

PSY410, 499 Klinická psychologie
Sylabus PS 2009, 2010

garant: Mgr.Zuzana Spurná

kontakt: chyna@seznam.cz, tel. 605 182 533

vyučující: Mgr. Jan Dufek
Mgr. Milan Pilát
MUDr. Jan Roubal
Mgr. Zuzana Spurná

Zakončení: zkouška (formou písemného testu) v obou semestrech

Počet kreditů: 5

Popis předmětu: Předmět je určen pro studenty magisterského programu psychologie a magisterského studia psychoterapie. Předmět je vyučován blokově, každý vyučující přednáší téma, na které se v klinické oblasti orientoval a na které se specializuje. Výuka zahrnuje tyto tématické okruhy:

1. Dětská klinická psychologie
2. Attachment
3. Poruchy osobnosti a chování u dospělých
4. Afektivní poruchy
5. Poruchy neurotické, stresem vyvolané a somatoformní
6. Poruchy s psychotickými příznaky, schizofrenní poruchy
7. Organické duševní poruchy, organický psychosyndrom
8. Závislosti na alkoholu a drogové závislosti nealkoholové
9. Klinická psychologie v somatické klinické praxi, psychosomatický přístup

Anotace: Předmět umožňuje seznámení se s přehledy diagnostických kategorií u jednotlivých duševních poruch dle ICD –10 (MKN – 10), diferenciální diagnostikou a popisy klinických obrazů, které jsou ilustrovány vhodnými kazuistikami z praxe přednášejících. Předkládá nástin základních dovedností při jednání s pacienty s konkrétní duševní poruchou, upozorňuje přitom mimo jiné i na kritické momenty a možná rizika klinické práce s nimi. Objasňuje dynamiku vzniku a trvání duševních poruch a ukazuje způsoby a možnosti terapie.

Doporučená literatura k předmětu klinická psychologie:

- Vágnerová, M. (1999). Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky. Praha: Portál.
- Plante, T.G. (2001). Současná klinická psychologie. Praha: Grada.
- Baštecká, B., Goldman, P. (2001). Základy klinické psychologie. Praha: Portál.
- Kratochvíl, S. (1997). Základy psychoterapie. Praha: Portál.
- Danzer, G. (2001). Psychosomatika. Praha: Portál.
- Svoboda, M. (1999). Psychologická diagnostika dospělých. Praha: Portál.
- Svoboda, M. (2001). Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Praha: Portál.
- Langmeier, J., Balcar, K., Špitz, J. (1999): Dětská psychoterapie. Praha: Portál. (Lze i 1. vyd. z roku 1989, Praha: Avicenum)
- MKN-10 Duševní poruchy a poruchy chování (1996). Praha: Psychiatrické centrum.
- Rahn, E., Mahnkopf, A. (2000). Psychiatrie. Učebnice pro studium i praxi. Praha: Grada
- Robinson, D.J. (2002). Poruchy osobnosti podlé DSM-IV – vysvětlené. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- Praško, J. (et al.) (2003). Poruchy osobnosti. Praha: Portál
- Smolík, P. (2002). Duševní a behaviorální poruchy. Praha: Maxdorf
- Mentzos, S. (2000). Rozumíme sami sobě? Praha: Nakladatelství Lidové noviny
- Baštecká B. a kolektiv: Klinická psychologie v praxi, Portál 2003
- Baštecký J., Šavlík J., Šimek J.: Psychosomatická medicína, Grada – Avicenum, Praha 1993
- Beran J.: Základy psychoterapie pro lékaře, Grada 2000
- Danzer G.: Psychosomatika, Portál 2001
- Dahlke R.: Nemoc jako řeč duše, Pragma, Praha 1998
- Dahlke R.: Nemoc jako symbol, Pragma, Praha 2000
- Morschitzky H. Satarz S.: Když duše mluví řečí těla, Portál s.r.o., 2007
- Poněšický J.: Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie, Triton, Praha 1999
- Poněšický J.: Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty a laiky, Triton, Praha 2001
- Skála J. a spol.: Psychoterapie v medicínské praxi, Avicenum, 1999
- Tress W., Krusse J., Ott J.: Základy psychosomatické medicíny, Portál s.r.o., 2007
- Vinay I.: Stres a zdraví, Portál, s.r.o. 2007
- Vymětal J.: Lékařská psychologie, Portál s.r.o., 2003

• Duševní poruchy v dětství a adolescenci

Klasifikace u dětí:

a, poruchy vývojové (poruchy učení, pervazivní vývojové poruchy), k nim řazena i mentální retardace

b, poruchy pro dětský věk specifické (začínající obvykle v dětství)

c, ostatní

- organické duševní poruchy
- duševní poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek
- schizofrenie
- poruchy nálady
- neurotické poruchy
- behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami

Všechny tyto poruchy mohou být diagnostikovány stejně u dětí, jako u dospělých, mají pro všechny věkové skupiny analogické charakteristiky, pouze klinický obraz je vždy v konkrétních projevech, v obsahu atd. závislý na věku dítěte

Vztahy k naší klasické psychiatrické nosologii:

„psychopatie“ – poruchy osobnosti – dg. až od 15 let (event. od 18 let) – u dětí v případě abnormního vývoje osobnosti u nás užíván pojem disharmonický vývoj osobnosti. V ICD jako samostatná diagnóza nezařazen – protože poruchu není možné popisně jednoznačně odlišit od přechodných poruch se stejným (či podobným) klinickým obrazem.

Psychózy, neurózy, psychosomatické poruchy – dělení zachováno jen zčásti:

a) psychózy: organické (delirium, organická halucinosa, apod.)

- schizofrenie

- eventuálně maniodepresivní psychóza (u dětí vzácně)

- pro děti typické – pervazivní vývojové poruchy (zejména autismus)

b) neurotické poruchy

- poruchy adaptace

- neurózy a emoční a behaviorální poruchy (zejména úzkostné poruchy, disociativní poruchy, obsese, deprese; včetně specificky dětských úzkostných a behaviorálních poruch)

U dětí časté dělení:

• poruchy internalizující (hlavně úzkost, deprese, obsese)

• externalizující (zejména poruchy chování, hyperaktivita – ne však hyperaktivita s předpokládaným biologickým podkladem

/odlišení poruchy adaptace a reakce na stres x neurotické poruchy: opět zachováno částečně etiologické hledisko/

c) psychosomatika

– zejména psychologické a behaviorální faktory spojené s jinými onemocněními (kap.F 54), event. kap. F 45 – některé dg. pro děti typické: tiky enuresy, enkopresy, koktavost

F 80 – F 89 - Poruchy psychického vývoje

F 80 – Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka

- specifická porucha artikulace řeči
- expresivní porucha řeči
- receptivní porucha řeči
- získané afázie z epilepsie
- jiné vývojové poruchy řeči a jazyka
-

F 81 – Specifické vývojové poruchy školních dovedností

- specifická porucha čtení, počítání, psaní, smíšená porucha školních dovedností
-

F 82 – Specifická vývojová porucha motorické funkce

F 83 – Smíšené specifické vývojové poruchy (žádná nepřevládá)

F 84 – Pervazivní vývojové poruchy

- *mezi 7. a 24. měsícem, ztráta manuálních a verbálních dovedností, zpomalení růstu hlavy, progr. motorické deteriorace*
- (Kennerův = časný) dětský autismus, atypický autismus
- Rettův syndrom
- jiná desintegrační porucha v dětství
- hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby
- Aspergův syndrom (= jako autismus, ale bez retardace, jsou problémy v sociální interakci, stereotypní projevy chování, omezení zájmů a aktivit)

F 88 – Jiné poruchy psychického vývoje (= vývojové agnózie)

F 89 – Nespecifikovaná porucha psychického vývoje (= vývojová porucha NS)

F 90 – F 98 - Poruchy chování a emocí se začátkem v dětství a adolescenci

F 90 – Hyperkinetické poruchy (raný začátek)

- porucha aktivity a pozornosti
- hyperkinetická porucha chování
- jiné hyperkinetické poruchy
- nespecifikovaná hyperkinetická porucha

F 91 - Poruchy chování

- porucha chování ve vztahu k rodině
- nesocializovaná porucha chování
- socializovaná porucha chování
- porucha s opozičním vzdorem
- jiné poruchy chování
- nespecifikovaná porucha chování

F 92 - Smíšené poruchy chování a emocí

- depresivní porucha chování

- jiné smíšené poruchy chování a emocí - porucha chování a úzkost, obsese, fobie, hypochondrie, atd.

F 93 - Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství
(mají lepší prognózu než v pozdějším věku)

- separační úzkostná porucha v dětství
- fobické úzkostné poruchy
- sociální úzkostná porucha
- porucha sourozenecké rivality
- jiné emoční poruchy
- nespecifikované emoční poruchy

F 94 - Poruchy sociálních vztahů se vznikem specifickým pro dětství a adolescenci
(odchyly sociální funkce)

- selektivní mutismus
- reaktivní porucha přichylnosti – u zanedbaných, týraných a zneužívaných dětí
- desinhibovaná přichylnost v dětství - ústavní děti

F 95 - Tikové poruchy

- přechodná tiková porucha (nejdéle 12 měsíců)
- chronická motorická nebo verbální tiková porucha (trvá déle)
- Tourettův syndrom - kombinovaná verbální a mnohočetná motorická tiková porucha
- jiné tikové poruchy
- nespecifikované tikové poruchy

F 98 - Jiné poruchy chování a emocí začínající obvykle v dětství a adolescenci

- neorganická enuresa
- neorganická enkopresa
- porucha příjmu jídla v útlém a dětském věku (- požívání nestravitelných látek, hlína, barviva, atd. – kódujeme jinak např. u autismu nebo u mentálních retardací)
- poruchy se stereotypními pohyby - u mentálních retardací (stereotypní pohyby – houpání), u postiženého zraku – šťouchání do oka
- koktavost - zadržávání
- breptavost
- jiné specifikované poruchy chování a emocí (kousání nehtů, cucání palce, nadměrná masturbace, atd.)

F 99 - Duševní porucha jinde nespecifikovaná

Diagnostika:

Přehled projektivních metod pro děti:

1. Rorschach

2. TAT (= CAT – zvířata; CAT – H – lidi)

- v zahraniční verzi nerozšířili se u nás – Projektivní interview – Michal
- CATO = CAT – Opařany (Boš, Strnadová) – má největší popularitu

3. Doplnování vět

4. **Doplňování příběhů (varianta TAT např. pro děti se zrakovými vadami)**
5. **Scénické techniky**
 - a, Staabsová – Scénotest (rodinný život)
 - b, Bühlerová – Test světa
 - možné dobře použít i u dětí s vadou sluchu, řeči, motoriky
6. **Výtvarné techniky**
 - kresba postavy
 - kresba rodiny
 - kresba začarované rodiny
 - Baum test
7. **Tři přání (miniaturní motivační dotazník)**

Přehled dotazníkových metod pro děti:

- jsou tím užitečnější, čím více se blížíme dospělosti
- u menších dětí – málo dotazníků, méně postihnou osobnost dítěte
- u dětí lze dotazníky administrovat obvyklým způsobem od 10ti let, pokud nemají vývojové poruchy učení

1 Škála zjevné úzkosti pro děti – CMAS (= Castaneda)

- od 4. do 6. třídy ZŠ
- dává validní odhad úzkosti (kontrolováno lži škálou)
- dobře se dá využít kladně zodpovězených položek k následné exploraci a analýze obtíží

2 Cathellův osobnostní dotazník pro mládež – HSPQ

- věk 13-17 let
- měří 14 základních vlastností, 3 lze chápat jako neurotické (citová nevyrovnanost, úzkostná nejistota, napjatá dráždivost)

3 Eysenkův dotazník osobnosti pro děti (JEPI)

- obraz o struktuře osobnosti pro děti asi do 15ti let
- extraverze x neuroticismus + (lži škála)
- novější B-JEPI + 3. škála psychoticismus

4 Dotazník sebepojetí školní úspěšnosti – SPAS (Matějček – Vágnerová)

- informuje o tom, jakým způsobem dítě prožívá a hodnotí svůj školní výkon, své schopnosti a výkony v jednotlivých předmětech (ne o tom, jaké skutečně je, ale jaké si myslí, že je, jakým by chtělo být, jakým se bojí, že je)
- výsledek musíme porovnat s ostatními nálezy
- určen pro děti od 10ti let do konce školní docházky; užitečný zejména u dětí s vývojovou poruchou učení, LMD a poruchami adaptace na školu, u dětí s bolestmi břicha, hlavy
- znalost sebehodnocení dítěte – důležitá součást vyšetření, řekne o motivaci!, úzkostné dítě stejně vždy nespokojené, má nízké sebehodnocení

