

UNIVERZITA J. E. PURKYNĚ V ÚSTÍ NAD LABEM

Pedagogická fakulta

DUŠEVNÍ A BEHAVIORÁLNÍ PORUCHY

PhDr. Martin Dlabal, Ph.D.

Pedagogická fakulta Univerzity J. E. Purkyně v Ústí nad Labem

Katedra psychologie

Duševní a behaviorální poruchy

Martin Dlabal

Ústí nad Labem 2013



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání
pro konkurenceschopnost

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

UNIVERZITA JANA EVANGELISTY PURKYNĚ

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Duševní a behaviorální poruchy

© PhDr. Martin Dlabal, Ph.D.

© Ing. Michal Pokorný

Recenzovali: PhDr. Olga Shivairová, Ph.D.
PhDr. Jiří Závora, Ph.D.

ISBN

Skripta vznikla v rámci projektu: „Zkvalitňování podmínek pro vzdělávání učitelů na Pedagogické fakultě Univerzity Jana Evangelisty Purkyně v Ústí n. L. v kombinované formě studia“ č.CZ.1.07/2.2.00/18.0020

Poděkování...

... Ing. Michalovi Pokornému za vytvoření původních ilustrací a technickou pomoc při tvorbě skript.

Abstrakt:

Text se zabývá duševními a behaviorálními poruchami a jejich tříděním dle Mezinárodní klasifikace nemocí. Konkrétně se zaměřuje na duševní a behaviorální poruchy u dospělých, a to na organické duševní poruchy, duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek, schizofrenie a poruchy s bludy, poruchy nálady, neurotické a stresové poruchy, syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory a poruchy osobnosti a chování u dospělých.

Abstract:

The text deals with mental and behavioural disorders and their classification according to the International Classification of Diseases. It mainly focuses on mental and behavioural disorders in adults: organic mental disorders, mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use, schizophrenia and delusional disorders, mood disorders, neurotic and stress-related disorders, behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors, disorders of adult personality and behaviour.

Obsah

Úvod	7
Duševní zdraví.....	8
Nemoci a jejich klasifikace.....	11
Organické duševní poruchy včetně symptomatických (F00-F09)	15
Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním psychoaktivních látek (F10-F19)...	20
Schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy (F20-F29)	27
Poruchy nálady (F30-39).....	33
Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy (F40-49).....	41
Syndromy poruch chování spojené s fyziologickými a somatickými faktory (F50-F59).....	50
Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60-F69)	57
Otázky a úkoly	65
Slovník	66
Literatura	69

ÚVOD

Tématem textu je popis jednotlivých duševních poruch a jejich třídění podle principů lékařské klasifikace.

Cílem je seznámit studenty pedagogiky a ostatních pomáhajících profesí se základní lékařskou terminologií a klasifikací duševních poruch. Získané informace rozšíří čtenáři přehled v oblasti psychopatologie a dále usnadní mezioborovou komunikaci a spolupráci s odborníky z lékařského prostředí.

Text byl koncipován na základě desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Většina nosologických jednotek, resp. duševních poruch je řazena a kódována podle MKN-10 a některé popisy a definice jsou z této klasifikace použity. Považuji to za vhodné z hlediska metodického i didaktického.

DUŠEVNÍ ZDRAVÍ



Předtím než bude probrána problematika duševních nemocí, je nezbytné alespoň stručně charakterizovat pojem „zdraví“.

Termín zdraví původně označoval v latině a v některých dalších indoevropských jazycích „celek“. Z tohoto pohledu lze pojímat zdraví jako určitý celek, který zahrnuje integraci organických systémů, organismu jako celku a okolního, resp. sociálního prostředí.

Patrně nejpoužívanější definice zdraví pochází od světové zdravotnické organizace (SZO) z roku 1946, která zdraví vymezuje jako „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody“. V této definici je však zdraví chápáno jako určitý ideální stav, jež mnozí jedinci úplně nedosahují a mohou tak být klasifikováni jako nemocní. Novější definice od SZO možná i proto vymezuje zdraví jako „relativně optimální stav tělesné, duševní a sociální pohody při zachování všech životních funkcí, společenských rolí a schopností organismu přizpůsobovat se měnícím se podmínkám prostředí“ (Koukola, 1999).

Poslední dobou se posouvá chápání zdraví od cíle sama o sobě k nazírání na zdraví jako na prostředek k realizaci určitého cíle. R. Williams (1983) např. považuje zdraví za určitý druh síly, která jedinci pomáhá zdolávat různé těžkosti nebo zvítězit nad nemocí, která jedince aktuálně ohrožuje.

Většina autorů při definici pojmu zdraví předpokládá neoddělitelnost tělesného a duševního zdraví. Z hlediska toto textu je však nezbytné uvést i popis a členění duševního zdraví jako relativně vymezené entity.

Termín duševní (nebo také psychický) se odvozuje od řeckého slova psýché – duše, které původně označovalo dech, resp. princip života. V současné době se adjektiva duševní a psychický obvykle vztahují k popisu psychických procesů, stavů a vlastností, které se projevují v jednání člověka.

