivita, dráždivost, dítě nedává zřetelně najevo své potřeby
 - chybné postoje rodičů – názory na výživu dítěte
 - situace celého rodinného systému – stres, sociální opora
 - v batolecím období je jídlo prostředkem boje o moc mezi rodičem a dítětem
 - dítě je negativistické, období jídla prožívá úzkostně, na neadekvátní chování dítěte rodiče reagují nedůsledně → posilování maladaptivního chování
 - léčba:
 - nácvik chybějících dovedností – u dítěte, matky
 - interakční terapie (rodinná terapie)
 - práce s dysfunkčními rodinami (u zanedbávání)
- **nechutenství**
 - často u dětí **předškolního a mladšího školního věku**
 - méně často je příznakem jiné emoční poruchy (deprese, úzkost)
 - mívá **specifický komunikační význam** – dítě vyjadřuje své konflikty s rodiči v jiných oblastech
 - porucha může sloužit k udržení rovnováhy v rodině
 - problém bývá na obou stranách – **interakční příčiny**
 - dítě má konstitučně menší potřebu jídla + úzkostní rodiče
 - pokud dítě odmítá jídlo, rodiče to vnímají jako selhání
 - odmítání jídla mohou rodiče vnímat jako odmítání jich samých
 - léčba
 - krátkodobá psychoterapie k úpravě rodičovských postojů
 - systematická práce s rodinou (při generalizaci výchovných obtíží)

- **ruminace**
 - **F98.2**
 - opakovaná **regurgitace** (vracení se potravy ze žaludku do jícnu), u které není přítomna nauzea
 - bez organické příčiny
 - často u kojenců a batolat
 - **příčiny jsou často ve vztahu s pečující osobou** – dítě to neumí jinak vyjádřit
 - nebo je příčinou **deprivace, týrání**
 - léčba
 - behaviorální postupy
 - působení na rodinný systém
- **mentální anorexie**
 - **F50.0 (F5x Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami)**
 - **vědomé omezování příjmu potravy a následné hubnutí, které je spojeno s podstatnými tělesnými změnami**
 - přítomny jsou i psychické změny:
 - depresivní syndrom
 - zvýšená dráždivost, emoční labilita
 - porucha tělového schématu
 - přesvědčení, že má osoba nadváhu
 - tělesná váha je udržována nejméně o 15% pod předpokládanou hmotností
 - **BMI < 17,5**
 - snížení váhy způsobuje člověk sám, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“
 - ze začátku to vypadá, že dodržuje zdravou výživu
 - + excesivní cvičení, provokované zvracení, užívání laxativ, diuretik
 - přetrvává **strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle** – až ovládací myšlenky
 - jedinec si sám ukládá za povinnost mít nízkou váhu
 - → endokrinní poruchy
 - projevuje se jako **amenorea**
 - u mužů **ztráta zájmu o sex**, snížená potence
 - pokud začne před pubertou → zpomalení vývoje pohlavních znaků
 - postihuje častěji dívky (10:1)
 - začátek má 2 vrcholy: **14-15 let a 17-18 let**
 - často začíná po tom, co se objeví sekundární pohlavní znaky (růst prsou)
 - dívka dojde k závěru, že je tlustá, začíná hubnout, na začátku to okolí podporuje
 - někdy se jako spouštěč uvádí výrok ohledně vzhledu

- někdy spouštěčem zátěžová situace (rozvod rodičů, úmrtí ...)
- dietní opatření začínají být drastičtější – dietu si racionalizuje zdravou stravou
- častá **manipulace s jídlem** – schovávání, vyhazování
- vztahy v rodině se sekundárně zhoršují
- onemocnění se závažně promítá do tělesného vztahu – dochází ke kachexii (vyhubnutí)
- okolí si často všimne somatických příznaků: **vypadávání vlasů, amenorea, suchá kůže, lomivost nehtů**
- dochází k metabolickým změnám, k dehydrataci
- multifaktoriální příčiny
 - kultura
 - rodina
 - individuálně psychologické příčiny
 - biologické příčiny – zahrnují dysfunkci žláz z vnitřní sekrecí
- roli hraje společenský ideál zdravého štíhlého těla, zaměření na výkon, na úspěch
- onemocnění se objevuje zejména v zemích s nadbytkem potravy
- individuální charakteristiky:
 - perfekcionismus
 - orientace na výkon
 - ctižádostivost
 - přizpůsobivost
 - porucha se objevuje během adolescence, kdy je vývojovým úkolem psychosexuální zrání a dosažení autonomie – onemocnění přerušuje vývoj v těchto oblastech (na biologické i psychické úrovni)
 - strach z dospělosti
 - obava z mateřské/ženské role
- rodiny bývají také zaměřeny na úspěch a výkon, mají tendenci problémy zastírat, ne řešit
- léčba
 - musí být komplexní
 - ambulantní nebo v první fázi hospitalizace (← výrazný pokles hmotnosti, kachexie, deprese, suicidální tendence)
 - + léčba somatického stavu
 - režimová opatření
 - individuální terapie
 - rodinná terapie – řešení separačně-individuačních problémů
 - farmakoterapie – antidepresiva

- **mentální bulimie**
 - F50.2 (F5x **Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami**)
 - **opakované záchvaty přejídání a přehnané kontroly tělesné hmotnosti**
 - přejedení s touhou zůstat štíhlá vedou k pocitům viny a k následné snaze zmírnit následky přejídání, nejčastěji vyvolaným zvracením
 - neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle a epizody přejídání s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby
 - často v anamnéze mentální anorexie
 - nástup onemocnění **v pozdějším věku** – adolescence a raná dospělost
 - častější než mentální anorexie
 - více u žen
 - charakteristické jsou záchvaty „**vlčího hladu**“
 - nejčastěji ráno a v poledne hladoví, odpoledne a večer kontroly selžou a přejí se
 - často sní vše, co je v lednici pro celou rodinu
 - pak pocity viny, depresivní prožitky
 - **pocity viny** řeší vyvolaným zvracením
 - **hmotnost nápadně kolísá**
 - často emočně labilní, **depresivní příznaky**, suicidální tendence
 - vytváří se cykly přejídání, zvracení a kontroly příjmu jídla
 - sekundárně dochází k narušení vztahů v rodině
 - může se rozvinout porucha vnitřního prostředí organismu
 - příčiny podobné jako u mentální anorexie – společenské, psychické a biologické
 - někteří autoři zdůrazňují vliv objektivních vztahů v raném dětství
 - matky bývají depresivní a otcové impulzivní
 - léčba
 - ambulantní/hospitalizace
 - psychoterapie: individuální/rodinná
 - režimová opatření