5 Dotazník rodinných vztahů Boneová – Anthony

- od předškolního věku po pubescenci; pro naše poměry upravila Dr. Mádrová 1988
- verze pro mladší a starší děti, popis testu, jak vypadá
- pozitivní výroky (silné, mírné), negativní (silné, mírné), hyperaktivita
- uživatel odkázaný na odhad získaný praxí

- zjišťuje, ke komu má dítě pozitivní nebo negativní vztah, ambivalence, jak jsou tyto vztahy vzájemné; když dítě označí např. pana „někdo“ jako osobu, která má k němu pozitivní vztah – cítí se v rodině nemilované nejspíš

Psychoterapie u dětí:

- **psychoterapie** - používání psychologických prostředků pro terapii, k dosažení prospěšné změny... psychologické prostředky působí prožitkovou kvalitou (významem pro klienta)
!mimo psychoterapii v dětské klinické psychologii ještě:

- **psychoprolaxe** – chrání ohrožené jedince před selháním
- **psychorehabilitace** – obnova postižených duševních funkcí
- **poradenství** – krátkodobá pomoc (2-3sezení) s dítětem či blízkými dospělými, používá se tehdy kdy pro běžný či vývojový problém dítěte nebylo dosud nalezeno vhodné řešení (např. poruchy usínání, vyměšování, jídla, školních výkonů u mladších a zdravých dětí, nebo reakce na akutní přetížení) > není problém v osobnosti či okolí, často jen v nevhodné reakci na běžné projevy a dojde k vzájemnému vyvolávání a zpevňování nezdravých reakcí
- **psychologické vedení (psychagogika)** – dlouhodobý osobní vztah (autorita, starší kamarád, náhradní rodič), ovlivňování akutních obtíží, vývoje osobnosti, utváření vztahů... oproti poradenství jež napravuje, je zde podpora zdravých tendencí v dítěti a okolí, psychagog poskytuje sám sebe pro rozvoj dítěte, je součástí a doplněním jeho prostředí (vhodné u vývojově strádajících nenarušených dětí, kde selhávají rodiče a nelze to ovlivnit)

Psychoterapie

- využívá vztah a proces ke změně porušeného stavu osobnosti, organismu či vztahů pacienta
- prostřednictvím psychoterapeutických postupů navozuje změny přímo ve vnitřním světě dítěte a obnovuje tím zdravý vývoj
- předpoklady, které je nutné zvážit při volbě druhu psychoterapie:
 - věk – stupeň rozvoje, diferencovanost...
 - duševní vyspělost (rozumová, řečová, motivace, sebevláda, frustrační tolerance...)
 - povahové sklony
 - zvnitřněná socializace (vzdělanost, hodnoty, zvyky)
 - tělesný stav a funkce (smyslové vady, pohybová omezení)
 - závislost na povaze okolí (rodina)

Specifika poruch u dětí:

- poruchové vlivy tělesné/duševní/sociální se snadněji přelévají do dalších oblastí - **reagují celostně** (psychosomaticky)
- vzhledem k probíhajícímu vývoji bereme ohled na **stupeň rozvinutí osobnosti** (co je v určitém věku normální, je v jiném chorobné – např. lži, brání cizích věcí)
- **objektivní závažnost poruch** je jiná než u dospělých – vývojové hledisko ! (např. nápadné aktuální narušení méně ohrožující další zdravý vývoj x nenápadná porucha ohrožující další vývoj)
- **subjektivní hodnocení dítěte** - hodně trpí úzkostí a bolestí, jinak spíše podle toho, jak mu odezva okolí na nemoc brání v naplňování jeho přání (omezení je zdrojem

utrpení, nikoli symptom sám), obecně mladší děti trpí méně svými nemocemi - mění se to až nástupem do puberty, pak to vnímají více (např. postižení...)

- nejvíce bývá poruchou ohrožena ta oblast (orgán, funkce...), která právě prochází vývojovou proměnou

Specifika psychoterapie u dětí:

Průběh:

a) navázání dobrého terapeutického vztahu

b) zásahy poskytující ulehčení v utrpení, ukazující možnost překonat nesnáze

c) vlastní terapeutická práce – emoční odreagování, vhléd, korektivní zkušenost, ovlivnění motivů, osvojení vhodnějšího chování, zlepšení vztahů, školních výkonů atd.

d) integrace dosažených změn v dítěti a okolí do běžného života

e) odpoutání dítěte od terapeuta a terapie

- málokdy možné uplatnit čistý přístup nebo metodu

- málokdy vysloveně nedirektivní, **spíše chvíle volnosti a chvíle direktivněji strukturované**

- **terapeut volí takový postoj, který dává největší příležitost pro právě sledovaný dílčí cíl** (abreakce / korektivní zkušenost / pochopení...)

- **významnější než pochopení je prožití** - důraz na dosažení vhledu je omezený

- **vztah je výrazně asymetrický** (terapeut je autorita, starší, zkušený) a je náročné dosáhnout plnoprávné součinnosti a zúčastněnosti obou - brzy je nutné ukázat, že terapeut je jeho partner, pro něj prospěšný, nikoli agent rodičů či institucí

- **vždy bereme ohled nejen na problém, ale na jeho vývojový význam** (nejen odstranit nemoc, ale i podpořit a umožnit zdravý růst)

• **Attachment**

Citové pouto (attachment) dítěte k pečující osobě, resp. osobám představuje jeden z určujících faktorů vývoje osobnosti. Utváří se patrně již v době těhotenství. (Ver-ney, Kelly, 1981)

Jeho pevnost a kvalita je jedním z předpokladů, aby jedinec mohl vnímat svět jako bezpečný a neohrožující. Pokud toto pouto chybí nebo je nějakým způsobem narušené, je větší pravděpodobnost, že vnímání ostatních lidí a celého světa bude poznamenáno úzkostí či pocitem nedůvěry. To odpovídá Eriksonovu prvnímu stadiu psycho-sociálního vývoje, kdy se formuje bazální důvěra, resp. nedůvěra.

Teorie citového přilnutí, citového poutaje nejčastěji spojována se jmény svých zakladatelů, kterými byli **John Bowlby a Mary Ainsworthová**. Bowlby - britský psychiatr a psychoanalytik, působil na slavné tavistocké klinice, která je spojována se jmény jako Bion, Balint, Kleinová aj.

Základní pojmy:

- vnitřní pracovní model
- vzorec chování podmíněného citovým poutem (pattern of attachment behavior), vnější

- projev výše popsaného vnitřního modelu.
- vícenásobné modely (multiple models)
- koncepce bezpečného zázemí (secure - base concept)
- druhově specifický druh učení (imprinting)
- vyhraněné citové přílnutí

1. Fáze před vznikem citového přílnutí (první týdny po narození)

V první fázi dítě ještě nerozlišuje specifické postavy ve svém okolí, je to krátké období nerozlišujícího reagování (undiscriminating responsiveness). Časově ji ohraničuje třemi měsíci věku dítěte.

2. Zárodky citového přílnutí

Fázi není možno časově přesně vymezit. Její začátek závisí na schopnosti dítěte rozlišovat známé tváře od cizích.

Po čtyřech měsících věku klesá frekvence úsměvů na cizí tváře a naopak: roste frekvence a intenzita úsměvů při spatření známých tváří.

Dítě si existenci pečující osoby dosud uvědomuje pouze v její přítomnosti.

Fáze končí přibližně kolem sedmého měsíce věku dítěte.

3. Vyhraněné citové přílnutí (clear-cut attachment)

Období vyhraněné citové vazby začíná poměrně náhle kolem sedmi měsíců věku dítěte. Jeho počátek bývá též označován jako „období strachu z cizince“. Dítě cíleně vyhledává specifickou osobu, nejčastěji matku.

Matka plní funkci bezpečného zázemí (secure base). Separace dítěte od matky má nyní patrně nejtěžší následky, jak dokládá mnoho studií o separaci i klinických zkušeností nejrůznějších autorů.

Spitz (Blanckovi, 1992) hovoří v této souvislosti o anaklitické depresi, která může končit až smrtí dítěte.

Bowlby (1980) reakci dítěte na násilnou separaci od pečovatele popisuje ve třech fázích jako:

1. protest, 2. zoufalství, 3. odpoutání (dettachment).

4. Období cílsměrného vztahu a partnerství (goal-corrected partnership)

Kolem čtvrtého roku je už vytvořena základní identita dítěte. Tehdy získává vztah matky a dítěte novou podobu. Pokud vývoj v předcházejících fázích proběhl bez vážnějších defektů, původní naprostá připoutanost a závislost dítěte na matce ustupuje a dítě začíná vytvářet vlastní autonomii. Rodí se tak počátky nezávislosti, které jsou ukončeny v případě nenarušeného vývoje v dospělosti. V tomto období již není dítě tolik vázáno na matku. Jeho aktivity jsou mnohem více orientovány na prozkoumávání okolního světa a potřebu matčiny blízkosti je schopno bez tíživých následků na další psychický vývoj odložit.

Typologie chování podmíněného citovým poutem

Byly rozlišeny dva základní typy citového pouta:

Typ B - jistý (secure – kategorie),

Typ A - nejistý či úzkostný (insecure, anxious)

Typ A byl poté rozdělen do tří skupin:

1. kategorie A: úzkostně - vyhýbavý (avoidant),
2. kategorie C: úzkostně - odmítavý, dříve ambivalentní (resistant, dříve ambivalent),
3. kategorie D: úzkostně - dezorganizovaný, dezorientovaný (anxious-disorganized-disoriented).

Jistý typ citového přilnutí (secure) kategorie B

Pro tento typ dětí matka skutečně představuje ono bezpečné zázemí (secure base). To se projevuje především v její přítomnosti, kdy se dítě nebojí prozkoumávat pro ně neznámou laboratorní místnost. Zároveň matčinu blízkost vyhledává a usiluje o její přítomnost. Při odloučení jeví známky mírného až středního stresu. Po matčině návratu ji radostně a aktivně vítá. Matčina blízkost a tělesný kontakt jsou pro ně uspokojujícími zdroji útěchy a pocitu bezpečí. Má proto potřebu tento kontakt vyhledávat a udržovat.

Vyhýbavý typ citového přilnutí (avoidant, též anxious/avoidant) kategorie A

Děti s vyhýbavým chováním jsou během separace zdánlivě adaptované. Jejich vnější projevy emocí, zejména stresu, jsou inhibovány. Někdy si s cizí osobou hrají a chovají se k ní přátelsky. S matkou neudrží blízký kontakt a jsou odtažití. Po jejím návratu je jejich chování, podmíněné citovým poutem, poznamenáno silnou nedůvěrou, nebo se kontaktu s ní prostě vyhýbají.

Faktory ovlivňující kvalitu citového přilnutí

Nejzásadnější vliv na utváření a kvalitu citového přilnutí má matka, resp. primární pečující osoba. Podle **Winnicotta** by to měla být „dostatečně dobrá“ matka (**good-enough mother**), která posiluje svou blízkostí a zralou a citlivou interakcí s dítětem (Winnicott užívá pojem „**holding**“) základní pocit bezpečí. Zároveň „**dostatečně dobrá matka**“ podporuje u dítěte osobnostní růst ve smyslu respektování jeho potřeby separace a autonomie. Měla by proto citlivě „dávkovat,“

Matky dětí s jistým typem citového přilnutí - kategorie B

Matky dětí kategorie B jsou výrazně citlivější než matky nejistých dětí. Citlivým reagováním v dítěti posilují pocit, že signály, které vysílá, budou vyslyšeny a jeho potřeby uspokojeny. Pomáhají dítěti k dosažení cíle, čímž dítě získává pocit vlastní hodnoty. Utváří se tak základní důvěra dítěte v matku i v sebe samotné.

Matky nejistých a úzkostných dětí - obecný popis

U těchto matek lze hovořit o menší či větší míře necitlivosti, která může mít nejrůznější příčiny.

Existuje tzv. transgenerační přenos chování, podmíněného citovým poutem. Znamená to, že citové přilnutí těchto matek je rovněž nejisté a úzkostné. Svůj rodičovský styl si často přinášejí ze zkušeností s vlastními matkami.

Úzkostně - vyhýbavé děti (A - avoidant) a jejich matky

Matky dětí s vyhýbavým typem citového přilnutí ponejvíce spojuje nechuť k tělesnému kontaktu, celková odmítavost a skrytá agrese. Obecně je možné jejich osobnost popsat jako rigidní a kompulzivní. Děti opakovaně frustrují odmítáním jejich potřeby blízkosti. Nelze o nich říci, že by své děti fyzicky „držely“ méně často než matky jistých dětí. Rozdíl u nich

spočívá v tom, že tělesný kontakt dítěti poskytují pouze s vědomím jeho nezbytnosti pro malé dítě. Vnitřně je však pro ně nepříjemný. Proto často selhávají ve chvílích, kdy je systém pro vytvoření citového pouta dítěte vysoce aktivován a dítě v danou chvíli potřebuje co největší fyzickou i psychickou blízkost. Je-li odmítnuto (nebo se cítí být odmítnuto), selhává tím i matka jako bezpečné zázemí. Potřeba jistoty a bezpečí zůstává u dítěte neuspokojena.