L. Míček (1984) uvádí, že existují dvě základní pojetí duševního zdraví:

1. Užší pojetí zdraví ztotožňuje s nepřítomností příznaků nemoci, nerovnováhy a poruch adaptace.

Tento přístup v návaznosti na medicínu respektuje fyziologické základy zdraví, čímž usnadňuje relativně přesné měření odchylky od normality.

2. Širší pojetí charakterizuje zdravého jedince především na základě jeho způsobilosti adaptace, která je založená schopnosti sebepoznání a autoregulace.

Tato koncepce klade důraz na charakterizování nebo popis projevů optimálního fungování a přizpůsobování se jedince svému životnímu prostředí. Míček do tohoto pojetí zařazuje vymezení českého lékaře J. Prokúpa, který chápe duševní zdraví jako stav, kdy všechny duševní pochody probíhají optimálním způsobem, harmonicky, umožňují správně odrážet zevní realitu, přiměřeně a pohotově reagovat na všechny podněty a řešit nenadále úkoly, stále se zdokonalovat a mít uspokojení ze své činnosti.

Podrobnější charakteristiky kritérií duševního zdraví navrhuje M. Jahodová (1958).

- postoj vůči sobě samému (tj. realistické uvědomování si své minulosti a své přítomnosti s tím, co jsem a co dělám, i budoucnosti s tím, co budu dělat a čeho jsem schopen);
- růst, vývoj a sebeuskutečňování;
- integrace (celistvost osobnosti);
- autonomie, nezávislost a sebeurčení (člověk je ve svém jednání schopen řídit se vlastními vnitřními měřítky, ovládat se, kontrolovat vlastní konání a rozhodovat se pro správné chování);

- adekvátnost percepce reality (jedinec vidí svět reálně, objektivně a nezávisle na vlastích přáních a bázních a má náležitou schopnost empatie vůči stavům druhého člověka);
- zvládnutí svého prostředí (schopnost mít rád, adekvátnost v interpersonálních vztazích, zvládání situací vznikajících v prostředí a jejich řešení podle přijatých cílů;
- schopnost přizpůsobovat se.

NEMOCE A JEJICH KLASIFIKACE



Podobně jako u zdraví i v terminologii patologických stavů, které jsou v protikladu se stavem zdraví, bývá mezi autory zjevná nejednotnost.

J. Křivohlavý (2002) např. charakterizuje nemoc jako subjektivní poznání jedince, že něco není v pořádku. P. Zvolský (1996) naopak uvádí definici nemoci z objektivního pohledu, a to jako syndromu se známou příčinou, průběhem a se známým patofyziologickým mechanismem. Světová zdravotní organizace (SZO) definuje nemoc jako souhrn reakcí organismu na poruchu rovnováhy mezi ním a prostředím.

Patrně kvůli této nejednotnosti používá mezinárodní klasifikace nemocí sjednocující pojem porucha. Tento termín a ostatní pojmy používané v nejnovější desáté revizi mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) budou nyní v hierarchickém pořadí charakterizovány (Zvolský, 1996).

- příznak (symptom) reprezentuje subjektivní manifestaci patologického stavu, např. strach u fobické poruchy
- znak označuje objektivní manifestaci patologického stavu, např. katatonní pohyby
- dysfunkce označuje narušenou nebo abnormální funkci (může být znakem nebo příznakem)

- syndrom představuje skupinu znaků a příznaků, které se vyskytují společně v rozpoznatelných projevech, např. organický mozkový syndrom
- epizoda označuje výskyt určitého syndromu v definovaném čase, např. depresivní epizoda
- porucha se podobá se syndromu, ale je s větší určitostí vydělitelná od ostatních stavů a je pravděpodobné, že by mohla reprezentovat nemoc
- nemoc označuje syndrom se známou příčinou, průběhem nebo známým patofyziologickým mechanismem
- nosologická jednotka je lékařsky uznaná nemoc nebo porucha, kterou lze zařadit do příslušné klasifikace nemocí

Určení konečné nosologické jednotky je výsledkem diagnostického procesu, během něhož se zachycují a identifikují znaky a příznaky, jež se u zdravých jedinců nevyskytují (halucinace, bludy, atd.) nebo neodpovídají premorbidní osobnosti diagnostikovaného jedince. Předpokládá se, že určení nosologické jednotky umožní odborníkovi stanovit prognózu o dalším průběhu „známé“ nemoci a vypracovat optimální terapeutický postup. Tento předpoklad je však založen na tom, že známe přesnou příčinu nebo patologický mechanismus dané nosologické jednotky.

Vývoj názorů na duševní nemoci a jejich klasifikace

V dávnověku si lidé vysvětlovali nemoci zásahem nadpřirozených sil, magie nebo duchů a k léčení využívali různá zařikávání a rituály.

V antice bylo nazírání na nemoci ovlivněno lékaři, kteří usuzovali, že duševní nemoci jsou způsobeny poškozením mozku nebo narušením rovnováhy v jiných částech těla. Hippokrates např. vysvětloval povahu každého jedince poměrem a mísením čtyř základních tělesných šťáv. Všechny duševní nemoci byly pak podle něj způsobeny zaplavením mozku některou z těchto šťáv.