Tikové poruchy v dětství a adolescenci

- **F95**
- patří do kapitoly **Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci**
- lze zařadit mezi psychické poruchy se somatickými projevy
- rozvíjejí se na základě interakce neurobiologických mechanismů a zevních rizikových faktorů
- tiky jsou **mimovolné, rychlé, opakující se nerytmické** pohyby nebo hlasové produkce

- náhlý začátek
- naslouží žádnému zřejmému účelu
- postižení nemohou tiky ovládat, ale mohou je na různě dlouhé časové období potlačit
- dělení:
 - motorické / vokální
 - jednoduché / komplexní
 - **jednoduché motorické tiky:** mrkání, trhavé pohyby šije, pošukávání rameny, grimasy v obličeji
 - **jednoduché vokální tiky:** pokašlávání, poštekávání, popotahování, syčení, frkání, chrochtání, vyřazení slabik
 - **komplexní motorické tiky:** poplácávání, skákání, poskakování
 - **komplexní vokální tiky:** opakování zvláštních slov, užívání obscénních slov, opakování vlastních slov a zvuků
- mohou být **přechodné** nebo **chronické**
- jejich frekvence závisí na prostředí, denní době, zevním stresu
- nejčastěji se vyskytují u dětí ve věku **7 – 11 let**
- častěji u chlapců
- častý výskyt této poruchy v rodinné anamnéze – **pravděpodobně hereditární podklad**
- nejsou podloženy neurologickou poruchou
- je to tik nebo stereotypie u jiných poruch (PAS, MR)?
 - u tiků **chybí rytmicita**
- odlišení od OCD: **u OCD mají pohyby účel, umí ho pojmenovat** (např. zabránit pohromě)
- nejčastější komorbidita tikových poruch
 - ADHD
 - OCD
 - patologické hráčství
 - poruchy chování
 - PTSD
 - anxiózní a depresivní poruchy
 - balbuties
 - enuréza
- diferenciální dg.
 - od motorických poruch, které se objevují u neurologických onemocnění – důležité pro patřičnou léčbu
 - MR
 - PAS

- OCD
- terapie
 - režimová opatření – eliminace stresových situací, dodržování vhodného režimu, nepřetěžování
 - farmakoterapie – atypická antipsychotika (zklidní projevy)
 - u přechodných tikových poruch lze podávat vitamín B

Přechodná tiková porucha

- **F95.0**
- jednoduché tiky
- výskyt kolem **4. - 5. roku**
- trvají **méně než 1 rok**
- nejčastěji postihují mimické svaly
- mizí v zaměřených aktivitách
- objevují se **při relaxaci**

Chronická motorická nebo vokální tiková porucha

- **F95.1**
- motorické jednoduché nebo komplexní motorické nebo vokální
- **motorické a vokální tiky nejsou nikdy přítomny v tomtéž čase – střídá se to**
- projevy trvají **déle než 1 rok**
- porucha často přechází do dospělosti
- je sociálně handicapující a emočně zraňující

Tourettův syndrom

- **F95.2**
- **kombinovaná** vokální a mnohočetná motorická tiková porucha
- **dlouhodobá porucha** s kolísavým průběhem od dětství do stáří
- typická jsou období s expresí mnohočetných opakujících se vokálních tiků
- časté jsou výkřiky obscénních slov nebo frází (**koprolalie, echolalie**)
- k tomu motorické tiky
- motorické obvykle předcházejí tikům vokálním
- **echopraxie** gest, která mohou být také obscénní (**kopropraxie**)
- tiky se mohou zhoršit stresem
- mohou mizet během spánku
- **abnormity na spánkovém EEG**, ale ne specifické

11a) Neurotické poruchy v dětském věku

- úzkost v dětství
 - vývojově není zcela jasné, od kdy dítě začíná prožívat strach a úzkost jako odlišné pocity od bolesti a celkové nepohody
 - známky anticipační úzkosti jsou patrné ve druhé polovině 1. roku života (u většiny)
- poruchy **F40 – F49 většinou krystalizují až v dospívání** – obvykle nejdřív ve školním věku

Fobické úzkostné poruchy

- **F40**
- **agorafobie F40.0**
 - strach z cestování, otevřených prostor, množství lidí
 - vegetativní příznaky úzkosti, strach ze smrti, ze zbláznění se
- **sociální fobie F40.1**
 - strach být středem pozornosti, těžce snášejí situace společného jídla
- **specifické (izolované) fobie F40.2**
 - zoofobie ...
- **X sociální úzkostná porucha v dětství F93.2**
 - musí se vyskytnout do určitého věku, abychom ji mohli diagnostikovat (do 6. roku)
- **X fobická úzkostná porucha v dětství F93.1**
 - do 93.1 se řadí např. školní fobie
 - do určitého věku jsou určité fobie normální (z pavouků, ze psů ...) - problém to je, když přetrvává

Jiné úzkostné poruchy

- **F41**
- **panická porucha**
 - F41.0
 - první práce o panické poruše v dětství v 80. letech
 - ještě nedošlo ke konsensu, v jaké míře se v dětství vyskytuje
 - údaje o výskytu v dětství jsou rozporuplné
 - porucha je 2 – 3x častější u osob ženského pohlaví
 - **opakované ataky masivní úzkosti**
 - nepředvídatelné
 - krátké trvání
 - nejsou vázány na konkrétní fobickou situace

- nejčastější **somatické projevy úzkosti**:
 - tachykardie s palpitací
 - mrazení, návaly horka
 - zkrácený dech, dušnost
 - derealizace, depersonalizace
 - pocení
 - závratě
- **generalizovaná úzkostná porucha**
 - F41.1
 - v trvalém napětí
 - ve školním věku inhibované, někdy pohybový neklid
 - obtíže se soustředěním
 - **somatické obtíže**
 - vágní a přechodné somatické stesky
 - bolesti hlavy, břicha
 - mají **množství různých strachů**
 - všepronikající strachy
 - ze smrti sebe, rodičů, zlodějů, neštěstí ...
 - zvažovat vývojový aspekt – strachy se mohou vývojově objevit při pochopení ireverzibility smrti
 - celkově nejisté
 - oslabené sebevědomí
 - perfekcionismus, extrémně konformní
 - nebo naopak plněné úkolů odkládají
 - strach z nesplnění úkolu
 - jeví se až jako vzdor, negativismus
 - nadměrná potřeba ubezpečování, uklidňování
 - malá schopnost uvolnit se
 - poruchy usínání
 - začátek poruchy
 - začátek nejčastěji v dospívání – když se začínají srovnávat s vrstevníky
 - v méně případech začíná dříve (4 – 7 let) – dítě se začíná zařazovat do kolektivu
 - komorbidita
 - u více než poloviny výskyt ještě jiné úzkostné poruchy (nejčastěji fobie)
 - zvyšuje se riziko závislosti na alkoholu a BZD