Úzkostně - ambivalentní (vzdorovité) děti (C) a jejich matky

Matky ambivalentních dětí byly schopny citlivě reagovat na potřeby svých dětí, ale jejich reakce byly značně nekonzistentní a nestálé. Jejich chování je ve srovnání s matkami s jistým typem citového přilnutí méně předvídatelné. Někdy jsou laskavé, vřelé a přijímající, jindy odmítající, nepřístupné, podrážděné a nevnímavé k dětským signálům.

Na rozdíl od matek vyhýbavých dětí, matky ambivalentních dětí komunikují jasně, ale ve svých reakcích jsou značně nepředvídatelné. Jejich citlivost k potřebám dítěte výrazně kolísá. Jako bezpečné zázemí jsou tudíž pro dítě značně nespolehlivé. Někdy jsou laskavé, přístupné až intruzivní a narušují právě probíhající aktivitu dítěte, jindy bývají naopak nepřístupné či podrážděné. Oproti matkám vyhýbavých dětí se nebrání blízkému fyzickému kontaktu. Na rozdíl od matek dětí s jistým typem citového přilnutí méně citlivě reagují na pláč dítěte, jsou méně kooperativní a méně akceptující.

Úzkostně - dezorganizované/dezorientované (D) děti a jejich matky

O matkách dětí klasifikovaných jako D kategorie víme toho dosud poměrně málo, neboť většina dosavadních studií ji dosud nepoužívala. Děti D kategorie bývají často obětmi zneužívání.

V jejich případě se jedná o velice sofistikovanou, nevědomou obrannou strategii. Zdánlivě zmatené chování je pro ně způsob, jak komunikovat s trestajícím či zneužívajícím rodičem. Například ztuhnutí (freezing) lze interpretovat jako vyčkávání na signál ze strany nevyzpytatelného a ohrožujícího rodiče.

• Poruchy osobnosti – podle ICD 10 – F 60 – F 69 – Poruchy osobnosti a chování u dospělých

Poruchy osobnosti – definice:

- tzv. ranné poruchy, hluboce v osobnosti zakořeněné, přetrvávající vzorce chování, které se odchyľují od obvyklých způsobů chování
- poruchy osobnosti = vývojové stavy, které se objevují už v ranném dětství nebo dospívání a pokračují do dospělosti
- některé z těchto stavů a vzorců chování – výsledkem konstitučních faktorů a sociální zkušenosti, jiné se získávají později
- osobnost – na vývoj mají vliv bio-psycho-sociální faktory

Poruchy osobnosti – ICD 10

F 60 - Specifické poruchy osobnosti

- viz níže

F 61 – Smíšené a jiné poruchy osobnosti (= např. narcistická)

F 62 – Přetrvávající změny osobnosti, které nelze přisoudit hrubému poškození nebo nemoci mozku

- po katastrofické zkušenosti, psychiatrickém onemocnění, jiné

F 63 – Návykové a impulsivní poruchy

- hráčství (= gamblerství); pyrománie (= zakládání požárů); kleptománie (= kradení); trichotillománie, jiné

F 64 – Poruchy pohlavní identity

- transsexualismus; transvestitismus dvojí role, poruchy pohlavní identity v dětství, jiné

F 65 – Poruchy sexuální preference

- fetišismus, fetišistický transvestitismus, exhibicionismus; voyerství; pedofilie; sadomasochismus; mnohočetné poruchy, jiné

F 66 – Psychické a behaviorální poruchy spojené se sexuálním vývojem a orientací

- porucha sexuálního vyžívání, ego-dystonní sexuální orientace; porucha sexuálních vztahů; jiné
- nejistota o pohlavní identitě

F 68 – Jiné poruchy osobnosti a chování u dospělých

- zpracovávání somatických symptomů z psychických důvodů?; záměrně předstíraná porucha

Konkrétní poruchy osobnosti:**F 60 – Specifické poruchy osobnosti****1. Paranoidní**

- nadměrná citlivost k odstrkování a odbytí, trvalá zášť – odmítání odpustit urážky
- podezřívavost, podezřívání partnera z nevěrnosti; konspirace
- narušení období důvěry (1. stádium dle Ericsona)

2. Schizoidní

- málo činností, emoční chlad, neschopnost vyjadřovat vřelé city, lhostejnost ke chvále a kritice; preference samotářské činnosti; malý zájem o sex; nadměrná zaměstnanost introspekci
- pokud přijdou do terapie – chtějí teorie; spíše ale nepřijdou

3. Dissociální

- vážná nerovnováha mezi chováním a společenskými normami
- nezájem o city druhých, bezohlednost, nezodpovědnost; nízká frustrační tolerance; svádění viny na jiné; nezakouší vinu; snadno vytváří, ale neudrží vztahy

4. Emočně nestabilní – afektivní nestálost a impulzivnost**a, impulzivní typ**

- převládající emoční nestálost a nedostatečná kontrola impulzů (explozivní, agresivní osobnost)

b, hraniční typ

- emoční nestálost, narušené nejasné představy o sobě, o svých vnitřních a sexuálních preferencích
- pocit prázdnoty, nestálé interpersonální vztahy – někdy krize, pak sebevražedné výhrůžky
- Oto Kernberg – teorie objekt. vztahů

5. *Histriónská*

- sebedramatizace, teatrálnost, přehnané projevy emocí, sugestibilita, mělká labilní emotivita
- vyhledávání vztahů, ve kterých je středem pozornosti, nepatřičná svůdnost zjevu nebo chování; nadměrné soustředění se na fyzickou přitažlivost; manipulují v terapii

6. *Anankastická (= nutkavá)*

- pocity nadměrných pochyb; opatrnosti; organizace; plán; perfekcionismus; svědomitost; zabývání se produktivností na úkor radosti a interpersonálních vztahů; puntičkářství; sociální konvenčnost, vtíravé myšlenky
- 2. stupeň = autonomie dle Eriksona

7. *Anxiózní (vyhýbavá)*

- pocity napětí, obav, přesvědčen o vlastní sociální nešikovnosti, strach z kritizování a odmítnutí v sociálních interakcích
- nechut' stýkat se s lidmi – pokud by nebyl oblíben; vyhýbání se sociálním a pracovním činnostem
- není to neurotik, netlačit ho do společnosti – nepůjde

8. *Závislá*

- podřizování vlastních potřeb jiným osobám a přílišné vyhovování jejich přáním
- neochota vznášet na lidi, na kterých je závislý, rozumné požadavky; obava, že není schopen se postarat sám o sebe (= astenická osoba)
- v terapii – nutné držet distanci, ale respektovat, že je závislý; důležité to rozpoznat hned na začátku a mluvit s nimi o tom

9. *Jiné - - - narcistická*

- excentrická, narcistická; velikášství, víra, že je zvláštní osobnost; potřeba nekonečného obdivu
- nevybuduje-li si dítě pocit důvěry a bezpečí v raném dětství ve vztahu s matkou – dle Eriksona
- Kohut – self-psychologie – věnoval se narcistické poruše
- lidé s poruchou osobnosti mají věci postavené jinak – v terapii se nesnažit je předělat; spíše, aby chápali, jak je vnímají jiní lidé; zmírnit konflikt ve společnosti; spíše respektovat cíle, jaké má pacient

Poruchy osobnosti – další dělení:

1. globální poruchy

- nejvýrazněji působí psychotická onemocnění; jedinec je neadaptabilní, odlišuje se od ostatních
- výrazné poruchy u demencí, oligofrenií, poruch osobnosti
- globální snížení úrovně osobnosti = **degradace**
- a, depravace – postižení především v oblasti sociálních vztahů
- b, deteriorace – organický proces, zejména intelekt (i osobnost)
- c, dezintegrace – u psychotických procesů endogenní charakter
- **rozpad osobnosti** – duševní život nemocného hluboce alterován
- **alterace osobnosti** – člověk se po určité době cítí jinou bytostí, pak se vrací do původní existence (vzácně – u hysterie)
- **depersonalizace** – (osobnost má dvě části – jedna ho nabádá k něčemu nevhodnému, druhá by to nikdy neprovedla); porušený vztah k vlastnímu já – necítí se sami sebou, připadají si cizí
- **derealizace** – cizí, nereálné se zdá být okolí (např. jakoby všechno hra na jevišti)

2. parciální poruchy osobnosti – např.:

a, gnostické poruchy

- agnózie – poruchy poznávacích schopností
- nosoagnózie – neuvědomování si choroby

b, fatické poruchy - porušené analyticko-syntetické funkce příslušného korového analyzátoru

- expresivní (motorická) afázie -neschopnost tvořit slova
- receptivní (senzorická) afázie - nepoznává předměty; slyší slova – nerozumí
- agrafie - neschopnost psát
- alexie - neschopnost číst (ztráta této schopnosti)
- apraxie - ztráta schopnosti vykonávat naučené složitější pohyby

Terapie:

Farmakoterapie

Psychoterapie

Porucha osobnosti - hluboce zakořeněné, přetrvávající vzorce chování, (myšlení, vnímání, cítění), které se odchyľují od běžných způsobů chování a jsou víceméně trvalé.

Nejde o nemoc, ale defekt osobnosti – něco chybí a něco přebývá.

Vztah k lidem je narušený, necítí druhé, nemají rozvinutou empatii, špatně odhadují sociální situace, malý smysl pro vzájemnost, nerespektují reciprocitu, bývají sebestřední.

Motivace pro psychoterapii bývá nízká, zdroj problémů vidí v okolí.

Cílem terapie je sebezpřijetí, náhled na sebe, umožnit porozumět světu - nejen vnímat optikou své poruchy. Cíle terapie jsou omezené! Porucha je ve struktuře osobnosti, nelze přestrukturovat. Terapii poruch osobnosti se zabývají dnešní představitelé analytických směrů, speciálně egopsychologie, psychologie objektivních vztahů, self psychologie (Mahlerová, Kernberg, Kohut). Snaha o **posílení slabého Já, integrovat pohled na svět idealizace / znehodnocení, posílení sebelásky u narcistních pacientů, aby o sobě neztráceli pěkný obraz) a podpora osobní autonomie.** Nejčastější formou je **individuální terapie**, ale užívaná též **skupinová**. Terapie je velmi dlouhodobá záležitost.

Terapie vztahem -styly:

- **direktivní** – vhodnější u jednodušších, a asociálních, asymetrie se postupně vyrovnává a pacient se snaží nezklamat, T je pro něj vzor, se kterým se může identifikovat
- **empatický, nedirektivní** – tam kde je nerozvinutá či blokováná citová oblast, např. uzavřenost v důsledku špatných meziosobních zkušeností, vhodné též u úzkostných, nejistých
- **teorie učení** – bodové a měnové systémy používané k modifikaci chování u nemotivovaných pacientů, např. ochranné psychiatrické léčby - v léčebném společenství, kde pevně stanovený systém pravidel, žádoucí chování je odměňováno.