V průběhu středověku v důsledku tehdejších církevních názorů, byli duševně nemocní opět do určité míry démonizováni. V některých obdobích byli dokonce „posedlí“ stíháni a trestáni.

V období humanismu a renesance se postupně opouští od démonizace duševně nemocných a přechází se k „objektivnímu“ popisu zevních projevů nemocného. Z pohledu psychiatrie se mluví o tzv. první psychiatrické revoluci.

Psychiatrie jako samostatná lékařská disciplína se profiluje v 18. století. V této době je snaha o vytvoření klasifikace duševních nemocí na základě symptomatiky a jen v některých

ojedinělých případech i podle předpokládané etiologie. Postupně dochází k humanizaci péče o duševně nemocné, tzv. druhé psychiatrické revoluci.

Ve 20. století se objevují psychologické modely vzniku a rozvoje duševních poruch (psychoanalýza, psychodynamický přístup, behaviorismus a humanismus), které do určité míry snižují dominanci organického modelu duševních poruch. V důsledku těchto modelů se zvýrazňuje snaha o vytvoření klasifikací duševních poruch na základě etiopatogenetického pojetí, ale také zdůrazňování nezařaditelnosti jedinečné osobnosti.

Současná lékařská klasifikace nemocí

Současná lékařská klasifikace vychází především z popisu symptomatiky jednotlivých nemocí. Vzhledem k různým etiopatogenetickým hypotézám a multifaktoriální etiologii, zejména duševních poruch je totiž obtížné vymezit jejich přesnou příčinu a mechanismus rozvoje onemocnění. Každá porucha je proto vymezena přítomností určitého počtu diagnostických kritérií, eventuálně jejich nepřítomností. Pro úplnost je třeba dodat, že obtíže se objevují i u zařazování poruch podle symptomatologie, poněvadž v průběhu poruchy se mohou vystřídat různé stavy, ve kterých se seskupení příznaků může měnit.

Aktuální klasifikace duševních poruch je zahrnuta v desáté revizi mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Duševní porucha je zde všeobecně charakterizována jako významný psychický nebo behaviorální syndrom, který je spojen s nepříjemnými pocity nebo narušením funkce alespoň v jedné z důležitých životních oblastí, nebo podstatně zvyšuje riziko úmrtí, způsobuje bolest nebo vede ke ztrátě svobody (Zvolský, 1996).

Jednotlivé duševní a behaviorální poruchy jsou v MKN-10 řazeny do obecnějších kategorií většinou podle společných hlavních znaků a příznaků a jen v menšině případů jsou zařazovány podle znalosti specifické etiologie.

MKN-10 dělí duševní a behaviorální poruchy do deseti skupin (F0-F9), kdy písmeno F označuje duševní poruchy. Další číslicové znaky poruchy dále člení do specifičtějších oddílů, a to do hlavních skupin, diagnostických kategorií a jejich druhů. Například kód F40.1 označuje: 4 – neurotické poruchy, 0 – fobické úzkostné poruchy, 1 – sociální fobie.

V tomto textu budou probrány kategorie (F0-F6), které se týkají problematiky dospělých bez specificky dětské psychopatologie.

MKN-10 je víceosý klasifikační systém a kromě určení klinické diagnózy umožňuje i vyjádření se k míře závažnosti postižení a také vyjádření se k souvisejícím faktorům.

Vyjádření míry postižení se pohybuje na škále od nuly do pěti (0 – bez postižení, 1 – minimální postižení, 2 – zřetelné postižení, 3 – podstatné postižení, 4 – závažné postižení, 5 – těžké postižení) a týká se schopnosti jedince pečovat o sebe sama a fungovat v práci, doma a v širším sociálním kontextu.

Mezi působící faktory patří všechny osobní (životní styl, uspořádání života) nebo sociální (úmrtí blízkého) faktory, které se významně podílejí na vzniku, projevech a průběhu poruchy.

ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY VČETNĚ SYMPTOMATICKÝCH (F00-F09)



Organické duševní poruchy tvoří rozsáhlou skupinu poruch, u kterých může být jednoznačně prokázána organická etiologie vedoucí k mozkové dysfunkci.

Dysfunkce se dělí na primární a sekundární. O primární dysfunkci lze mluvit tehdy, jestliže působící onemocnění, úraz nebo jiné poškození mozku postihuje výhradně mozek. O sekundární dysfunkci hovoříme, jestliže postižení mozku vyplývá z onemocnění, které zasahuje mozek pouze jako jeden z mnoha orgánů.

Obvyklé příčiny organických duševních poruch jsou degenerativní a atrofické procesy CNS (centrální nervové soustavy), traumatická poškození mozku, vaskulární postižení, infekce a metabolické vlivy.

Seskupení psychických dysfunkcí, které souvisí s narušenou funkcí mozku, se obvykle označuje jako tzv. organický psychosyndrom. Tento termín zahrnuje zpomalené psychické tempo, poruchu vstřípivosti a vybavování vzpomínek, sníženou schopnost úsudku a plánování a narušení emoční kontroly a sebeřízení. Mozkové dysfunkce však souhrnně ovlivňují všechny psychické funkce.