- zvýšené riziko rozvoje deprese
- v dospělém věku u 50% případů porucha osobnosti (úzkostná, anankastická, závislá)
- etiologie
 - dědičné vlivy
 - výchova
 - rodiny s nereálným očekáváním
 - nadměrné vyhovění požadavkům dítěte bez stanovení hranic
 - nezáměr o dítě, emoční odmítání dítěte
 - imitace úzkostného chování rodičů
 - anamnéza sexuálního zneužívání, týrání

Obsedantně kompulzivní porucha

- **F42**
- příznaky mají charakter obsesí a kompulzí (v různém poměru)
 - **obsese – opakující se vtíravé, nutkavé myšlenky, představy, impulzy**
 - **kompulze – slouží ke zmírnění úzkosti a zabránění hrozivým následkům, přehnané, neadekvátní**
- od staršího školního věku vědí a popíší, že je to jejich vlastní myšlenková aktivita, že to nejsou vkládané myšlenky (ale moc se na to nespolehat)
- snaží se myšlenky potlačit
- u dětí je OCD vzácnější
- začátek
 - nejčastější začátek OCD se udává ve 20 – 26 letech
 - zranitelným obdobím pro začátek je adolescence a raná dospělost
 - vrcholy začátku příznaků v dětství a adolescenci
 - **12 – 14 let**
 - **20 – 22 let**
 - obvykle nezačíná před 8. rokem
 - pokud je symptomatika popsána v nízkém věku, je symptomatika sycená hlavně kompulzemi
 - možná i obsesemi, ale z dítěte to nedostaneme
- **u 2/3 OCD je přítomen organický podklad**
 - porodní trauma
 - toxické a infekční vlivy na CNS (prenatální období a časně po porodu)
 - pravděpodobná serotoninová dysfunkce (jako u deprese)
 - zkoumají se hormonální vlivy na vznik poruchy

- v průběhu onemocnění dochází u dětí ke změnám v symptomech (obsazích myšlenek)
 - také se mění poměr obsesí a kompulzí (s dospíváním roste složka obsesí)
 - někdy se příznaky OCD mírní a přechází více do podoby egosyntonní – člověk je ohrožen vznikem anankastické poruchy osobnosti
- spouštěče
 - zátěž v rodině (stěhování, úmrtí, rozvod)
 - ztráta vrstevníka (odstěhuje se, pohádají se)
 - zúskostňující zážitky s násilím, katastrofami (včetně toho prezentovaného médií)
- nejisté, úzkostné, perfekcionistické, pseudodospělé (stažené, málo hravé, málo veselé, tíhu života prožívají dříve)
- **rituály**
 - nejčastěji se vztahují k mytí rukou, čištění zubů, sprchování
 - rovnání předmětů
- **obavy**
 - špína
 - obava, že se stane něco rodičům
 - nákaza
- děti často zahrnují rodiče do ritualizovaného chování
 - úzkost či vztek, když to rodiče odmítají → vzdor, negativismus
- vývoj osobnosti dětí s OCD
 - **předčasný rozvoj funkcí ega** (kontrola)
 - přetrvávání **magického myšlení**
 - víra v **omnipotenci myšlenek**
- vztah k blízkým osobám ambivalentní, časté pocity viny
- příčina poruchy – multifaktoriální
 - biologické a psychosociální faktory
- **OCD interferuje se sociální rolí dítěte**
 - ztrácí kamarády
 - nové si hledá obtížně
- terapie
 - farmakoterapie
 - psychoterapie

Disociativní (konverzní) poruchy

- **F44**
- u dětí větší propojení duševního a tělesného
- při vysoké emoční zátěži nebo při silných vnitřních konfliktech děti spíše **reagují tělesným symptomem**
 - nemusí vést k poruše osobnosti v dospělosti
 - takové reagování je u dětí běžné
- úzkostné, depresivní ladění dítěte
- z hlediska fyziologie neodpovídá tělesný symptom obvyklým zákonitostem
- **symptom se objeví v souvislosti se stresem** (hodiny, dny, měsíce)
- četnost výskytu konverzí u dětí se v literatuře liší
- více u žen (ve všech věkových kategoriích)
- začátek od puberty
- vliv na vznik poruchy mají rodinné faktory
- klasicky děti „napodobují“ chorobné projevy nemocných blízkých osob
- psychoterapie – individuální, rodinná

Soamtoformní poruchy

- **F45**
- somatoformní poruchy v dospělosti mají prekuzory v dětství – pravděpodobně jde o kontinuitu poruchy z dětství do dospělosti
- prepubertální děti snadno reagují na stres somatickými potížemi
- obvyklé: bolesti hlav, břicha, kloubů, svalů, neurologické potíže, únava
- **somatizační porucha**
 - 45.0
 - často **na bázi disharmonického vývoje osobnosti**
 - nejčastěji jde o histriónský charakter osobnosti (**afektovanost, egocentrismus**)
 - tělesné symptomy líčí hodně dramaticky
 - usiluje o pozornost, upoutání zájmu
 - bohatá fantazijní produkce
 - tělesné symptomy jsou pozorností okolí ještě posilovány
 - děti i rodiče bývají **málo motivováni pro psychoterapii**
 - možnost psychogenních příčin odmítají a opakovaně vyhledávají somatické lékaře
 - → vzorec se pak fixuje, porucha je rezistentní vůči psychoterapii, vyvíjí se porucha osobnosti

Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení

- **F43**
- **poruchy přizpůsobení**
 - F43.2
 - vznik jako reakce na významnou životní změnu nebo stresovou událost
 - významnou roli ve vzniku hraje zranitelnost a osobnostní dispozice vyrovnat se se stresem
 - dílčí poruchy:
 - krátká depresivní reakce
 - protrahovaná depresivní reakce
 - smíšená depresivní a úzkostná reakce
 - s převládajícími poruchami emotivity
 - s převládajícími poruchami chování
 - se smíšenými poruchami emotivity a chování
 - projevem je úzkost, depresivní příznaky, pocity bezmoci
 - u dětí a adolescentů **regresivní projevy, poruchy chování**
 - maladaptivní reakce musí být výrazná, zasahovat do fungování dítěte v rodině, ve škole
 - oslabuje obvyklé sociální aktivity a vztahy s vrstevníky
 - výskyt v dětské praxi se uvádí **25 – 65%**
 - rizikový faktor pro vznik – somatické poruchy a onemocnění dítěte
 - **klinický obraz ovlivňuje vývojový aspekt** – má vliv na charakter symptomatiky
 - typicky regresivní projevy u menších dětí
 - poruchy chování u adolescentů
 - klinický obraz se mění i v průběhu vývoje (když třeba rozvod trvá dlouho)
 - **u adolescentů riziko suicidálního chování**
 - pro vznik poruchy je důležitý **subjektivní prožitek stresu**
 - stresorem v dětském věku mohou být zdánlivě nevýznamné události (ztráta kamaráda, horší prospěch ve škole)
 - výrazným stresorem je vážné tělesné onemocnění, postižení
 - rozvod rodičů
 - vliv má prostředí, ve kterém dítě žije, dostupnost emoční i praktické podpory
 - vliv na vznik i prognózu poruchy
 - do této skupiny poruch se řadí i projevy, které jsou důsledkem obtížného zvládnání vývojových přechodů, krizí
 - nemusí být jen reakcí na vnější události
 - např. v dospívání zvýšený tlak na autonomii, samostatnost (tzv. adolescentní krize spojená s

- do klinického obrazu patří také:
 - depersonalizace
 - derealizace
 - subjektivní pocit ztráty emocí
- **posttraumatická stresová porucha**
 - F43.1
 - závažná **reakce na těžké trauma** (ohrožení fyzické či psychické integrity)
 - u dětí zkoumána **A. Freudovou** – zkoumala děti po bombardování Londýna
 - na klinický obraz má **vliv vývojová úroveň**
 - příznaky ale v zásadě u dětí podobné jako u dospělých
 - **znovuprožívání** traumatické události
 - intruzivní (zasahující) myšlenky
 - vzpomínky
 - sny – nejen opakují událost, ale týkají se i jiných dětských zážitků
 - ne tolik flashbacky jako u dospělých
 - opakování traumatizující události při hře (např. sexualizovaná hra zneužitého dítěte)
 - znovuprožívání traumatu v chování (např. adolescent vyhledávající nebezpečí)
 - **vyhýbání se** podnětu nebo ustrnutí reagování
 - těžké regrese u mladších dětí
 - starší děti se vyhýbají určitým místům, tématům hry, myšlenkám, interpersonálním kontaktům
 - zvýšená **vegetativní aktivace**
 - poruchy spánku – spojeny se sny, které opakují traumatickou situaci
 - zvýšená dráždivost
 - poruchy koncentrace pozornosti
 - zvýšené úlekové reakce
 - agresivita
 - pohotovost k reakcím strachu vede k obavám o blízké osoby a ke zvýšené potřebě kontroly

11b) Poruchy osobnosti a chování u dospělých

- poruchy osobnosti – člověk nežije rád sám se sebou, nebo se druhým nežije dobře s ním (nebo obojí)
- klasifikační trs = klaster
- měly by být diagnostikovány až po 18. roce života či déle a po 2 letech, co se nemoc projevuje
- = **trvalé projevy maladaptivního chování, které jsou hluboce zakotveny ve struktuře osobnosti**
 - jiné vnímání a myšlení, cítění, utváření vztahů ke druhým lidem

Specifické poruchy osobnosti F60

- dříve označovány jako **psychopatie**
- klasifikace
 - kategoriální
 - jednotlivé poruchy reprezentují kvalitativně odlišné klinické syndromy
 - dimenzionální
 - poruchy osobnosti reprezentují maladaptivní varianty osobnostních rysů, které se vzájemně prolínají a přecházejí neznatelně do normy
- DSM-IV – 3 základní podskupiny:
 - podivínské, excentrické osobnosti (paranoidní, schizoidní, schizotypní)
 - dramatické, emocionální a nestálé osobnosti (antisociální, hraniční, narcistické, histriónské)
 - úzkostné, bázlivé osobnosti (vyhýbavé, závislé, obsedantně-kompulzivní)
- prevalence **6 – 9%**, stejně u mužů a žen
- obvykle jsou **trvalé**, častěji se zhoršují než zlepšují
- snížená tolerance k psychické i tělesné zátěži
 - dekompenzace se projevuje akcentací rysů specifické poruchy osobnosti
- obecná kritéria MKN-10
 1. charakteristická a trvalé vnitřní struktura osobnosti a projevy chování jedince jsou jako celek zřetelně odchylné od přijatelného průměru chování dané společnosti
 - tato odchylka se projevuje v: poznávání, emotivitě, ovládnání vlastních impulzů a uspokojování potřeb, ve způsobu chování k ostatním
 2. odchylka se projevuje **výrazně nepřízpůsobivě**, maladaptivně v širokém spektru situací
 3. způsoby chování jsou **příčinou osobních obtíží** nebo mají nepříznivý dopad na okolí
 4. odchylka je **stálá**
 5. nelze ji vysvětlit jako projev jiné duševní poruchy
 6. vyloučit organickou příčinu

- **paranoidní porucha osobnosti F60.0**
 - chronifikuje
 - provází ji zhoršený pracovní výkon
 - vyhýbání se osobnějším kontaktu
 - hostilní, neúprosní, stále připraveni k obraně
 - rigidní, nekompromisní, citliví na řád
 - podezírání z nevěry, konspirace, vztahování ke svému já
 - kognitivní schémata
 - **jsem zranitelný, svět je zkažený, zničí mne**
 - **→ ostražitost, podezíravost**
 - obranné mechanismy
 - dominuje projekce
 - při méně zralé úrovni projektivní identifikace
 - častěji u mužů
 - **0,5 – 2,5%**
 - vyšší výskyt v rodinách se SCH a s poruchami s bludy
 - vyloučit abúzus stimulancí
- **schizoidní porucha osobnosti F60.1**
 - stažení se od emočních, společenských kontaktů
 - upřednostňování fantazie, samotářství, introspektivní rezervovanost
 - chudé citové vyjádření, emoční chlad, odstup
 - lhostejnost ke chvále, kritice
 - nedostatek blízkých přátel
 - necitlivost ke společenským normám
 - kognitivní schémata:
 - **jsem zranitelný, ti druzí jsou zlí**
 - **→ autonomie**
 - obranné mechanismy
 - stažení se do vnitřního světa
 - projekce, introjekce, intelektualizace
 - idealizace, devalvace
 - projevuje se od dětství
 - častěji u mužů
 - **0,5 – 1%**