3 trsy poruch osobnosti při rozlišování psychoterapeutického přístupu:

1. dramatické, emocionální a nestálé osobnosti

2. zvláštní, excentrické

3. úzkostné, bojácné osobnosti

• Poruchy neurotické, stresem vyvolané a somatoformní

ICD – 10: F 40 – F 49 – Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy

- v ICD 10 – spojeny do jedné velké skupiny poruchy neurotické, stresem vyvolané a somatoformní
- ústředním symptomem neuróz je úzkost, strach, pocity viny, sebedoceňování
- podstatou je vnitřní či vnější konflikt, trauma manifestující se úzkostí v různých formách či psychosomatickými obtížemi

F 40 – Fobické úzkostné poruchy

- agorafobie, sociální fobie, speciální (izolované fobie, jiné)

F 41 – Jiné úzkostné poruchy

- panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, smíšené – úzkostně-depresivní porucha, jiné

F 42 – Obsedantně-kompulzivní porucha

- převládají obsedantní myšlenky nebo ruminace; přev. kompulzivní (nutkavé) rituály (akty); smíšené obsedantní myšlení a jednání, jiné

F 43 – Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení

- akutní reakce na stres; posttraumatická porucha; poruchy přizpůsobení; smíšená porucha emocí a chování a jiné

F 44 – Disociativní (konverzní) poruchy

- disociativní amnézie; fuga (amnézie cestování, nová identita); stupor (omezení nebo chybění volních pohybů, chybí normální reaktivita na vnější podněty); trans a stavy posedlosti; poruchy motoriky; křeče; poruchy citlivosti a sensorické poruchy; smíšené disociativní poruchy; jiné

F 45 – Somatoformní poruchy

- somatizační porucha; nediferencovaná somatizační porucha; hypochondrická porucha; somatoformní vegetativní dysfunkce – srdce, horní gastrointest. trakt, dolní gastro..., respirační systém, urogenitální systém, jiný orgán nebo systém; přetrvávající somatoformní bolestivá porucha, jiné

F 48 – Jiné neurotické poruchy

- neurastenie, depersonalizační a derealizační syndrom., jiné

Základní hypotéza psychoanalýzy:

- pacient před mnoha lety uvázl v intrapsychickém konfliktu; to vedlo k nezdravému vývoji jeho interpersonálních vztahů a vzniku neurotických mechanismů, obtíží, příznaků

Náprava:

- nezvládnutý konflikt se oživí v přenosovém vztahu k terapeutovi, je tedy možné s konfliktem pracovat v současném čase

Obranné mechanismy:

(v kontextu těchto poruch maladaptivní nebo abnormální řešení situace, která se vhodným otevřeným způsobem řešit nedá, nebo vhodné řešení není známo)

1. **kompence** – úsilí vyniknout v jiné oblasti, jako náhrada za neúspěch
2. **projekce** – promítání vlastních citů a úmyslů na jiné lidi
3. **suprese** – potlačení, vytěsnění nepříjemných zážitků z vědomí
4. **racionalizace** – logickými argumenty se omlouvá vlastní jednání
5. **identifikace** – ulehčuje život tím, že se člověk ztotožní s ideálem (hrcem, hrdinou)
6. **sublimace** – převedení pudových tendencí do sociálně cenného konání (charitativní činnost apod.)
7. **konverze** – postižení tělesné funkce – jako výraz duševního prožitku – konfliktu (symbolické vyjádření konfliktu – obrna, slepota, zvracení, apod.)

Somatizační porucha, hypochondrická, somatoformní – F45

- vegetativní – symptomy popisovány jako by byly vyvolány vegetativní inervací
- vegetativní aktivace – pocení, tremor, červenání, somatoformní bolestivá porucha
-

Bolest psychogenní – patří do somatoformní poruchy F45

- = přímá = konverzní – nevědomý psychický konflikt manifestován symbolicky jako konverzní symptom (pomůže to zbavit se úzkosti)

Psychosomatika

- emoční přetížení + stres – vegetativní nebo jiná regulační porucha – vyvolá to přetížení orgánů
- pokud to, co povolí, je orgán = psychosomatická porucha
- bludné kruhy – zpevňovací mechanismy (dysregulace)
- pokud přetížení zůstane na úrovni strachu - fobie
- nemá organický podklad, genetická podmíněnost je sporná, spíše dispozice osobnosti
- znamená psychické narušení vztahů člověka – následkem frustrace, konfliktu, exhaustie
- doprovází ji anxieta a většinou některé somatické příznaky
- prožitkově podmíněná porucha vztahu mezi člověkem a okolím, která má somatické a vegetativní projevy
- souvisí s vnitřním konfliktem, většinou se jedná o konflikt nevědomý; konflikt navozuje úzkost, z úzkosti vyplývá psychická tenze, která vede k nesprávnému reagování organismu

Původ neuróz:

- vysvětlován různě – podle různých směrů psychologie
- **psychoanalýza:** jádro vzniku neuróz v oidipském období (3-5 let), vnitřní konflikt
- **teorie kulturologie** – úzkosti časté u přímořských národů, obsese méně časté, nahrazeny rituály kmene
- **organické teorie** – hledají organický substrát
- **teorie učení** – učí se nesprávným vzorcům chování (adaptačním mechanismům), rigidní

Terapie:

Farmakoterapie - anxiolytika, antidepresiva, sedativa, hypnotika

Psychoterapie – systematická individuální, skupinová dle jednotlivých směrů

Psychodynamické teorie a psychoanalýza

Vývoj: **Prepsychoanalytické období** = vytěsněné traumatické vzpomínky

Překladatelské období (z nevědomí do vědomí) = intrapsychický konflikt

Klasické období = intrapsychický konflikt + oidipický komplex

Intrapsychický konflikt mezi superegem a id, nedobře řešený konflikt neuvědomělých tendencí, pacient si uvědomuje pouze symptom (např. obsese, fobie, panika), který funguje jako signál, že existuje konflikt.

Symptom je:

- voláním o pomoc

- svépomocné řešení konfliktu – symptom se snaží konflikt sám vyřešit - nouzově

Vztah: reálný vztah – pracovní aliance – přenosový vztah

Neuróza - přenosová, nepřenosová (narcistické osobnosti)

Přenosová neuróza = specifické přenosové konstelace vůči analytikovi, opakuje obsahy, které byly vytěsněny, jako současné prožitky vůči terapeutovi – původní neuróza je pak nahrazena přenosovou

Přenos - externalizace vnitřního objektního vztahu

Přenos může být objektní, erotický, přenos funkce – selfobjektní přenos

Selfobjektní přenos - nedostatečně rozvinuté self (duševní instance, která je zdrojem sebecitu, sebehodnocení, ideálu:

1) zrcadlí přenos - terapeut je svědek pacientovi dokonalosti

2) idealizovaný přenos - ty terapeut jsi významný, já k tobě patřím, tak mám taky hodnotu

Metody: volné asociace, interpretace, propracování

- postupné objevení souvislostí, vhléd pacienta

Indikace: neurózy, poruchy osobnosti

Behaviorální teorie

Symptom je nesprávně naučená odezva na nějakou situaci, podnět vyvolá nevhodnou reakci, ta je posílena odměnou, dojde ke zpevnění reakce (chování)

- **funkční analýza chování** - špatně naučené chování vedoucí k symptomu se odstraní tím, že se přetne odměňování a nahradí se bezporuchovým novým chování prostřednictvím nácviku

Indikace: fobie, obsedantně kompulzivní, panika, mentální anorexie, posttraumatické poruchy, somatoformní poruchy, poruchy osobnosti

Kognitivně racionální

Kognitivní terapie se zaměřuje na **vnímání a interpretaci reality**.

Indikace: panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, obsed-kompulz, hypochondrie, mentální anorexie, poruchy osobnosti, deprese.

Racionální terapie –A. Elis - terapie A-C, dle něj je nějaká objektivní situace A, selhání či důsledek C, chyba je však v B, což je nesprávné myšlení.

Neuróza - není to situace co nás tíží, ale to co si o ní myslíme – vytvořil **inventář nesprávných přesvědčení**, rozlišení racionálních a iracionálních myšlenek, učení myslet si, co je racionálně přijatelné, změna B tudíž vyvolá změnu v C – cítím se pak lépe, lépe se přijímám.

Beck – léčba deprese - **automatické nesprávné myšlenky vedou k depresi** - strukturace reality do depresogenních schémat, v terapii – direkce a logika – vede k redukce úzkosti.

Indikace: fobie, obsedantně kompulzivní, panika, mentální anorexie, posttraumatické poruchy, somatoformní poruchy, poruchy osobnosti

Humanistická teorie

Jak člověk vychází sám se sebou, to rozhoduje o tom, jak se cítí v životě a ve světě – sebezpečí, sebeuvědomění, sebeaktualizace, seberealizace – to je to, co rozhoduje o duševním zrání nebo selhání.

Rogers – jádro poruchy viděl v neschopnosti uvědomit si sám sebe, sám sebe nepřijmout nebo být přijatý.

Inkongruence - rozpor mezi sebezpečím, sebehodnocením a skutečným zážitkem - nejsem takový jaký si myslím, že bych měl být – to vyvolává tenzi.

Terapeutické postoje – **autenticita, bezpodmínečné přijetí, empatie**

Cílem terapie je kongruence – vědomí vnitřního prožívání a jednání ve shodě s ním

Indikace: neurózy, poruchy vyvolané stresem, somatoformní poruchy, poruchy sebehodnocení, úzkosti, deprese, poruchy chování.

Gestaltterapie

Pearls - princip terapie zde a nyní – jak se nyní cítí, co prožívá a o čem to je, organismus vnímá jako celek (gestalt) a ne jeho části, celek převyšuje jednotlivé části.

3 základní koncepty: teorie pole, fenomenologie, existenciální dialog.

Teorie pole – nelze oddělit osobu od prostředí, **Fenomenologie** – subjektivita vnímání,

Dialog – setkání dvou bytostí v modu já-ty.

U osobnosti zdůrazňuje nutnost pevné a pružné hranice. **Porucha - porucha kontaktu na hranici jedince a prostředí:** splynutí, izolace, deflexe, retroflexe, introjekce, projekce, vztah: já – ty, každý přebírá zodpovědnost za sebe, zpětná vazba terapeuta.

Techniky: centrující techniky – co cítíš teď, přehrávání rolí, dramatizace, vizualizace

Indikace: neurózy, poruchy vyvolané stresem, somatoformní poruchy, poruchy sebehodnocení, úzkosti, deprese, poruchy chování.

Existenciální teorie (logoterapie)

V. Frankl – člověk je dobrý i zlý, záleží na něm pro co se rozhodne, záleží na hodnotách svědomí, na životním smyslu. **Neuróza - ztráta životního smyslu**, přichází **existenciální frustrace** – to co dělám a žiji necítím jako smysluplné, **existenciální vakuum** - vnitřní prázdnota – to vede k zaměření na sebe – výkon, sex, destrukce, drogy, spotřební zábava, závislost, identifikace s druhými.

V terapii se hledá 1) hodnotové zakotvení člověka v životě, 2) sebeodstup a sebezpečení – v rámci duchovních schopností. **Cílem terapie je nalézt takové hodnoty v životě a světě, které dávají prožitek smyslu tohoto života i světa.**

Techniky: paradoxní intence – u fobií, nutkavých neuróz – přeji si to, čeho se obávám, distancuji se od symptomu a neurózy, strach nemá sílu, když se ho nebojíme.

Indikace: neurózy – neurózy, poruchy osobnosti - fobie, obsese, deprese, sexuální poruchy, drogové závislosti, podpůrná terapie u vážně nemocných

Rodinná terapie - sociopsychologické východisko

Zaměřuje se na symptom, poruchu ve vývoji rodiny, v rodinném systému, který vede k onemocnění člena rodiny, to však vyjadřuje poruchu celé rodiny a současně se snaží jí symptomem napravit.

Komunikační a strategické směry v psychoterapii

Když se nemohou domluvit lidé, tak se mohou domluvit symptomy. **Porucha – chybná forma komunikace**, komunikace může být jasná / nejasná, verbální / neverbální, dvojná vazba, Já (zdroj 1) sděluje (toto 2) adresátovi (tobě 3) v této situaci (4) - **prameny komunikačních chyb jsou ve 4 faktorech**. Zkreslený adresát a kontext, kde nelze komunikovat přímo, komunikuje se patologicky, dvojná vazba - komunikace je rozporná – jeden zdroj dává 2 rozporné informace. Ten, kdo ji dostává, nemá úniku ani řešení. **Cílem terapie je náprava komunikace**, učení se zdravě komunikovat, místo aby se komunikovalo přes symptomy.