Organické duševní poruchy se dělí na různé typy demencí, amnestický syndrom, delirium a poruchy osobnosti a chování způsobené poškozením CNS.

Demence

Demence se vyznačuje postupným úbytkem kognitivních funkcí, který nastal po druhém roku věku.

Nejnápadnějším projevem poruchy je zhoršení paměti, a to obzvláště schopnosti učit se nové informace. Vybavování starších informací bývá u lehčích forem onemocnění dlouhou dobu neporušeno. Dále dochází ke zhoršení schopnosti úsudku a schopnosti účelně plánovat, organizovat a vypořádat se s běžnými každodenními záležitostmi. Dochází také ke snížení sebekontroly, které se projevuje především v emoční nestabilitě a v obhroublém nebo odbrzděném sociálním chování. Postižení jedinci postupně ztrácejí schopnost pečovat o sebe sama a jsou odkázáni na péči svého okolí.

Demence se dále člení podle své etiologie na demenci u Alzheimerovy choroby, vaskulární demenci a demenci u chorob klasifikovaných jinde.

Demence u Alzheimerovy choroby (F00)

Alzheimerova choroba je primárním degenerativním onemocněním mozku neznámé etiologie s příznačnými neuropatologickými a neurochemickými rysy. Jedná se o nejrozšířenější typ demence u osob ve věku nad 60 let, který se dále člení na demenci u Alzheimerovy choroby časným začátkem a demenci u Alzheimerovy choroby s pozdním začátkem.

Demence u Alzheimerovy choroby s časným začátkem (F00.0)

Tento typ demence začíná ve věku nižším než 65 let a má relativně rychle se zhoršující průběh (1 - 2 roky). Ke zhoršené paměti se navíc přidružují poruchy korových funkcí, např. afázie, agnozie, apraxie.

Demence u Alzheimerovy choroby s pozdním začátkem (F00.1)

Na rozdíl od demence u Alzheimerovy choroby s časným začátkem tento typ poruchy začíná ve věku vyšším než 65 let a má pozvolný průběh (3 a více let). Tento typ demence má hlavní příznak poruchu paměti, která je výraznější než deficit ostatních kognitivních funkcí.

Vaskulární demence (F01)

Vaskulární (dříve arteriosklerotická) demence je vyvolána mozkovými infarkty, které jsou způsobeny cévním onemocněním. Postižení kognitivních funkcí je nerovnoměrně rozloženo v závislosti na oblastech mozku, které byly zasaženy. Zatímco paměť může být výrazně postižena, ostatní kognitivní funkce jako zpracování informací a myšlení mohou být relativně zachovány.

Mozkové příhody jsou obvykle malé, ale jejich důsledky se sčítají. Onemocnění na rozdíl od demence u Alzheimerovy choroby má obvykle náhlý začátek.

Tato skupina zahrnuje především vaskulární demenci s akutním začátkem a multiinfarktovou demenci.

Vaskulární demence s akutním začátkem (F01.0)

Tento typ vaskulární demence se vyvíjí obvykle během jednoho až tří měsíců, a to po několika mozkových příhodách nebo vzácně po jediné rozsáhlé mozkové příhodě.

Multiinfarktová demence (F01.1)

Multiinfarktová demence se vyvíjí relativně pomaleji, a to během tří až šesti měsíců a následuje po mnoha malých ischemických epizodách.

Demence u jiných nemocí zařazených jinde (F02)

Tato kategorie zahrnuje případy demence, které jsou způsobeny jinou příčinou (nemocí) než Alzheimerovou nebo vaskulární nemocí.

Patří sem demence u Pickovy choroby (F02.0), demence u Creutzfeldtovy-Jakobovy choroby (F02.1), demence u Huntigovy choroby (F02.2), demence u Parkinsonovy choroby (F02.3), demence u infekce HIV (F02.4) a dále různé demence, které jsou způsobeny jiným známým somatickým onemocněním.

Organický amnestický syndrom, který nebyl vyvolán alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami (F04)

Amnestický syndrom je charakteristický nápadným zhoršením paměti, především schopnosti uchovat v paměti nové poznatky, kterým jedinec přestane věnovat bezprostřední pozornost. Snížená schopnost uchovat nové poznatky, resp. učit se vede k časové dezorientaci a způsobuje významné zhoršení výkonu v každodenních činnostech. Postižený jedinec často zaplňuje mezery v paměti konfabulacemi, tj. líčením neskutečných událostí. Ostatní kognitivní funkce jako vnímání a myšlení jsou zachovány.

Prognóza závisí na příčině poruchy. Většinou dochází k částečné úpravě, např. je-li amnestický syndrom způsoben encefalitidou nebo po otravě kyslíčnickem uhelnatým.

Delirium, které nebylo vyvolané alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami (F05)

Delirium je charakterizováno především poruchou vědomí (tj. snížená schopnost uvědomování si okolí) a dále poruchami pozornosti, vnímání (halucinace), krátkodobé paměti a orientace v čase a místě. Dalšími příznaky jsou nepředvídatelné přechody z hypoaktivity do hyperaktivity, poruchy spánku (narušení spánku nebo cyklu spánek-bdění) a úzkostné ladění. Deliriózní stav je přechodný a trvá od několika hodin až po několik dnů. Průběh a intenzita v čase jsou výrazně proměnlivé.