- klady – reaguje klidně v napjaté emoční situaci, autonomie
- **disociální porucha osobnosti F60.2**
 - lhostejnost ke společenským pravidlům, závazkům
 - chladný nezájem o cítění druhých
 - nezodpovědnost, bezohlednost ke společenským normám, hodnotám
 - neschopnost udržet trvalé vztahy – ale vytváří je snadno
 - neschopnost zakoušet vinu
 - časté uvádění racionálního vysvětlení vlastních činů
 - malá tolerance k zátěži, nízký práh pro agresivní explozi
 - kognitivní schémata
 - **jsem zranitelný, pokud nebudu silnější než ostatní**
 - **→ bojovnost, expanzivita, využívání druhých**
 - obranné mechanismy
 - onnipotentní kontrola (nemá potřebu reciprocitu ve vztazích)
 - měřítkem hodnoty ostatních je užitek z nich plynoucí
 - svět vnímán egocentricky
 - projektivní identifikace, primitivní závist, devalvace
 - rysy se vyskytují již od mládí
 - častěji u mužů
 - **0,2 – 9,4%**
 - **až 75% mužů v nápravných zařízeních**
 - časté genetické faktory
 - v dětství časté zneužívání, týrání, nezájem ze strany rodičů
 - v podmínkách řádu (např. ve vězení) funguje
 - nedostanou ale ochrannou léčbu
- **emočně nestabilní porucha osobnosti F60.3**
 - tendence jednat impulzivně bez uvážení následků
 - emotivní nestálost
 - nesnášenlivé chování, konflikty s druhými lidmi – hl. když je impulzivní chování kritizováno
 - obtíže se setrváním u jakékoli činnosti, která nenabízí okamžitý zisk
 - 2 subtypy:
 - **impulzivní typ (F60.30)**
 - explozivní, vztekloun

- **hraniční typ (F60.31)**
 - depresivní nálada, ale lze ji narušit silným zážitkem
 - nejistá představa o sobě samém, cílech, preferencích
 - přehnaná snaha vyhnout se odmítnutí
 - zaplétání se do intenzivních nestálých vztahů
 - sebepoškozování
 - chronické pocity prázdnoty
 - kognitivní schémata
 - **jsem špatný, zranitelný, lidé mě opustí**
 - **→ upoutávání pozornosti, manipulace**
 - obranné mechanismy
 - splitting
 - projektivní identifikace
 - psychotická regrese
- častěji u žen
- 2 – 3%
- ve vyšším věku může dojít k celkovému zlepšení
- časté deprese, somatoformní poruchy, akutní psychotické poruchy, abúzus psychoaktivních látek
- **histrionická porucha osobnosti F60.4**
 - mělká, labilní emotivita, dramatizace, nadměrné vyjadřování emocí, sugestibilita, koketérie, egocentričnost, touha po ocenění, vzrušení, pozornosti
 - nestřídmost, nedostatek ohleduplnosti k druhým
 - za hlavní předpoklad pro ocenění považuje fyzický vzhled
 - častá **reaktivní dysforie**
 - často tvořiví s velkou představivostí
 - dobrá intuice
 - kognitivní schémata
 - **sám o sobě jsem méně než druzí, pokud je zaujmu, budou mne obdivovat**
 - **→ předvádění se**
 - výrazně častěji u žen (u mužů ale diagnostika podhodnocována)
 - familiární výskyt
 - **6 – 45%**
- **anankastická porucha osobnosti F60.5**
 - **obsedantně-kompulzivní osobnost**
 - pocity osobního ohrožení a pochyb → nadměrná svědomitost, umíněnost, opatrnost

- rigidní morálka
- sebeobviňování
- perfekcionismus na úkor splnění úkolu
- seznamy, pravidla, organizování všech činností
- často depresivní s potlačovanou zlobou
- extrémní citlivost na kritiku
- vyšší riziko vzniku těžké **depresivní poruchy**
- zvýšené nebezpečí rozvoje **alkoholismu**
- kognitivní schémata:
 - **když se svět nechá bez kontroly, skončí to katastrofou**
 - **→ kontrola, odpovědnost**
- obranné mechanismy
 - izolace afektu, odčinění
 - racionalizace, moralizace
- častěji u mužů
- **6 – 8%**
- **úzkostná (vyhýbavá) porucha osobnosti F60.6**
 - **pocity obav, nebezpečí, méněcennosti, přesvědčení o vlastní nešikovnosti**
 - touha být oblíben, přijímán
 - nechuť stýkat se s lidmi, pokud není jisté, že bude oblíben
 - přecitlivělost k odmítnutí a kritice
 - zveličování potenciálního nebezpečí určitých (všech) situací
 - komplikací může být **sociální fóbie**
 - **1%**
- **závislá porucha osobnosti F60.7**
 - **trvalé, pasivní spoléhání na jiné osoby**
 - submisivnost, bázlivost
 - neochota vznášet požadavky na osoby, na kterých je dotyčný závislý
 - obavy z opuštění
 - často s **depresivními komplikacemi**
 - častější u žen
 - obvykle u mladších dětí v rodinách s více dětmi
 - častá porucha

- **jiné specifické poruchy osobnosti F60.8**
 - **narcistická porucha** osobnosti
 - velikášství, nadměrná pozornost věnovaná sebehodnocení
 - často lže, aby si zachoval představu o vlastní výjimečnosti
 - zaujetí fantaziemi o úspěchu, moci, vlastní skvělosti, kráse
 - věří, že je „zvláštní“
 - **pasivně-agresivní** porucha osobnosti
 - skryté kladení překážek, otálení, neústupnost, nevýkonnost
 - neoprávněné stížnosti na to, že ostatní mají nadměrné požadavky
 - pohrdavý postoj k nadřízeným
 - konflikty s autoritami
 - strach z agrese
 - často depresivní poruchy a abúzus alkoholu
 - **excentrická**
 - **nezdrženlivá**
 - **nezralá**
 - **psychoneurotická**

Přetrvávající změny osobnosti, které nelze přisoudit poškození nebo nemoci mozku F62