• Psychózy

Poruchy s „psychotickými příznaky“ – pozitivními, negativními – zahrnují:

F 20-29 – schizofrenie, schizofrenní poruchy + poruchy s bludy

a dále některé :

F 01-09 – organické duševní poruchy

F 30-39 – poruchy nálady (= afektivní poruchy)

F 10-19 – duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek

F 50-59 – behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

Klasifikace psychóz:

1. funkční (endogenní) F 20-29; F 30-39 - klasické bez organického základu, schizofrenie, paranoia, parafrenie, některé deprese

2. organické (+ při somatických onemocněních, i při somatických onemocněních)- zejména skupina F 06 - organická halucinóza; katatonní porucha; organický syndrom s bludy (schizofrenní); organické afektivní poruchy - např. po úrazech, tumory, progresivní paralýza - velikášské bludy

3. intoxikační (i při horečnatých onemocněních) - jsou přechodné = tranzitorní poruchy – F 10 deliria (např. trémens nebo odvykací stav s deliriem), F 10 – psychotická porucha – po požití nebo během požití látky, která vyvolává halucinace, bludy, psychosomatické poruchy (stupor), abnormní emoce (strach x extáze)

4. generační - F 53 – duševní poruchy a poruchy chování spojené se šestinedělím - laktační psychóza - klimakterické deprese - premenstruační a senilní psychické poruchy

v ICD 10 - F 20 - F 29 – Schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy

F 20 – Schizofrenie

- paranoidní, hebefrenní, katatonní, postschizofrenní deprese, reziduální schizofrenie, simplexní schizofrenie (chronické, v atakách, remise), jiná schizofrenie, schizofrenie nespecifikovaná

F 21 – Schizotypní porucha

- vývoj a průběh spíše jako porucha osobnosti

F 22 – Trvalé duševní poruchy s bludy (paranoia, dříve parafrenie)

F 23 – Akutní a přechodné psychotické poruchy

F 24 – Indukovaná porucha s bludy (sdílejí ji osoby s těsnými emočními vztahy)

F 25 – Schizoafektivní poruchy

- manický typ, depresivní typ; smíšený typ

F 28 – jiné neorganické psychotické poruchy

F 29 – nespecifikovaná neorganická psychóza

a, pozitivní příznaky schizofrenie = produktivní - je to něco navíc, přebytek, nadměrná vyjádření normálních funkcí - bludy, halucinace, dezorganizované myšlení, řeč a chování, dobře reagují na terapii léky

b, negativní příznaky schizofrenie - deficitní - o nějaké funkce přicházejí, jejich ztráta nebo oslabení: oblast emočních projevů - emoční plochost, ztráta kontaktu s realitou, apatie (nezájem – o sebe); abulie – neschopnost iniciovat cílevědomé jednání, je obtížné je nějak uchopit

Iniciální stádia u typů schizofrenie:

1. **hebefrení (adolescence – 16-20 let)**

2. **simplexní (časná dospělost – 20-30 let)**

3. **katatonní (velmi vzácná – 20-30 let)**

- pravá schizofrenie nezačíná po 40. roce věku – pak se jedná o parafrenii nebo paranoii, kde již nejsou osobnostní defekty postpsychotické

4. **paranoidní schizofrenie (25.-30. roce věku – spíše po 30. roce věku)**

5. **paranoia (35-45 let)**

6. **parafrenie (po 40. roce, spíše až v klimakteriu)**

Fáze vývoje psychotické poruchy:

1. **Premorbidní osobnost** - introvertní, uzavřený, autistický, neobratný, sociálně plochý, zranitelný, podivín.

2. **Prodromální fáze** - (předčasné příznaky, iniciální fáze), úzkost, neklid, nespavost, amence = akutní zmatenost, podivínství; změna v sociálních vztazích – jejich omezování, agresivní projevy, v prodromálním období – pokud se zasáhne, dá se ataka zastavit; nedojde pak k projevení psychózy (neschopenka, léky na spaní, apod.; zapojení rodinných příslušníků – příznaky typické pro pacienta vidí – dá se pracovat na prevenci relapsu).

3. **Floridní fáze** - halucinace, bludy, inkohorentní myšlení, oploštělé emoce, poruchy volního jednání – abulie; poruchy pozornosti; ztráta orientace v čase, místě, osobě; poruchy paměti, vědomí; otázka, zda dělat či nedělat v této fázi psychoterapii – spíše je názor počkat, až tato fáze odezní – v úzkostné fázi spíše nedělat terapie biologická v této fázi = neuroleptika – jádro léčby; klasické těžkotonážní (=Plegomazin; Heloperidol; Tyhoridozin) – velké množství vedlejších příznaků; spíše atypická neuroleptika – např. Zyprexa; anxiolytika = Diazepam; Oxozepam; antidepresiva; v průběhu terapie klesá význam farmakoterapie a stoupá význam psychoterapie a psychosociální rehabilitace.

4. **Fáze remise (= chronicita)** - vyjadřujeme přesvědčení, že přijdou další ataky, při chronické podobě mohou ustoupit nejnápadnější projevy, může být lepší komunikace, buď setrvá v tato méně intenzivní podoba nebo opět léčba v PL.

5. **Postpsychotický defekt** - čím později se psychóza objeví, čím je osobnost starší, tím méně ji postihne, 1/3 – 1 ataka za život, pak fungují zdravě, 1/3 – více atak, jsou schopni existovat a asi 1/3 – nejsou schopni existovat bez intenzivní pomoci pomoci a léčby.
6. **Reziduální schizofrenie** - člověk – především sociální problém pro ztrátu zájmů, autistické myšlení, ztrátu sociálních dovedností a komunikačních schopností, celková vyhaslost; chybí floridní příznaky

Formy schizofrenie v ICD 10:

a, paranoidní

- nejobvyklejší typ; převládají bludy (často paranoidní) doprovázeny halucinacemi (sluchovými) a jinými poruchami vnímání
- nejsou poruchy afektivity, vůle, řeči, apod. – výrazné
- bludy – perzekuční, mesiášského poslání, transformace vlastního těla, vztahovačnosti, kontrolovatelnosti, ovlivňování
- hlasy – dávají rozkazy (= imperativní) nebo jednoduché sluchové = pískání, bzučení, smích; aktivita méně oploštělá než u jiných forem schizofrenie

b, hebefrenní (15-25)

- v popředí změny afektivity, bludy a halucinace; jsou prchavé, útržkovité
- chování nezodpovědné, nepředvídatelné
- nálada povrchní, nepřiměřená situaci, chichotání, samolibý úsměv, nadnesené chování, grimasování, manýrování, nezbednosti, znovu a znovu opakované fráze
- myšlení dezorganizované, řeč nespojitá; tendence k samotářství
- mívá špatnou prognózu – vzhledem k rychlému rozvoji „negativních příznaků“ (oploštělá afektivita, ztráta vůle)
- premorbidní osobnost – plochá a samotářská, opuštění cílů; klackovité projevy, pubertální chování, bezcílné chování; povrchní zabývání se abstraktními tématy (náboženské, filozofické); pseudofilosofování

c, katatonní = velmi vzácná

- podstatná charakteristika = výrazné psychomotorické poruchy; extrémní = hyperkineze x stupor; automatická poslušnost x negativismus; často hodiny strnule stojí jako sochy
- zpravidla zpomalení všech psychických projevů: stupor, excitace, negativismus, rigidita, flexibilitas cerea (udržování končetin a těla v polohách, do nichž byl pacient uveden); povelový automatismus; perseverace slov a vět

d, simplexní

- plíživě se rozvíjející bizarní chování
- neschopnost vypořádat se se sociálními požadavky; pokles výkonnosti
- bludy a halucinace chybí; stav není tak zřejmě psychotický jako u předcházejících forem schizofrenií
- typické „negativní příznaky“ (otupělá afektivita, ztráta vůle); vzrůstající sociální ochuzení (může vyústit do potulek); pacient ponořený do sebe, lenošivý, bez cíle

e, postschizofrenní deprese – může nastat

f, reziduální schizofrenie = chronické stádium; dlouhodobé „negativní příznaky“ –

- zpomalení, snížená aktivita, pasivita, nedostatek iniciativy; chudá řeč i nonverbální komunikace; chudý oční kontext, modulace hlasu, zanedbávání zevnějšku, **simplexní**
- plíživě se rozvíjející bizarní chování

- neschopnost vypořádat se se sociálními požadavky; pokles výkonnosti
- bludy a halucinace chybí; stav není tak zřejmě psychotický jako u předcházejících forem schizofrenií
- typické „negativní příznaky“ (otupělá afektivita, ztráta vůle); vzrůstající sociální ochuzení (může vyústit do potulek); pacient ponořený do sebe, lenošivý, bez cíle

Terapie:

Farmakoterapie

Psychoterapie – podpůrná - individuální, skupinová

Sociální rehabilitace

- psychotická onemocnění mění na čas či trvale osobnost a chování pacienta
- prožitky chaosu, úzkosti, napětí, osamělosti, rozpadu, ohrožení, neklidu
- obtížně si dokáže zdravý představit co psychotik zažívá
- 60.léta – modelace psychóz halucinogeny – intoxikovaný se zážitkem blíží prožitku psychotika – jak vnímá sebe a svět, jak ho prožívá
- podmínka je schopnost porozumět prostřednictvím empatie

- **u psychogenně podmíněných psychóz** - krátkodobé psychotické stavy (týdny) u predisponovaných (osobnostně zranitelných, citlivých) jedinců v reakci na zátěž, vnitřní konflikt, psychoterapie je i zde kombinována s podpůrnou farmakoterapií – spočívá v poskytnutí emoční podpory, zpracování psychotické zkušenosti, vedeme pacienta k tomu, aby se nadměrným zátěžím sám nevystavoval

- **u endogenních psychóz** (schizofrenie) – svět se stává nebezpečným, nesrozumitelným, pacient je plný nejistot a ambivalencí, je úzkostný, odklání se od reality a uzavírá se do sebe – přestává komunikovat, omezuje kontakty a dostává se do izolace což souvisí s oslabováním vědomí sebe a nakonec ztrácí svou identitu, chybí mu stabilní záchytné body, jeho vědomí neplní integrující funkci, chová se nepřiměřeně a pro ostatní nepochopitelně - psychopatologické příznaky jsou psychologicky srozumitelné – mají smysl, jsou účelné a chrání pacienta před totálním rozpadem

- léčba je především psychofarmakologická a až je schopen elementární komunikace a je klidnější, lze poskytnout i psychoterapii, obvykle se kombinuje individuální a skupinová
- základem je vytvoření důvěrného vztahu, který je pro pacienta bezpečný a stabilní, terapeut musí mít zájem o pacienta a skutečně ho akceptovat
- hovořit o všem s čím přichází, být k dispozici
- terapeut pomáhá postupnému integrování osobnosti a prolamuje izolaci tím, že je plně k dispozici a dává pacientovi přes své porozumění zažít lidskou blízkost, síla nepředstírajícího lidského vztahu oživí a podpoří autosanační potenciál a působí ozdravně

- **ve skupinách:** po 6-8 pacientech, koedukovaných, homogenních co se týče onemocnění skupiny jsou strukturované, s předem připraveným programem, neboť pacienti bývají pasivní, převládají tématické skupiny, muzikoterapie, arteterapie, modifikovaná psychogymnastika

- smyslem skupin je obnovit začlenění pacientů, rozvíjet jejich komunikaci
- vhodné je když skupinu vede terapeut který má pacienta i individuálně a je mu tak oporou
- léčba je dlouhodobá a vyžaduje i **sociální a pracovní rehabilitaci**

- u těch kteří nevyžadují hospitalizaci jsou vhodné **denní stacionáře** – zde všestranný program, stimuluje psychické a fyzické funkce v bezpečném a podpůrném prostředí
- velká zátěž pro rodinu, někdy rodina zátěží zase pro pacienta, hrozí infantilizace pacienta v rámci symbiotických vztahů nebo naopak se ho zbavovat jako nebezpečného šílence, je proto vhodné zapojit do terapie i **rodinu** (RT)

Podpůrná psychoterapie:

- **podpůrná terapie je u psychotiků nejvíce indikovaná**
- **udržovat kontakt s dalšími odborníky kteří se podílí na léčbě**
- **přizpůsobujeme intervence dle aktuálního stavu** - stádia onemocnění, specifických symptomů - terapie redukuje symptomy (i když je neodstraní zcela) a zabraňuje, aby přerostly v dezorganizaci pacientova života
- pacienta učíme zvládat zátěž
- pracujeme principem pomalých kroků v atmosféře podpory a porozumění
- protipřenosev se terapeut potýká se zážitky úzkosti (kontakt s pacientovou úzkostí, primárně procesovým myšlením, projektivní identifikací, ztrátou hranic ega), také může mít od pacienta nerealistické očekávání nebo naopak příliš pesimistické očekávání
- z dlouhodobého hlediska hrozí vyhoření (u pacientů se často střídají remise a dekompenzace)
- **léčivý je samotný vztah s terapeutem** – zásady: **nebýt** odměřený, interpretující, frustrující přenosové potřeby - pacient by pravděpodobně nezvládl vypořádat se s intenzivním přenosem, vhledová terapie může vést k dekompenzaci a regresi - místo toho je důležitý **reálný vztah:**
 - reálné interakce s terapeutem vedou k lepšímu přizpůsobení
 - zlepšení testování reality prostřednictvím toho že T potvrzuje či modifikuje pacientovo vnímání
 - mohou si osvojovat od terapeuta sociální dovednosti, které jim chybí
 - terapeut zvyšuje pacientovu sebeúctu
 - terapeut je někdo, s kým se může pacient identifikovat
 - stabilizace v období krize

Specifika:

- **frekvence sezení flexibilní** – u pacientů s TS nutkáním, imperativními halucinacemi či v krizi potřebují občas častější kontakt, či odkaz na pohotovostní službu, možnost zavolat
- **délku sezení lze přizpůsobit** od 30-50min
- **poradenství** - pomoc při rozhodování se, někdy být i direktivnější (ale nevnučovat své hodnoty), reprezentovat vnější realitu (např. „léky a drogy nemíchejte dohromady“)
- **důležité je opakování** - vhléd např. do vztahu s někým blízkým pacient příště zapomíná, což souvisí s konkrétním myšlením a neschopností generalizace, musíme to znovu opakovat ve všech podobných situacích s novými lidmi