Delirium se může rozvinout po předchozím poranění mozku nebo při upadání do kómatu, resp. probouzení z kómatu.

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

Do této kategorie lze zařadit různé jiné organické duševní syndromy, než je demence, amnestický syndrom a delirium, které jsou způsobené některou z dysfunkcí mozku.

Po odeznění nebo zlepšení předpokládané příčiny poruchy se zřetelnělepší nebo odezní i duševní porucha.

Patří sem organická halucinóza (F06.0), organická katatonní porucha (F06.1), organický syndrom s bludy (F06.2), organické poruchy nálady (F06.3), organická úzkostná porucha (F06.4), organická disociační porucha (F06.5), organická emočně labilní porucha (F06.6) a mírná kognitivní porucha (F06.7).

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

Tato skupina zahrnuje poruchy osobnosti a chování, které jsou způsobeny onemocněním, poškozením nebo dysfunkcí mozku. Změna osobnosti a/nebo chování může následovat nebo paralelně doprovázet onemocnění, poškození nebo dysfunkci mozku.

Pro určení diagnózy musí být zřetelné změny přítomny po delší dobu než 6 měsíců. Abnormality se věkem mohou zvyrazňovat.

Organická porucha osobnosti (F07.0)

Organická porucha osobnosti je charakterizována zjevnou změnou premorbidních vzorců chování, kognitivním deficitem, abnormálním vyjadřováním emocí (nekontrolované, nestálé) a uvolněným vyjadřováním potřeb a impulzů bez ohledu na sociální konvence. Postižený jedinec má nevhodné sexuální návrhy nebo je lhostejný k osobní hygieně.

Postencefalický syndrom (F07.1)

Postencefalický syndrom se vyznačuje nespecifickou a kolísavou změnou vzorců chování po prodělané virové nebo bakteriální encefalitidě. Příznaky mohou zahrnovat únavu, obtíže s učením, narušením schématu spánku-bdění. Postižený jedinec trpí navíc některou z neurologických dysfunkcí jako obrna, hluchota, afázie nebo apraxie.

Na rozdíl od většiny ostatních organických poruch, jsou změny reverzibilní.

Postkomoční syndrom (F07.2).

Tento syndrom se objevuje po úrazu hlavy, při kterém došlo ke ztrátě vědomí a zahrnuje řadu rozmanitých příznaků jako bolest hlavy, únavu, podrážděnost, nekoncentrovanost, poruchu paměti, nespavost, sníženou toleranci ke stresu.

DUŠEVNÍ PORUCHY A PORUCHY CHOVÁNÍ VYVOLANÉ UŽÍVÁNÍM PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK (F10-F19)



Tato kategorie obsahuje množství poruch v různých klinických formách, které vznikly jako důsledek užívání jedné nebo více psychoaktivních látek. Psychoaktivní látka je jakákoliv substance, která ovlivňuje psychický stav uživatele. Po užití takové látky se mění způsob, jakým jedinec vnímá, interpretuje a emočně prožívá svět i sám sebe.

V případě, že se na psychoaktivní látku vytváří závislost, lze mluvit o návykové látce.

Lékařská klasifikace řadí mezi specifické psychoaktivní látky alkohol, opioidy, kanabinoidy, sedativa nebo hypnotika, kokain, jiná stimulantia (včetně kofeinu), halucinogeny, tabák a inhalační látky.

Klinické stavy, které se mohou po užití psychoaktivních látek vyskytnout, zahrnují akutní intoxikaci, nebezpečné užívání, syndrom závislosti, odvykací stav s deliriem, psychotickou poruchu a amnestický syndrom.

Účinek jakékoli psychoaktivní látky se u jednotlivých osob různí podle množství užití substance a premorbidních charakteristik osobnosti.

Klinické stavy spojené s psychoaktivními látkami

Akutní intoxikace F1x.0

Přechodný stav po prokázaném užití psychoaktivní látky, při kterém dochází v souladu se známými účinky dané látky k poruchám vědomí, vnímání, kognitivních funkcí, emotivity a chování nebo některých fyziologických funkcí a reakcí. Porucha časem mizí, neobjeví-li se komplikace jako trauma, kóma, eventuálně jiné somatické obtíže.

Škodlivé užívání F1x.1

Jedná se o stav tělesného (hepatitidy následující po injekční aplikaci látky) nebo duševního (epizody sekundární deprese po těžkém stavu opilosti, zhoršený úsudek) poškození, které bylo prokazatelně způsobeno užíváním psychoaktivní látky. Pro zařazení do této kategorie by projevy poškození měly trvat alespoň jeden měsíc.

Syndrom závislosti F1x.2

Souhrn kognitivních, behaviorálních a fyziologických projevů, které se rozvíjejí po opětovném užívání psychoaktivní látky. Obvykle zahrnují silnou touhu a nutkání užít danou látku, a to i přes škodlivé následky, preferování užívání látky před ostatními aktivitami a zvýšenou toleranci. Někdy se navíc objevují fyziologické projevy odvykacího stavu.