- následek prožitku katastrofy nebo vleklého stresu
 - případně jako následek prožité duševní poruchy
- může nasedat na posttraumatickou stresovou poruchu (F43.1)
 - nebo na poruchy přizpůsobení (F43.2)
 - změna představuje stálý a odlišný způsob existence (pak se diagnostikuje)
- příčinou je předcházející hluboký, existenciálně extrémní zážitek
- u jedince, jehož osobnost byla dříve normální
- **přetrvávající změna osobnosti po katastrofické události F62.0**
 - koncentrační tábor, mučení, živelná pohroma ...
 - **trvale hostilní, nedůvěřivý ke světu, silná dysforická složka**
 - sociální stažení
 - neustálý pocit prázdnoty či beznaděje
 - trvalý a neodůvodněný pocit, že je člověk „v koncích“
 - trvalý pocit jedince, že se změnil
 - nebo že se liší od ostatních (odcizení)

- **přetrvávající změna osobnosti po duševním onemocnění F62.1**
 - je zřejmá neměnná a přetrvávající změna způsobů vnímání, přemýšlení, vztahů
 - závislost na jiných
 - sociální stažení, izolace
 - cítí, že se změnil, že je **stigmatizovaný**
 - pasivita, redukce zájmů
 - hypochondrické chování
 - očekává zvláštní zvýhodnění
 - dysforická, labilní nálada

Nutkavé a impulzivní poruchy F63

- „k jezeru ji cos nutí, doma nic jí po chuti“
- neschopnost odolat impulzu nebo pokušení udělat něco, co je považováno za nebezpečné pro aktéra nebo pro okolí
 - **ví, že to, co chce udělat, je špatné**
 - může nebo nemusí odolávat impulzu
- postižený si uvědomuje **narůstající napětí před provedením činu**
 - podle nich napětí může být sníženo pouze provedením činu
- popisuje stav vzrušení nebo uspokojení ve chvíli, kdy provádí impulzivní činnost
 - těsně po jsou pocity příjemné, ale mohou následovat výčitky svědomí
 - čin je **egosyntonní** (= souladný se svým já) – na rozdíl od obsedantně-kompulzivní poruchy (OCD)
- v jiných oblastech života je projevují dobře
- mnozí z nich jsou stabilními osobnostmi bez závažných poruchy myšlení nebo jednání
- **patologické hráčství F63.0**
 - během 1 roku minimálně 2 epizody hráčství
 - epizody neznamenají pro jedince zisk
 - zaujetí myšlenkami na hru
 - neustálé a opakované maladaptivní hráčské chování (min 5 z následujících znaků)
 - zaujetí hráčstvím
 - potřeba hrát se stále většími částkami za účelem dosažení vzrušení
 - opakované neúspěšné snahy kontrolovat, přerušit nebo se vzdát hraní
 - neklid nebo podrážděnost při pokusu přerušit nebo vzdát se hraní
 - hraní jako způsob útěku od problémů
 - po prohře se další den vrací, aby je znovu získal

- lze členům rodiny, terapeutům
- páchá nelegální činy (padělání, podvody, krádeže)
- hráčstvím ztratil nebo ohrozil přátele, práci, příležitost ke vzdělání
- spoléhá se na jiné, že poskytnou peníze a napraví špatnou finanční situaci způsobené hráčstvím
- nelze přiřadit k manické epizodě
- častěji u mužů
- 2-3% americké populace
- obvykle ve věku adolescence a rané dospělosti
 - často v souvislosti se stresem
- „sociální hráči“
 - při návštěvách, ve společnosti
 - mají stanovenou částku na hraní
- **patologické zakládání požárů F63.1**
 - = pyromanie
 - opakované zakládání požárů
 - bez zřetelného motivu
 - častěji u mužů
 - zakládání ohňů již v dětství
 - u žen se tendence k ohni projevuje později než u mužů
 - častěji spojena se sexuální promiskuitou a s krádežemi
 - bývají mezi diváky u požárů, stávají se hasiči
 - alespoň 2 požáry bez zřetelného motivu
 - popisuje puzení, poté uvolnění napětí
 - zájem o požáry, hasiče, hasičské stříkačky
- **patologické kradení F63.2**
 - = kleptománie
 - **nepřináší materiální užitek** – krade věci, které nepotřebuje k osobnímu užití ani k obohacení
 - věci pak odkládá, ničí, vyhazuje
 - zisk má psychologický
 - pravá kleptománie je vzácná
 - častěji u žen
 - popisována spojitost s menstruačním cyklem
 - krade sám, bez společníků, neplánuje
 - mezi epizodami mohou mít výčitky svědomí – nebrání to v pokračování

- kleptománie v dětství bývá úspěšně léčena individuální a rodinnou terapií
- **trichotilománie F63.3**
 - impulzivní vyškubávání vlasů, vousů
 - škubání není zapříčiněno bludy či halucinacemi
 - vzácná porucha
 - více u žen (2,5:1)
 - častěji u dětí
 - začíná obvykle mezi 4-10 lety, trvá po celý život
 - pokud začne po 45. roce, je na místě zvažovat, zda nejde o jiné onemocnění (neurologické, psychiatrické, metabolické)

Poruchy pohlavní identity F64

- Aleš Kolářský: Jak porozumět sexuálním deviacím
- pojmy:
 - **biologické pohlaví**
 - genotyp, fyzikální vlastnosti a vzhled genitálií
 - **jádrová pohlavní identita**
 - základní uvědomění si jedince, že je příslušníkem mužského nebo ženského pohlaví
 - objevuje se obvykle před 18. měsícem
 - fixace do 3 let
 - **pohlavní identita**
 - pocity mužství nebo ženství
 - definování sebe samého jako muže či ženy
 - **pohlavní role**
 - vyjádření pohlavní identity vůči sobě nebo jiným
- **transsexualismus F64.0**
 - **jedinec touží žít a být akceptován jako člen opačného pohlaví**
 - je nespokojen s vlastním anatomickým pohlavím, pociťuje jeho nevhodnost
 - transsexuální identita trvá nejméně 2 roky
 - vyžaduje hormonální či operativní zákrok
 - vzácný
 - častější u mužů
 - začátek nejčastěji v dětství
 - **časté depresivní stavy, někdy pokusy o sebevraždu**

- **transvestitismus dvojí role F64.1**
 - bez přání trvalé změny pohlaví
 - převlékání **nemá sexuální motivaci**
- **porucha pohlavní identity v dětství F64.2**