Mimo psychoterapeutická sezení:

Práce s členy rodiny a blízkými – získat je pro proces podpory, poskytování informací rodině se souhlasem pacienta (o příznacích onemocnění, průběhu, vedlejších účincích léků) a pro krizovou intervenci

- informování snižuje pocity viny, snižuje nerealistické očekávání či naopak bagatelizaci obtíží, pomáhá vyrovnávat se změnami chování
- pomoci uklidňovat emočně nabitou atmosféru v rodině
- jsou pacientovi nejbližší a mohou podat T informace o změně pacientova stavu

Důraz na vnější aktivity - podporovat jeho kontakty, návštěvu kulturních akcí, chráněných dílen aby mohl zvyšovat své interpersonální dovednosti, učil se fungovat v pracovním prostředí a učil se zvládat stres

Reakce na specifické symptomy (bludy, halucinace, vztahovačné myšlenky)

- kontraindikací je souhlasit s jejich obsahem - to by posílilo jeho psychotické obrany a vneslo by zmatek do testování reality

• Depresivní stavy - F 30-39 Poruchy nálad (afektivní poruchy)

F 30 – Manická fáze

- hypománie, mánie bez psychotických příznaků, s psychotickými příznaky, jiné

F 31 – Bipolární afektivní porucha

- hypomanická současná fáze; manická současná fáze, mírná + středně těžká deprese, těžká deprese se somatickými příznaky + bez; těžká deprese s psychotickými příznaky + bez; smíšené současné fáze; současně v remisi

F 32 – Depresivní fáze

- mírná deprese: a, se somatickými příznaky
b, bez somatických příznaků
- středně těžká deprese: a, se somatickými příznaky
b, bez somatických příznaků
- těžká deprese: a, bez psychotických příznaků
b, s psychotickými příznaky

F 33 – Periodická (rekurentní) depresivní porucha

- stejné jako výše + současně v remisi

F 34 – Trvalé poruchy nálady

a, cyklotymie

- trvalá nestálost nálady, střídání mírné deprese + mírné excitace; nejsou ve vztahu k životním událostem
- afektivní porucha, cykloidní, cyklotymní osobnost

b, dystymie

- chronická depresivní nálada (zvládají nároky běžného života) = depresivní neuróza (je přítomen vnitřní konflikt; problém sebehodnocení – podceňuje se; např. u chronických matrimoniálních konfliktů), neurotická deprese; depresivní porucha osobnosti

F 38 – Jiné poruchy nálady

F 39 – Nespecifikované poruchy nálady

Dělení depresí:

1. **reaktivní** – reakce na tragickou událost
2. **psychogenní** – reakce na dlouhodobý stres (blízká depresivní neuróze – vnitřní konflikty, vztahové problémy – matrimonální)
3. **endogenní** – nepřítomnost vnější příčiny (nepatří sem klimakterická deprese, jakékoliv organicky zjištěné příčiny)

ICD – 10 – deprese:

1. *mírné*
2. *středně těžké*
3. *těžké – s psychotickými příznaky nebo bez příznaků*

Těžké endogenní deprese:

- pozitivní heredita, sezónní výskyt – jaro + podzim; ranní pesima; dobré usínání, ale hodně přerušovaný spánek
- pocit úplné lenosti – k ničemu není; po zátěži svěžejší
- neodklonitelná, nevysvětlitelná nálada; pokusy o suicidium i v relativně dobrém stavu; maniodepresivita někdy

Reaktivní a psychogenní deprese (tzv. neurotická forma)

- vše naopak od těžkých endogenních depresí, je známa traumatická událost + předchorobí (smrt, nemoc, ztráta zaměstnání)
- nemoc zde souvisí s celou osobností, jak prožívá, jak se vnímá
- není zřejmý vyvolávací moment

Melancholie: akutně úzkostná porucha s produktivními bludy (mikromanickými); obviňování se za katastrofy

Melancholický raptus – poškození sebe i ostatních na základě „altruistické“ motivace (zlý svět – vyvraždí rodinné příslušníky)

Deprese:

- ne vždy dosahují psychotického charakteru, někdy na pomezí
- jejich výskyt častý; mohou nastat v kterémkoli životním období
- vedle psychopatologie i výrazné negativní obtíže
- neproduktivní, zpomalený, monotónie řeči, snížení všech psychických funkcí, stížnosti na poruchy paměti

Exhaustní depresivní syndrom:

- premorbidně velké pracovní zatížení, stresy, chronické stavy únavy
- deprese je překryta únavou, ztrátou zájmu a touhou po odpočinku, změně pracoviště
- nutnost odpočinku, spánku, mentální hygiena – dostaví se úleva, pacient se cítí lépe

Maniodeprese (bipolární deprese):

- střídání deprese a mánie
- nemusí být pravidelné

Deprese v involuci a depresivní forma demence:

a, v klimakteriu (různé dle pohlaví)

- muži – konec kariéry; závist mladším; vyhledávání mladších partnerek
- ženy – ztráta plodnosti, prázdné hnízdo

b, depresivní forma demence

- úbytek psychických sil, zejména intelektu, paměti
- sklerotické procesy, organické psychosyndromy
- involuční – anxiozita, obavy o budoucnost, hypochondrie

Terapie:

Farmakoterapie - antidepressiva (3. generace) – zejména SSRI – selektivní vychytávání serotoninu (= Prozac, Deprex, Seropram, Zoloft) nebo IMAO, lépe RIMAO = Reversibilní inhibitory monoaminoxidů

- anxiolytika – také mají i lehčí antidepressivní účinek
- hypnotika – při poruchách spánku
- fototerapie - zejména u sezónního výskytu

Psychoterapie - individuální systematická, skupinová dle jednotlivých psychoterapeutických škol a směrů

• Organický psychosyndrom – ICD-10; F 00 – F 09 – organické duševní poruchy včetně symptomatických

F 00 – Demence u Alzheimerovy choroby

- s časným začátkem; s pozdním; atypický typ

F 01 – Vaskulární demence

- s akutním začátkem; multiinfarktová demence; subkortikální? vaskulární demence smíšená kortikální? a subkortikální vaskulární demence

F 02 – Demence u chorob klasifikovaných jinde

a, Pickova choroba

- pomalu postupující změny charakteru a společenský úpadek; emoční otupělost, desinhibice z apatií nebo neklidem, zhoršené sociální chování
- zhoršení paměti, intelektu, řečových funkcí

b, Demence u Kreutzfeld-Jakobovy choroby

- progresivní demence s rozsáhlými neurologickými příznaky
- onemocnění vyvolána pravděpodobně přenosným agens
- vzniká zpravidla v 5. dekádě; za 1-2 roky končí smrtí
- spastická paralýza končetin, tremor, rigidita a choreatické pohyby

c, Demence u Huntingtonovy choroby

- celková degenerace mozku; 3.-4. dekáda = genetická porucha
- na počátku deprese, úzkost, změny osobnosti; pomalý postup (smrt za 10-15 let)
- choreatické? pohyby, demence, familiární výskyt

d, Demence u Parkinsonovy choroby

- dochází k degeneraci bazálních ganglií – svalová ztuhlost, bradykineze, třes a deformity postojů
- příčina neznámá, infekční nebo toxická

e, Demence u HIV

- zapomnětlivost, pomalost, špatné soustředění, potíže při čtení
- apatie, snížená spontaneita, psychotické epizody nebo záchvaty
- rychle progreduje k těžké deteriorizaci a letálnímu konci

f, Demence u ostatních chorob (klasifikovaných jinde) = dialýza, selhávání jater, Wilsnův syndrom, intoxikace těžkými kovy, abusus alkoholu

F 03 – Nespecifikované demence

F 04 – Organický amnestický syndrom, jiný než vyvolaný alkoholem nebo drogami

F 05 – Delirium, jiné než vyvolané alkoholem nebo drogami

F 06 – Jiné duševní poruchy (následkem onemocnění, poškození, dysfunkce mozku nebo somatického onemocnění)

- organická halucinóza; katatonní porucha; syndrom s bludy; bipolární afektivní porucha; úzkostná porucha; organické dissociativní poruchy; emoční labilita nebo astenická porucha; mírná kognitivní porucha

F 07 – Poruchy osobnosti a poruchy chování – vyvolané onemocněním, poškozením nebo dysfunkcí mozku

- organicky podmíněná porucha osobnosti; postencefalitický syndrom; postkontuzní syndrom; jiné

F 09 – Nespecifické organické poruchy

Diagnostika organicity:

1. celková úroveň výkonu (např. VŠ-IQ = 70)
2. intersubtestová variabilita (výkyvy veliké)
3. posoudit specifické kognitivní deficity (afázie, percepce, diskriminace, koordinace vizuálně-motorické, atd.)
4. porovnání premorbidního výkonu s posttraumatickým
5. sledovat průběh výkonu v posttraumatickém nebo pooperačním období

Charakteristika organického psychosyndromu

- vyskytuje se u nejrůznějších onemocnění, která působí změny CNS (hlavně mozku), různé obrazy
- různé příznaky – klinický obraz: zvýšená únavnost, poruchy paměti, pozornosti, orientace časem, prostorem, osobou; hyperaktivita x hypoaktivita; labilita emocí

ICD 10 dělí na:

1. *Vaskulární demence*
2. *Alzheimerovské demence*
3. *Demence u jiných chorob (Pickova, Kreutzfeld Jakobova; Huntingnova, Parkinsonova, abusus alkoholu, intoxikace těžkými kovy...)*
4. *Organický amnestický syndrom nezpůsobený alkoholem*
5. *Delirium nezpůsobené alkoholem*
6. *Duševní poruchy – následkem onemocnění mozku*
7. *Poruchy osobnosti – následkem onemocnění mozku*

Výskyt:

- po mozkových úrazech, nádorech, infekčním onemocnění CNS, generační onemocnění, cévní onemocnění, senilní demence

Znaky organického psychosyndromu:

- postihuje celou osobnost, buď:
 - a, difúzní postižení mozku* – dialyzovaní pacienti, u pacientů s hepatopatiemi
 - b, lokální léze* – poškozují jen určité funkce (např. u řečových poruch – afázie)
- u poruch paměti: porucha postupuje hloub a hloub do minulosti; konfabulace – u Korsakova syndromu
- dezorientace – v místě, čase, pak osobou
- myšlení – zpomalené, zúžené, ulpívavé, perseverace (ztrácí se, neví, kdo je)
- ochuzení zájmů (o hygienu atd.)
- mění se nálada, rozlady, raptury, brachiální repetice
- snížená – motorika, tempo
- řeč – buď mnohomluvnost, bezobsažnost, nebo monotónní, nevýrazná
- odtlumení, hrubost, nemístné vtípkování
- nejprve si uvědomují svůj stav – postupně anosognosie

Terapie:

- základem je podrobná diagnostika – jaké změny se pojí s poškozením mozku (kognitivní, motorické, emoční, osobnostní) - popis rozsahu a typu poškození těchto funkcí - to je základem pro neuropsychologickou rehabilitaci
- důležité je poznání osobnosti pacienta v celé jeho historii, před úrazem a nyní

2 varianty:

1. následkem úrazu došlo ke změně osobnosti
2. u premorbidně akcentované osobnosti je úraz důsledkem např. riskantního chování

Farmakoterapie – určuje lékař specialista – neurolog, psychiatr

Kognitivní rehabilitace (zvláště pacientů s poraněním mozku)

- může ji provádět psycholog nebo celý tým různých odborníků
- zaměřuje se na tyto oblasti:
 - **vnímání, percepce** – rozpoznávání objektů (agnózie), orientace v prostoru, vnímání barev, pohybu, zraková pozornost a zraková paměť
 - **řeč** – schopnost plynule se vyjadřovat a současně rozumět řeči
 - **tvorba slov, verbální vyjadřování** (afázie, anomie) **poznání mluvených slov a porozumění** (auditivní agnózie)
 - problémy se **čtením** (dyslexie apod.) a **psaním** (dysgrafie)
 - **paměť** (amnésie traumatická, u alkoholiků, u Huntingtonovy choroby... atd.)
 - **pozornost**
 - **exekutivní fce** – plánování, rozvržení času, sebeuvědomění, sebeovládání
 - **porozumění a řešení problémů**
- metody jsou odvislé od specializace - při rehabilitaci v týmu: fyzioterapeut, logoped, foniatr, speciální pedagog, psycholog, lékař
- počítačové metody rehabilitace – „Train the Brain“