Odvykací stav F1x.3

Přechodný stav po částečném nebo úplném odnětí dlouhodobě užívané psychoaktivní látky, který odpovídá známým psychickým a tělesným projevům odvykacího stavu u dané psychoaktivní látky.

Psychotická porucha F1x.5

Soubor psychotických fenoménů, které se objevují v průběhu užívání psychoaktivních látek nebo se následně objeví do dvou týdnů a nelze je vysvětlit pouze akutní intoxikací nebo odvykacím stavem. Porucha se projevuje poruchami vnímání (halucinacemi), poruchami myšlení (bludy), psychomotorickými poruchami (vzrušení, stupor) a abnormálními emocemi.

Pro určení diagnózy by měly psychotické příznaky odeznít dříve než po šesti měsících.

Amnestický syndrom F1x.6

Porucha paměti, která byla způsobena psychoaktivní látkou a vyznačuje se výrazným postižením krátkodobé paměti (schopnost učit se novým informacím) a sníženou schopností vybavit si minulé zážitky.

Poruchy vyvolané užíváním alkoholu (F10)

Alkohol, resp. účinná látka etanol, je kvůli své dostupnosti a omamnému a euforizačnímu účinku nejčastěji užívanou psychoaktivní látkou v našich zeměpisných šířkách. Konzumace alkoholu však způsobuje mnohá somatická onemocnění (onemocnění jater, úrazy), duševní poruchy (epizody sekundární deprese) a společenské obtíže (narušené rodinné a pracovní vztahy).

Akutní intoxikace alkoholem (F10.0)

Akutní intoxikace způsobuje změnu stavu vědomí, při kterém bdělost zůstává relativně zachována, ale ostatní kognitivní funkce jsou alterovány. V počáteční fázi je patrná euforie a uvolnění zábran. Následně se dostavuje útlum projevující se zhoršením pozornosti, poruchami vnímání a zhoršeným úsudkem. Navíc intoxikovaný jedinec hůře ovládá své emoce a motorickou koordinaci (kolísavá chůze, setřelá řeč). Intoxikace také vede k maladaptivním změnám v chování, jako jsou podrážděnost, hádavost a agresivita.

Alkoholový odvykací stav (F10.3)

Odvykací stav se objevuje po dlouhodobém a intenzivním užívání alkoholu. Obvykle se projevuje třesem (víček, napřažených rukou), psychomotorickým neklidem, pocením, bolestmi hlavy, nauzeou nebo zvracením, zvýšenou tepovou frekvencí, přechodnými halucinacemi, křečemi typu grand mal.

Příznaky se objevují po několika hodinách po přerušení pití a obvykle ustupují po několika dnech nebo po požití alkoholu nebo některé látky tlumící CNS.

Poruchy vyvolané užíváním opioidů (F11)

Opioidy zahrnují přírodní opium a morfin a syntetické deriváty, např. heroin, kodein, methadon. Obvykle jsou užívány pro své tlumící a následně do určité míry euforizující účinky.

Akutní intoxikace opioidy (F11.0)

Akutní intoxikace se projevuje apatií, dezinhibicí, celkovým psychomotorickým útlumem, zhoršením pozornosti a úsudku. Obvykle lze u intoxikovaného jedince zaznamenat setřelou řeč a zúžené zornice.

Odvykací stav po opioidech (F11.3)

Abstinenční syndrom se projevuje touhou po opioidu a souhrnem příznaků, které se podobají chřipce. Patří sem rýma, slzení, bolesti svalů, křeče, pocení, nauzea nebo zvracení, nespavost a dále tachykardie nebo hypertenze.

Poruchy vyvolané užíváním kanabinoidů (F12)

Kanabinoidy jsou obvykle známé jako marihuana nebo hašiš. Obsahují účinnou euforizující komponentu delta-9-tetrahydrokanabinol (THC).

V Čechách obzvláště mezi adolescentní populací se kanabinoidy stávají akceptovatelnou „měkkou“ drogou. Odvykací stav se zpravidla nevyskytuje. Kanabinoidy jsou však odborníky považovány za vstupní bránu do světa „tvrdých“ drog.

Akutní intoxikace kanabinoidy (F12.0)

Akutní intoxikace se projevuje euforií a dezinhibicí, halucinacemi, depersonalizací a derealizací, zhoršením pozornosti a úsudku, zpomalením reakčního času a zvýšenou chutí k jídlu. Někdy se může u intoxikovaného jedince objevit úzkost až děs.

Vysoké dávky mohou vyvolat slabé delirium s příznaky paniky nebo kanabisovou psychotickou poruchu (trvá až šest týdnů). V některých případech kanaboidy vedly k trvalé psychotické poruše, např. schizofrenii.

Poruchy vyvolané užíváním sedativ nebo hypnotik (F13)

Sedativa a hypnotika jsou nejběžnějšími psychoaktivními látkami, které jsou předepisovány lékaři. Patří mezi ně totiž většina užívaných anxiolitik jako jsou barbituráty a benzodiazepiny (Neurol, Xanax, Lexaurin).