Poruchy sexuální preference (parafilie) F65

- kniha P. Weisse: Sexuální deviace: klasifikace, diagnostika a léčba
- sexuální impulzy, fantazie či praktiky, které jsou neobvyklé, bizarní, deviantní
 - jsou preferovány
- častější u mužů
- aktivity mají **často kompulzivní kvalitu**
- nárůst deviantního chování následuje po stresu, úzkosti, při depresi
- nejsou s chováním schopni dlouhodobě přestat
- obecná kritéria
 1. opakovaná intenzivní sexuální touha a fantazie týkající se neobvyklých objektů nebo aktivitách
 2. jedinec buď touhám vyhoví, nebo je jimi citelně obtěžován
 3. preference je přítomna nejméně 6 měsíců
- **parafilik bez poruchy osobnosti** – své touhy zvládá
- **parafilik s poruchou osobnosti** – nezvládá to, chová se podle nich
- **fetišismus F65.0**
 - předmětem uspokojení je neživý předmět
 - **fetiš je nezbytný pro dosažení uspokojivé sexuální aktivity**
 - mnohé fetiše jsou extenzí lidského těla, jiné jsou charakterizovány určitou strukturou (latex)
 - časté pocity viny
- **fetišistický transvestitismus F65.1**
 - nošení šatů opačného pohlaví
 - spojeno se sexuálním vzrušením
 - touha svléknout oděv po dosažení orgasmu
 - **konání není spojeno s přáním mít opačné pohlaví**
 - může se vyskytnout jako časná fáze vývoje transsexualismu
- **exhibicionismus F65.2**
 - opakovaná a trvalá tendence k odhalování genitálu před cizími lidmi
 - **bez zamýšlení bližšího kontaktu**
 - většinou u heterosexuálních mužů
 - konání často doprovázeno masturbací

- **voajérství** (skoptofilie) F65.3
 - normální muž kouká, ale radši dělá
 - **voajér radši kouká, než dělá**
 - nemá v úmyslu odhalit svoji přítomnost
- **pedofilie** F65.4
 - sexuální aktivita je zaměřena na děti
 - prepubertálního či časně pubertálního věku
 - 95% heterosexuálních pedofilů, 5% homosexuálních
 - častější u mužů
 - varianty: telefonní erotická konverzace s dětmi, internetová pedofilní aktivita
 - **nejčastější typ parafilie**
 - preferuje objekt s jasně dětskými fyzickými znaky
 - měl by se i chovat dětsky
 - má děti rád, umí to s nimi
 - pacientovi je nejméně 16 let a je alespoň o 5 let starší než oběť
- **sadomasochismus** F65.5
 - preference sexuální aktivity, která zahrnuje **omezování osobní svobody**, působení **bolesti** nebo **pokořování**
 - mírného stupně takové stimulace se obvykle užívá ke zvýšení jinak normální sexuální aktivity
 - sadismus častější u mužů
 - bolest, pokoření, omezení
- **jiné poruchy sexuální preference** F65.8
 - obscénní telefonické hovory, nekrofilie, zoofilie, preference partnerů s nějakou zvláštní anatomickou abnormalitou (např. amputovaný úd), frotérství

Poruchy psychické a chování související se sexuálním vývojem a orientací **F66**

- sexuální preference jako taková nemusí být problém
- **porucha sexuálního vyprávání** F66.0
 - nejistota o své pohlavní identitě nebo orientaci
 - úzkosti, deprese
- **ego-dytonní sexuální orientace** F66.1
- **porucha sexuálních vztahů** F66.2

Jiné poruchy osobnosti a chování u dospělých F68

- zpracování tělesných symptomů z psychických důvodů
- **předstíraná (faktivní) porucha F68.1**
 - trvalé projevy **záměrného** předstírání příznaků a/nebo se sám poškozuje, aby si navodil příznaky
 - **nevědomá motivace**, volní produkce příznaků
 - nesmí být nalezen důkaz o vnější motivaci (pokud nalezen je → Z76.5 simulace)
 - simulace – vědomá motivace a volní produkce příznaků
 - **agravace** = zveličování příznaků, které jsou
 - **Münchhausenův syndrom** (chronická forma)
 - popsáno 1843 – vojáci, kteří předstírají nemoc, aby vyvolali soucit a pozornost
 - rozdíl od somatoformní poruchy a disociativní poruchy – u nich není vědomá motivace, produkce příznaků není volní
 - příznaky
 - dramatická, atypická prezentace příznaků
 - vágní, inkonzistentní detaily
 - dlouhá historie marodění, mnoho hospitalizací v různých nemocnicích
 - dobrá znalost medicínské terminologie a popisu nemocí
 - často zdravotník či je zaměstnán ve zdravotnictví
 - jizvy nejasného původu
 - záznam v trestním rejstříku (→ souvisí s disocialitou)
 - **pseudologia fantastica** (= bájevá lhavost; pojí se často s histriónskou poruchou)
 - bez problému akceptuje dyskomfort a rizika diagnostických procedur a operací
 - lepší nálada a afektivita, než by bylo možné při daném stavu očekávat
 - **FP by proxy**
 - starostlivé, zvýšeně pečující matky (→ těžko si představit, že dítěti ubližuje)
 - bohatá osobní zkušenost matky s pobytem v medicínských zařízeních
 - dysfunkční rodina
 - dítě ve věku 3 – 4 roky
 - u sourozenců stejná problematika
 - matka depresivní
 - rizikové faktory
 - porucha osobnosti: hraniční, narcistická, disociální
 - přítomnost jiné duševní poruchy nebo zdravotního postižení v dětství či adolescenci, která vyvolala zájem lékařů
 - v minulosti významný vztah s lékařem

- nemusí být disociální (disociální dynamiku a motivaci má týráním dítěte)
- matky histrionské či hraniční
- příčiny
 - potřeba být v centru pozornosti
 - potřeba přijmout závislou roli
 - potřeba získat láskyplnou pozornost zdravotníků (doktor je mytickou postavou, jako učitel)
 - uspokojení z oklamání lékaře
 - příjemné prožívání vlastní zranitelnosti
 - potřeba identifikovat se v nemoci s nějakou významnou nemocnou postavou
- příčiny vzniku FP by proxy
 - dítě jako nástroj
 - matka získává satisfakci z pozornosti nebo z naplnění pečovatelské role