Příklad: reabilitace u pacientů s těžkým poraněním mozku - koordinují na tom lékaři různých oborů, fyzioterapeut, ergoterapeut, zdravotní sestry, ošetřovatelky, psycholog, logoped, speciální pedagog, sociální pracovníce, protetik, nebo i arteterapeut, muzikoterapeut... atd. - celý proces koordinuje jedna osoba „case manager“

- stádia RHB: JIP - lůžková rehabilitační odd. / neurologie - ambulantní péče s návštěvou uvedených odborníků > časem zařazení do chráněné dílny event. chráněného bydlení či využívání osobního asistenta

- nejprve se zlepšuje motorické funkce, později kognitivní a behaviorální

Příklad: Rehabilitace kognitivních fcí – program obsahuje trénink (procvičování) pozornosti, paměti (verbální i neverbální), logického myšlení, prostorové orientace - to má pak i vliv na další složky rehabilitace, protože pacient který se lépe soustředí, lépe přijímá informace a je schopen s nimi lépe pracovat čímž lépe zvládá např. úkoly fyzioterapie a ergoterapie

Psychoterapie: (u pacientů po poranění mozku)

- **pacient po poškození mozku má nejen poškozený mozek** (poruchy motoriky, fatických funkcí, myšlení, paměť, pozornost atd.) **ale projeví se to i v oblasti duševní** – poruchy emocí, sebehodnocení, schopnosti tvořit a realizovat plány, ve vztazích partnerských, v zaměstnání a jinde, vnímání a prožívání světa a celá jeho existence v něm

- **psychoterapie u těchto pacientů je nutná**

- **psychoterapeutické techniky se užívají stejně jako u somaticky zdravých lidí**, pokud tomu nebrání např. komunikační bariéra

- **jedním z témat je vyrovnávání se s handicapem**, ale nejen to - důraz kladen na soběstačnost, autonomii, zlepšení kvality života, zlepšení vztahů, řešení problémů prvotních, finančních, sociálních

- **většinou dlouhodobé vedení** (delší než u běžných psychoterapií)

- **též možná skupinová psychoterapie** (zlepšení sociálního fungování, vztahů, podpora) nebo forma svépomocných skupin či klubů

• **Závislosti na alkoholu a drogové závislosti nealkoholové**

- patří sem různé poruchy od nekomplikovaných intoxikací a škodlivého užívání po psychotické poruchy a demence
- společná vlastnost – užívání jedné nebo více psychoaktivních látek – **ICD-10 = F10-F19**

F 10 – Poruchy vyvolané požíváním alkoholu

- **časné známky** – alkohol v dechu, zhoršená pohybová souhra, ospalost, oslabení zábran, agrese
- **pozdní známky** – okénka, třes, pití netypických nápojů (Alpa, francovka), samotářské pití, ztráta přátel, úrazy, pády, tělesné nemoci

F 11 – Poruchy vyvolané opioidy

- opioid – opium, morfein, dolsin, heroin, kodein (methadon = náhradní látka)
- **jsou rychle návykové, velké riziko předávkování**, dávka se musí zvyšovat
- **časné známky**: tiché oblužení – myotické zornice, útlum
- **pozdní známky**: rozšířené zornice, husí kůže, zrychlený dech, tep, rýma, průjmy, neklid, nechutenství, krádeže financí z domácnosti; tělesné i duševní chátrání; vpichy, ale heroin se i „šňupe“ - inhaluje

F 12 – Kanabinoidy

- z konopí - marihuana, hašiš – větší účinek; pokud se marihuana se kouří – větší riziko rakoviny než tabák
- **časné známky:** pach potu po spálené trávě; únava; menší péče o zevnějšek; někdy úzkostné stavy
- **pozdní známky:** zhoršení paměti; menší obratnost; zpomalení životního rytmu; kolísání nálad; neplodnost u mužů; riziko poškození plodu u žen – zejména leukémie

F 13 – Sedativa, hypnotika

- nejnebezpečnější – Alnagon; Belaspon; Spasmoveralgin
- odvykací syndromy po této skupině – životu nebezpečné
- **časné známky:** zpomalená řeč, působí dojmem opilého, aniž by byl cítit alkohol; ospalost; poruchy myšlení; bolesti hlavy
- **pozdní známky:** roztřesenost; nechutenství; pocity pronásledování; zkažené zuby; závažné obtíže při vysazování

F 14 – Kokain

- „crack“ – vysoce koncentrovaný kokain s jedlou sodou + H₂O
- jedna z nejnebezpečnějších drog (šňupání, injekčně, kouření)
- při vysazení nejsou tělesné potíže, ale deprese a silná touha po droze
- **časné známky:** spánek ve dne, bdění v noci; chraplavý hlas; zvýšená citlivost na světlo; výtok z nosu
- **pozdní známky:** krvácení z nosu; bolesti v krku; křeče; pocity pronásledování; sklon k násilí, deprese, suicidální pokusy; psychotické stavy
- droga (nezvyšuje se dávka), ale frekvence

F 15 – Stimulancia

- kofein, pervitin, Fermetrazin
- dopink; halucinace, deprese po odeznění drog; pervitin nevyvolává tělesnou závislost
- **časné známky:** podrážděnost, podezíravost, deprese, úzkost, útlum po doznění účinku
- **pozdní známky:** nespavost, halucinace sluchové, pocity pronásledování, horečky, bolesti hlavy, větší náchylnost k nemocem; zvyšování dávek

F 16 – Halucinogeny

- LSD (= trip); psylocybin
- nevyvolává závislost tělesnou; největší riziko – nebezpečí toxické psychózy a při předávkování ireverzibilita poškození mozku
- **časné známky:** horší sebeovládání, snazší ovlivnitelnost, nebezpečí sobě i druhým
- **pozdní známky:** psychický návyk (halucinace nebo pocit pronásledování může přetrvávat i po odeznění drogy - flashback)

F 17 – Tabák

F 18 – Organická rozpouštědla

F 19 – Kombinace

- užívanou psychoaktivní látku můžeme určit na základě dat sdělených pacientem, objektivní analýzou moče, krve apod.; podle vzorků látky, které má pacient u sebe; informace od dalších osob; podle klinických příznaků; je vždy dobré pátrat po více zdrojích informací
- mnoho jedinců užívá více než jeden druh drogy

Různé stupně závislosti (rozlišujeme):

1. Akutní intoxikace

- přechodný stav po aplikaci alkoholu nebo jiné psychoaktivní látky:

- poruchy vědomí = jeho úrovně; poznávání, vnímání, emotivity, chování
- je silně závislá na výši dávky; je přechodná; účinek látky s časem zmizí, když se látka dále neužívá
- některé látky mají nepředvídatelný účinek (např. kanabis a halucinogeny)
- alkohol: menší dávky stimulují, vyšší – agitovanost a agrese, velmi vysoké dávky vedou k sedaci

2. Škodlivé užívání

- poškozuje zdraví, somatické postižení (např. hepatitida u intravenózní aplikace látek)
- duševní postižení – depresivní poruchy při běžném pití

3. Syndrom závislosti

- užívání nějaké látky má pro jedince mnohem větší přednost než jiné věci, kterých si dříve cenil = silná touha brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák
- potíže v kontrole užívání látky, zanedbávání jiných zájmů
- užívání látky přes jasný důkaz škodlivých následků (poškození jater, myšlení, depresivní stavy atd.)
- vyžadování vyšších dávek látky – aby se dosáhlo účinků původně vyvolaných nižšími dávkami

4. Odvykací stav

- při vysazení látky se dostaví různé symptomy; průběh odvykacího stavu závisí na typu látky
- mohou být přítomny křečové záchvaty; somatické příznaky různé (např. tremor, atd.); psychické: deprese, úzkost, poruchy spánku

5. Odvykací stav s deliriem

- odvykací stav komplikován deliriem
- delirium tremens u alkoholových závislostí = krátký, někdy život ohrožující stav zmatenosti s přidruženými somatickými poruchami; je po úplném nebo částečném vysazení alkoholu u silně závislých jedinců s dlouhým pitím v anamnéze
- prodromální příznaky – nespavost, ulekanost, strach, někdy křečové záchvaty
- triáda příznaků – 1, zostřené vědomí a zmatenost; 2, smyslové halucinace a iluze; 3, výrazný tremor (někdy i bludy, agitovanost, nespavost, porucha spánku)

6. Psychotická porucha

- během požití nebo po požití látky (např. pervitin způsobuje paranoidní psychózy) – halucinace, záměna osob, bludy nebo vztahovačnost, paranoidní a persekucní obsah
- psychomotorické poruchy – vzrušení nebo stupor; abnormní emoce (abnormní strach nebo extáze)
- porucha obvykle do 1 max. do 6 měsíců vymizí

7. Amnestický syndrom

- chronické zhoršení krátkodobé paměti (někdy i dlouhodobé); bezprostřední paměť zachována
- hlavně poruchy časového smyslu a řazení (= ekmnézie); alkoholová okénka – palimpsesty
- obecné kognitivní funkce nejsou narušeny (zahrnuje Korsakovou psychózu)

8. Reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem

změny kognitivních funkcí, emotivity, osobnosti, chování po dobu delší než předpokládá přímý intoxikační účinek látky

Psychoterapie u alkoholových a drogových závislostí:

Hlavní prostředek léčby je psychoterapie - **cílem je vytvoření náhledu na nezbytnost trvalé celoživotní abstinence a nastolení změn v osobnosti pacienta a jeho chování.**
Psychoterapeutický vztah – vhodný je laskavý, chápatelý **terapeut**, který ale vystupuje v **pozici důsledné autority**.

1. **posouzení stavu**
2. **práce s rodinou**
3. **kognitivně-behaviorální** - „vícestupňová obrana“; podmiňování a desenzibilizace ve fantazii – návykové zážitky spojovat s nepříjemnými pocity, vyhýbání se spouštěčům, apod.
4. **nový životní styl** – **režim** rozvrh dne, plánování příjemných aktivit, rozvoj bezpečných zájmů
5. **relaxace, jóga** - protipól stresu; nefarmakologicky zmírňuje úzkost a deprese
6. **sociální dovednosti** - trénink, poradenství (určité zpoždění v sociálních dovednostech)
7. **arteterapie**
8. **tělesné cvičení nebo práce** - také nefarmakologicky mírní úzkost a deprese, součást zdravého životního stylu
9. **individuální i skupinová terapie dle směrů a škol psychoterapie** - psaní životopisů, vedení deníků, apod.
10. **farmakoterapie** - (**antabus, antidepressiva...**)
11. **finance** - problémy u závislých – také řešit v rámci terapie (mohou být důvodem k suicidii)

Terapeutická komunita

Režimová terapie – umožňuje **sociální učení** = stanovuje určité meze a hranice = rámeček
Svépomocné skupiny – udržovací programy

Prevence

- **účinné není:** zastrašování, prosté informování a citové apely
- **účinné je:** nabízet lepší alternativy, preventivní programy (setkání s předem připraveným vrstevníkem – bývalým závislým)

- **Klinická psychologie v somatické nemocnici, psychosomatické aspekty**

Úkol psychologa v akutní somatické medicínské péči

- posoudit a zhodnotit současný psychický stav nemocného z hlediska jeho osoby a psychopatologie
- navrhnout typ intervence : psychiatrická, psychologická, sociální
- zvolit vhodný typ psychologické intervence - s ohledem na přirozenost pacienta (osobnost)
- pomoci lékaři zvládnout komunikační a vztahové problémy s daným pacientem a jeho rodinou
- podílet se na výzkumu
- podílet se na prevenci

Druhy psychologické intervence v akutní somatické medicínské péči

1.Konziliární vyšetření

- různé spektrum pacientů, různé spektrum požadavků a dotazů lékařů, vždy indikuje lékař, závěr konziliárního vyšetření vždy obsahuje odpověď na uvedenou problematiku, dotaz lékaře doporučení – jak ohledně pacienta jednat (vhodná medikace, psychoterapie, spolupráce s rodinou...)