Akutní intoxikace sedativy nebo hypnotiky (F13.0)

Príznaky intoxikace jsou do určité míry podobné jako u alkoholu.

Akutní intoxikace se projevuje počátečním uvolněním zábran. Následně se dostavuje útlum projevující se zhoršením pozornosti, poruchami vnímání a zhoršeným úsudkem. Intoxikovaný jedinec hůře ovládá své emoce a motorickou koordinaci (např. kolísavá chůze, obtíže ve stoji, setřelá řeč).

Odvykací stav po užívání sedativ nebo hypnotik (F13.3)

Abstinenční syndrom se projevuje úzkostí, třesem (víček, natažených rukou), psychomotorickým neklidem, bolestmi hlavy, nauzeou nebo zvracením, nespavostí, přechodnými halucinacemi a křečemi typu grand mal.

Poruchy vyvolané používáním kokainu (F14)

Kokain se získává z jihoamerické rostliny jménem koka pravá. Už v dávné minulosti byly listy koky využívány pro analgetické a stimulační účinky.

Akutní intoxikace kokainem (F14.0)

Akutní intoxikace ovlivňuje obzvláště sociální interakci jedince, která se pohybuje mezi neobyčejnou družností až po sociální stažení

Akutní intoxikace se projevuje euforií, pocitem zvýšené energie. Intoxikovaný jedinec navíc může zažívat halucinace a velikášské nebo paranoidní představy. Dále jsou přítomny některé tělesné symptomy jako pocení, nauzea nebo zvracení, psychomotorická agitovanost (někdy zpomalení), svalová slabost a křeče.

Odvykací stav po užívání kokainu (F14.3)

Abstinenční syndrom se projevuje touhou po kokainu, dysforickou náladou, únavou a psychomotorickým útlumem, poruchami spánku, eventuálně nepříjemnými a bizarními sny.

Poruchy vyvolané užíváním jiných stimulantů, včetně kofeinu (F15)

Stimulanty mají výrazný povzbudivý efekt na CNS a celý organismus. Nejznámější stimulant je kofein, který je obsažen v kávě a čaji.

Akutní intoxikace stimulanty, včetně kofeinu (F15.0)

Akutní intoxikace ovlivňuje obzvláště sociální interakci jedince, která se pohybuje mezi neobyčejnou družností až po sociální stažení.

Akutní intoxikace se projevuje euforií, pocitem zvýšené energie. Intoxikovaný jedinec navíc může zažívat halucinace a velkášské nebo paranoidní představy. Dále jsou přítomny některé tělesné symptomy jako pocení, nauzea nebo zvracení, psychomotorická agitovanost (někdy zpomalení), svalová slabost a křeče.

Odvykací stav po užívání stimulantů, včetně kofeinu (F15.3)

Abstinenční syndrom se projevuje touhou po daném stimulantu, dysforickou náladou, únavou a psychomotorickým útlumem, poruchami spánku, eventuálně nepříjemnými a bizarními sny.

Poruchy způsobené užíváním halucínogenů (F16)

Halucínogeny zahrnují přírodní psilocybin v lysohlávkách nebo mezkalin v kaktusu Lophora Williamsi a syntetické deriváty, např. LSD. V minulosti byly často využívány k rituálním náboženským obřadům.

Na halucínogeny se nevytváří somatická závislost nebo odvykací stav. Nebezpečí je v nevypočitatelném průběhu vlastní intoxikace a v eventualitě vyvolání dlouhodobých psychotických stavů a tzv. flashbacků.

Akutní intoxikace halucínogenem (F16.0)

Intoxikace se projevuje poruchami vnímání, tj. halucinacemi, depersonalizací a derealizací, bludnou (paranoidní) interpretací reality a výkyvy emotivity (euforie, úzkost). Dále jsou přítomny i některé z tělesných znaků jako je třes, tachykardie, palpitace, nauzea, pocení a poruchy koordinace.

Poruchy vyvolané užíváním tabáku (F17.0)

Tabák, resp. účinná látka nikotin, je užíván kvůli svému uklidňujícímu a stimulačnímu účinku. Nebezpečí pro konzumenta spočívá v rychle se rozvíjející závislosti na nikotinu a následně ve vyšší pravděpodobnosti výskytu některého ze závažných somatických onemocnění (rakovina).

Akutní intoxikace tabákem (F17.0)

U intoxikovaného jedince se objevuje emoční nestabilita, nespavost, bolest hlavy, derealizace a dále některé tělesné symptomy jako pocení, tachykardie, nauzea nebo zvracení.

Odvykací stav po užívání tabáku (F17.2)

Abstinenční syndrom se projevuje silnou touhou po nikotinu, úzkostí, podrážděností nebo neklidem, bolestmi hlavy, nespavostí a neschopností koncentrace. Během odvykacího stavu má jedinec obvykle vyšší nucení ke kašli a zvýšenou chuť k jídlu. Obtíže mohou trvat i několik týdnů.