Nespecifikovaná porucha osobnosti a chování u dospělých F69

Porucha pohlavní identity v dětství F64.2

- **rozpor mezi biologickým pohlavím a pohlavní identitou**
- trvalá nespokojenost s biologickým pohlavím a jeho odmítání
 - touha být příslušníkem opačného pohlaví
 - nebo přesvědčení, že je příslušníkem opačného pohlaví
 - oblékání se do oblečení typického pro opačné pohlaví
 - preference zájmů typických pro opačné pohlaví
 - musí se projevit **před začátkem puberty** – někdy už kolem 4 let
 - projevy **trvají alespoň 6 měsíců**
- DSM IV dělí na **Poruchu pohlavní identity v dětství** a **Poruchu pohlavní identity v adolescenci a dospělosti**
 - musí být splněna tato 4 kritéria:
 - **hluboká a trvalá identifikace s příslušníky opačného pohlaví** (nejde o touhu po společenských výhodách opačného pohlaví)
 - opakovaně vyjadřovaná touha být opačného pohlaví nebo tvrzení, že jí skutečně je
 - trvání na oblékání do oblečení typického pro opačné pohlaví (crossdressing)
 - preference rolí opačného pohlaví (projevuje se ve fantazii, symbolické hře)
 - touha účastnit se her a činností typických pro děti opačného pohlaví
 - upřednostňování dětí opačného pohlaví při možnosti výběru pro hrové aktivity

- trvalá **nespokojenost s vlastní pohlavní příslušností** nebo pocit nepatřičnosti pohlavní příslušnosti a genderové role
 - chlapci tvrdí, že penis a varlata jsou odporná, že to nechtějí, nebo si myslí, že to časem zmizí
 - dívky také odmítají své pohlavní orgány, odmítají močit v sedě, nechtějí, aby jim narostla prsa, odmítají menstruuovat
 - dívky mohou tvrdit, že jim naroste penis
 - chlapci mohou projevovat averzi k drsnějším hrám, rvačkám, odmítají typické chlapecké hry a hračky
 - dívky mohou mít silnou averzi vůči normativnímu ženskému odívání
 - nejde o poruchu pohlavní identity, pokud je zároveň přítomna tělesná intersexualita
 - porucha pohlavní identity způsobuje u jedince klinicky významné **úzkosti** nebo vede k **adaptačním potížím**
- v manuálech zařazena od roku 1980
 - **u dětí bývá klinický obraz neúplný**
 - u dětí není známa četnost výskytu poruchy
 - rozpor mezi pohlavní příslušností a chováním bývá zřetelný již ve věku 2-4 let
 - porucha pohlavní identity u dětí v plném rozsahu **může signalizovat budoucí transsexualitu**
 - u se 1/3 v dospělosti projevuje jako homosexualita
 - nejčastější projevy u chlapců:
 - hra na rodinu, kde představují nějakou ženskou roli
 - rádi kreslí princezny či jiné ženy
 - zajímají se o ženské oblečení, paruky, sponky, kosmetiku
 - nepřitahují je hračky aut
 - mohou napodobovat typicky ženskou chůzi, držení těla, intonaci
 - tendence močit v sedě
 - předstírají, že nemají penis, někdy ho schovávají mezi nohy
 - ve srovnání s dívkami se častěji ocitají v sociální izolaci
 - častěji terčem posměchu
 - mívají nízkou sebeúctu
 - nejčastější projevy u dívek:
 - upřednostňují společnost chlapců
 - odpor k představě vlastní mateřské role
 - upřednostňují pohybové aktivity, akční hry
 - brání se oblékání do ženských šatů
 - netrpí tolik posměchem a sociální izolací jako chlapci – kluci je do party berou

- působí maskulinnějším dojmem
- tato porucha méně u dívek (1:5)
- děti s poruchou pohlavní identity **se začínají později orientovat v rozdílech mezi muži a ženami**
 - dosahují později Kohlbergova vývojového stadia neměnnosti genderové role
 - **vytvářejí si obranu proti porozumění genderovým rozdílům**
- děti si v určitém věku si uvědomí, že pohlavní identita je neměnným atributem a tuto neměnnosti přijmou i u sebe
 - děti s PPI mají problém v druhém kroku – musely by si uvědomit rozpor mezi reálnou situací a vnitřním prožíváním
- zjišťují, že se liší od vrstevníků → nejistota, **nízké sebehodnocení**
- rozpor se může projevit nadměrnou úzkostí, sníženou spontaneitou, kontrolou vnějších projevů
 - některé děti se tolik nekorigují, dostávají se do konfliktu s okolím, s autoritami
- někdy PPI provázena přetrvávající separační úzkostí a depresivitou
- ve školním věku **nedostatek vztahů s vrstevníky stejného pohlaví** – tyto děti jsou jimi odmítány
 - → nemohou se přirozeně rozvíjet sociální a komunikační dovednosti potřebné k zařazení do stejnopohlavních vrstevnických skupin
 - toto zhoršuje jejich prožívání a sebepojetí
 - přežívání na okraji třídního kolektivu může vést k nízké školní motivaci, nízkým profesním aspiracím
 - psychická zátěž může vést k blokaci intelektové schopnosti → vliv na školní prospěch
- u dospívajících může být stanovení diagnózy obtížné
 - ← protichůdné pocity, hledání identity ...
- odlišnost od představy o normalitě vyvolává u dospívajících úzkost, beznaděj, depresivitu
 - sebepojetí dospívajícího je hodně závislé na hodnocení okolím
 - sebepojetí se také odvíjí od přijatelnosti pro potenciálního partnera
 - adolescenti ohroženi **zvýšeným rizikem sebevražedného jednání**
- prognóza
 - část chlapců s PPI si během dospívání uvědomí **homosexuální orientaci** a PPI vymizí
 - u většina dětí porucha v průběhu vývoje **odezní**
 - u malého procenta bude mít v dospělosti podobu **transsexuality**
 - více než polovina lidí, kteří se v dospělosti obrátí na odborníka z důvodu odlišné pohlavní identity nebo pohlavní dysforie, neměla v dětství potíže, které by byly spojovány s PPI
 - → **porucha nemá kontinuitu z dětství do dospělosti**
- **jádrová pohlavní identita** je konstituována nejpozději **v 18. měsíci**
 - až vyrosteš, budeš máma, nebo táta?

- dospívající
 - nosí genderově neutrální oblečení
 - nebo se oblékají typicky pro své biologické pohlaví – snaží se být nenápadní
 - často trpí **pohlavní dysforií**
 - v dospělosti se mohou projevovat homosexuálně
- etiologie
 - **vliv pohlavních hormonů v prenatálním období** – disharmonie mezi vývojem genitálu a pohlavní diferenciací mozku
 - faktory na straně rodičů – psychopatologie na straně rodičů (nepochopení, předkládání neodpovídajících hraček)
 - faktory na straně dítěte – nízké sebehodnocení, úzkost → identifikace s rodičem opačného pohlaví, který přináší pocit bezpečí
- **úkolem terapeuta je pomoci člověku uvědomit si svoji pohlavní identitu, ať je jakékoli**