2.Krizová intervence

- je vhodná tam, kde pacient vnímá svoji situaci jako naléhavou a neodkladnou a je ve stavu psychické tísně a nouze, kterou není schopen řešit vlastními silami a z vlastních zdrojů, podporuje účelné řešení ohraničeného problému v krátkodobých ohraničených cílech, motivuje pacienta k další psychoterapii

3.Cílené vyšetření

- vyšetření není komplexní, je zaměřeno na určitou oblast – spolupráce, komunikace, agrese, kognitivní schopnosti, volní vlastnosti, samostatnost, odpovědnost, depresivita, úzkostnost, motivace, psychopatologie, prognóza, předpoklad spolupráce s lékařem, rodinou, partnerem do budoucna, vývoj vztahu pacienta k nemoci, k sobě sama

4.Psychoterapie

- podpůrná psychotherapeutická intervence, orientovaná na aktuální problémy, symptomatická, časově nenáročná, integrativní, náhledová, edukativní, kauzální, skupinová komunikace s ostatními pacienty a psychologem, krizová psychologická intervence, počátek individuální systematické psychoterapie

- vyslechnout, respektovat míru otevřenosti, respektovat témata, podporovat, nenásilně nabízet možnosti, nezbavovat pacienta funkčních obranných mechanismů, nesmí dojít k emoční dekompenzaci

- společné znaky psychoterapie – terapeutický vztah, prostředí, výklady, které zahrnují ucelené pojetí nemoci a jeho života

- primární je nosný terapeutický vztah, pozitivní podporování a provázení, sekundární je odkrývající práce a pochopení, propracování témat

Cíle psychoterapie v akutní somatické medicínské péči

- redukce úzkosti, pocitů méněcennosti, posílení sebevědomí

- podpora aktivního přístupu k terapii, eliminace tendencí k rezignaci

- motivace léčit se a spolupracovat se zdravotníky

- akceptace sebe sama (invalidizovaní pacienti)

- pomoc při řešení sociálních problémů

- příprava na zapojení do sociálního života

- redukce fyzických symptomů

- motivace k systematické psychoterapii po propuštění

Alternativní medicína

Po stanovení diagnózy se asi 1/3 pacientů obrací na léčitele, většinou jde o pacienty, kteří trpěli větším psychickým stresem a měli horší kvalitu života, než ostatní, pociťují své problémy jako vážné a mají dojem, že oficiální medicína jim nevěnuje dost pozornosti.

Některá pevná pravidla přístupu k pacientům

Všichni členové ošetřujícího týmu podávají pacientovi stejné informace.

Každý člen terapeutického týmu sděluje jen ty informace, ke kterým je skutečně kompetentní.
Brát vždy v potaz obranné mechanismy pacienta – popření, vytěsnění
Nenabízet iluze, ale vždy určitou naději a útěchu.

Typy psychologické intervence v akutní somatické medicínské péči

V iniciálním stádiu somatického onemocnění

V průběhu somatické léčby

Po ukončení somatické léčby

Somatické onemocnění jako trauma, klasifikace ICD - 10

Sdělení , potvrzení diagnózy, neúměrné nároky na duševní kapacitu, narušení duševní rovnováhy, selhání adaptačních mechanismů, rozvoj psychofyziologické reakce.

Reakce na závažný stres F 43, akutní reakce na stres F 43.0, posttraumatická stresová porucha F 43.1, poruchy přizpůsobení F 43.2.

Afektivní poruchy – syndrom deprese, syndrom úzkosti.

Psychologické fáze prožívání závažného onemocnění. Systémové pojetí závažného somatického onemocnění jednotlivce – krize jednotlivce, krize systému a její možné uchopení v terapii.

Psychosomatické aspekty - v etiologii onemocnění, v ovlivnění průběhu onemocnění a v průběhu adaptace v době rekonvalescence, vyrovnání s trvalými následky nebo s chronickým průběhem onemocnění.

Spolupráce klinického psychologa s lékaři a ošetřujícím personálem

Transakční analýza, aliance lékař – pacient, lékař – klinický psycholog, spolupráce celého týmu – navazování kontaktu v terapii, terapeutický kontrakt lékaře s pacientem, **pravidla správně vedené komunikace.**

Psychosomatické aspekty :

Psychosomatické poruchy

- nepřesně ohraničená skupina onemocnění nebo poruch – na každém onemocnění se podílí vlivy somatické – organické (včetně heredity, vulnerability různých systémů) i psychické a sociální (v různé míře).
- každé onemocnění je v širším smyslu slova psychosomatické / i chřipka i neuróza/
- ze základních klasifikačních systémů proto jako kategorie vypuštěny
- užší vymezení – tzv. psychosomatické poruchy nebo onemocnění (v klasickém starším pojetí) – uměle vyčleněná skupina: tělesná onemocnění s definovaným poškozením funkce, případně i struktury orgánu nebo systému, v jejichž etiologii a patogenezi hrála významnou (rozhodující) roli interakce vlivů organických a psychosociálních.

Vývoj psychosomatického přístupu

Teorie (od 40.let 20.stol)

Koncepce stresu – Cannon, Selye 1950

- předpokládá nespecifickou adaptační (stresovou) reakci organismu – v ohrožení je mobilizována příprava na boj nebo útěk, který však není realizován (kultura) – opakovaná excitace která není využita vede k déleodobým metabolickým změnám, které se mohou projevit poruchou v nezranitelnějším místě organismu (= místo nejmenšího odporu).

Teorie životních událostí

- specifikuje významné typy zátěže a snaží se je měřit, odlišuje faktory potencující stres od faktorů protektivních (např. sociální opora, nezdolnost)

Psychoanalytické a hlubinné teorie – F. Alexander 1948

- předpokládají ranně (kdy se fyziologické reakční vzorce propojují s emoční reaktivitou) založenou patologii osobnosti – osobnostní vývojově podmíněné odchylky predisponují k vzniku specifických intrapsychických konfliktů (většinou nevědomých)
- konflikt vzbuzuje úzkost a rozvoj konkrétního psychosomatického onemocnění je maladaptivním pokusem o jeho zvládnutí (např. Astma – konflikt silnou závislostí a strachem z odmítnutí - dítě ze strachu ze ztráty lásky není schopné své potřeby vyjádřit, potlačuje pláč a volání po matce – čili dýchání)
- předpokládána je však i biologická zranitelnost organismu
- na rozdíl od konverzních poruch nemusí mít psychosomatický symptom symbolický význam

Kortikoviscerální koncepce (rusové Bykov, Kurcin 1955)

- vývoj PS poruchy vysvětlují vztahy mezi vyšší nervovou činností a somatickými či vegetativními funkcemi. Dlouhodobé působení negativních emocí vede k přetrvávání patologického podráždění v mozkové kůře a následnému útlumu - korové změny se přenáší do podkoří a vedou k narušení vegetativních funkcí

Koncepce alexithymie – Nemiah, Sifnes 1970

- k PS chorobám jsou disponovaní lidé, kteří mají obtíže uvědomovat si, popsat a zpracovat vlastní emoční prožitky (vědomě). U dítěte pak může být onemocnění způsob jak sděluje své negativní pocity a prožitky, které si nedokáže uvědomit a vyjádřit přímo.

Navyklý způsob chování – Friedman, Roseman 1959

- navyklý způsob chování zatěžuje specificky organismus a je jednou z příčin rozvoje některých PS poruch
- chování **typu A**: nadměrná soutěživost, průbojnost, hostilita, zrychlení, pocit nedostatku času - náchylnost ke kardiovaskulárním onemocněním (hypertenze, ischemická choroba srdeční)
- chování **typu C**: potlačují negativní emoce zejména hněv, vyhýbají se konfliktům - onkologická onemocnění

Teorie učení

- fyziologické reakce a poruchy mohou být naučeny, a jsou udržovány výhodami a úlevami, které nemoc přináší. Může být osvojena pozorováním, ale i podmiňována v konkrétní situaci. Např. v rodině: dítě má virózu, bolí ho hlava, což vyvolá pozornost rodičů, péči, která však symptom podporuje – často v rodinách, kde se jinak dětem příliš nevěnují, ve výkonově orientovaných. Protože dítě neumí jinak získat pozornost, symptom přetrvává.

Rodinné směry

- zdůrazňují komunikační význam tělesných symptomů a popisují také specifické typy rodin u jejichž členů se rozvíjí PS onemocnění
- **Minuchin – psychosomatické rodiny – 2 typy: 1) propletené vztahy**, splývají identit a rolí, nejsou odděleny jasně city a potřeby členů, každý mluví za každého, hyperprotektivita vůči všem členům. Jde o uzavřené, nepružné rodiny, brání se změnám, nejsou schopny řešit konflikty a u nichž chybí nezávislost, pocity nejsou vyjadřovány. Typicky skrytý manželský konflikt – dítě onemocní ve chvíli kdy hrozí jeho otevření a zůstává tak neřešen, pozornost je věnována péči o nemocného. Konflikt tedy nemizí a stres přetrvává (typicky astma, anorexie) **2) chaotické, dezorganizované, s častými konflikty, chybí pocit bezpečí a jistoty, chybí vzájemnost**.
- Někdy jde o problém **přechodu rodiny do nové vývojové fáze** (např. odpoutání dítěte od rodičů v dospívání) – pokud není rodič připraven, může rozvoj nemoci u dítětepomoci k zachování dosavadního stádia (Např. matka potřebuje mít dítě v závislé pozici a nemoc jej v této pozici udržuje, při pokusu dítěte o větší samostatnost dochází k narušení rovnováhy a znovuoobjevení symptomu).

Psychoneuroimunologie

- zkoumá vztahy mezi mírou zátěže a dalšími psychologickými faktory a změnami imunitního systému. Akutní stres vede obecně k vzestupu imunity, ale chronický stres naopak k jejímu poklesu. (Lépe je zvládnán stres předpověditelný a vnímaný jako zvladatelný než prožívaný jako nekontrolovatelný).

Etiologicky významné faktory

- **orgán a organismus** (imunita, alergie apod.)
- **psychika** (struktura osobnosti, zejména ovládnání a vyjadřování emocí, učení
- **sociální** (rodina, širší prostředí – škola, zaměstnání)

Pojetí v ICD -10 (MKN-10)

- **užší pojetí:** dg. **F 54** + somatická onemocnění („psychické a behaviorální faktory spojené s poruchami a nemocemi klasifikovanými jinde – zejména astma, ekzém, vředové choroby, hypertenze, migréna, únavový syndrom
- **širší pojetí** – poruchy, u nichž dochází k změnám funkce vnitřních orgánů či fyziologických systémů nepodléhajících volní kontrole, psychofyziologický mechanismus vzniku je předpokládán, ale (oproti poruchám předchozí skupiny) není jasně určen: **somatizační porucha F 45.0** – mnohočetné proměnlivé symptomy), somatoformní vegetativní dysfunkce (**F 45.3** – např. „psychogenní kašel“, „dráždivý tračník“) a některé případy „psychogenní bolesti“ (př. bolesti v zádech, hlavy – např.

poúrazové nebo postinfekční, břicha aj. – odlišení od „psychogenní bolesti“ v užším slova smyslu obtížné, u „psychosomatické je zřejmý psychofyziologický podklad). Dále „zpracování somatických symptomů z psychických důvodů (F 68.0)

Ne - psychosomatický charakter:

- **hypochondrie** (strach z nemoci, pacient hledá ujištění, F 45.2)
- **konverze** (disociativní poruchy se somatickou manifestací – symptom je pokusem o řešení vnitřního konfliktu, symbolické vyjádření emocí „řečí těla“. Klinický obraz – symptom často nerespektuje fyziologické a anatomické zákonitosti; zejména poruchy motoriky a citlivosti (v MNK jen tyto, tj. obrny, slepota aj... křeče F 44.7), ale někdy i bolest a další tělesné příznaky mají tento charakter).

Diferenciální dg:

- **důležité pro následnou péči** (somatická péče s psychoterapií x jen psychoterapie)
- **vyločení somatické příčiny**
- **úzkostné poruchy** – zde také tělesné příznaky
- **deprese** – zejména maskovaná – **larvovaná deprese**
- **psychické poruchy se somatickou manifestací** (konverzní) – symptom nerespektuje základní anatomické a fyziologické zákonitosti, mívá symbolický význam, je pokusem o vyřešení konfliktu
- **hypochondrie** – pacient zde hledá ujištění že je zdrav, dominuje strach z nemoci, běžným tělesným projevům připisuje chorobný význam x u psychosomatických či somatizačních poruch chce pacient léčbu!
- **somatizační porucha** – chronický problém, trvá dlouho, proměnlivé tělesné obtíže, odmítání psychogenního podílu
- simulace a agravace
- **předstírané poruchy** – cílem je získat pozornost a péči či obdiv, může být spojena se sebepoškozováním, pacienti jsou ochotni podstoupit i bolestivá vyšetření

Psychoterapie na úrovni:

1. orgán a organismus

- psychofyziologické zasahování (sugesce, hypnóza, podmiňování, nácvik těl. funkcí) autoregulace – aktivní – Jakobson, AT, Biofeedback, hypnóza + sugesce nevydrží dlouho účinky, pokud se nepodporí jinak

2. na osobnost a následně i organizmus

- mají vliv emocionální, dynamické a kognitivně-behaviorální terapie

3. osobnost a rodina

- psychoterapie skupinová, rodinná; terapeutické postupy směřují k přerušení bludných kruhů