Poruchy vyvolané užíváním organických rozpouštědel (F18.0)

Organická rozpouštědla jsou užívána kvůli svému omamnému a tlumícímu účinku a také kvůli cenové dostupnosti. Konzumace vede k deterioraci intelektu a k poškození některých vnitřních orgánů, jako jsou mozek, ledviny, játra a kostní dřeň.

V Čechách je nejčastěji využíván toluen.

Akutní intoxikace organickými rozpouštědly (F18.0)

Příznaky intoxikace jsou do určité míry podobné jako u alkoholu.

V počáteční fázi je patrná euforie a uvolnění zábran. Následně se dostavují poruchy pozornosti, poruchy vnímání a zhoršený úsudek. Intoxikovaný jedinec hůře ovládá své emoce a motorickou koordinaci (např. kolísavá chůze, obtíže ve stoji, setřelá řeč). Intoxikace následně vede k celkovému útlumu a omezuje výkon v běžných denních činnostech.

SCHIZOFRENIE, SCHIZOTYPNÍ PORUCHY A PORUCHY S BLUDY (F20-F29)



Tato kategorie zahrnuje poruchy, které se vyznačují tzv. psychotickými příznaky. Psychotické příznaky se dále dělí na pozitivní a negativní.

Pozitivní příznaky znamenají, že postižený jedinec má něco navíc. Mezi pozitivní příznaky se řadí zejména halucinace a bludy.

Negativní příznaky znamenají, že postižený jedinec naopak něco ztrácí nebo již nemá v takové míře jako před rozvojem poruchy. Mezi negativní příznaky se řadí snížené psychomotorické tempo, oploštěné emoce, neschopnost radovat se, úbytek vůle, nedostatečná schopnost porozumění (např. pochopení abstraktních významů).

Přítomnost těchto psychotických příznaků zásadně narušuje jedincovu schopnost ohraničit integritu svého „já“ a dochází ke ztrátě kontaktu s realitou. Postižený jedinec v podstatě podléhá svému „snovému“ světu a myšlení, které se řídí vlastními zákony. Postupně se odcizuje sociálnímu okolí a na onemocnění často nasedá postupná degradace až rozpad osobnosti.

Schizofrenie (F20)

Schizofrenie je obvykle charakterizována výraznými poruchami myšlení (bludy) a poruchami vnímání (halucinacemi). Emotivita neodpovídá situaci nebo je oploštěná a jedincovo chování se postupem času stává pro okolí více a více bizarní.

Osobnost je postižena ve svých nejpodstatnějších funkcích, které dávají jedinci pocit integrity, autonomie, vnímání a zpracovávání reality. Postižený jedinec má pocit, že jeho myšlenky, pocity a činy jsou známy a sdíleny jinými lidmi. Může mít mylné (bludné) přesvědčení, že okolí ovlivňuje jeho myšlení a jednání. Intelektové schopnosti jsou obvykle zachovány, i když se časem mohou vyvinout určité deficity.

Schizofrenie nejčastěji začíná v pozdní adolescenci nebo v rané dospělosti. Dříve než se objeví typické schizofrenní příznaky, projeví se většinou v předcházejících týdnech nebo měsících prodromální období nespecifikovaných příznaků (přecitlivělost, vzrušivost, ztráta zájmů, vyhýbání se druhým). Vlastní začátek poruchy může být akutní s vážným narušením chování nebo plíživý s postupným rozvojem bludných myšlenek a podivného chování. Průběh poruchy se obvykle vyznačuje střídáním období s výraznými psychotickými příznaky a období remise. Obvykle v počátečních fázích poruchy se vyskytují pozitivní příznaky a v pozdějších atakách poruchy se více objevují negativní příznaky.

Porucha není nevyhnutelně chronická nebo zhoršující se.

Pro určení všeobecné diagnózy schizofrenie by měl být přítomen alespoň jeden z příznaků uvedených pod písmenem (A) nebo alespoň dva z příznaků uvedených pod písmenem (B), a to nejméně po dobu jednoho měsíce:

(A)

1. slyšení vlastních myšlenek, vysílání myšlenek;
2. bludy kontrolování nebo ovlivňování, které se jasně vztahují k pohybům těla, nebo specifickým myšlenkám, jednání nebo cítění;
3. halucinatorní hlasy, které neustále komentují chování pacienta nebo o něm mezi sebou rozmlouvají;
4. rozmanité bludy, jako např. vlastní nadlidské síly nebo schopnosti;

(B)

1. přetrvávající halucinace v jakékoliv formě;
2. neologismy, zárazy nebo vkládání do toku myšlenek a z nich vyplývající inkoherece;
3. katatonní jednání, jako např. nástavy nebo vosková ohebnost, mutismus, stupor;
4. negativní příznaky, jako např. výrazná apatie, ochuzení řeči, emoční oploštělost nebo nepřiměřené emoční reakce.

Paranoidní schizofrenie (F20.0)

U tohoto typu schizofrenie převládají relativně stále paranoidní bludy a/nebo halucinace, zvláště sluchové. Bludy jsou obvykle vztahovačného a persekčního rázu. Halucinatorní hlasy většinou pacienta před něčím varují nebo mu dávají příkazy. Postižený jedinec postupně nabývá přesvědčení, že je nějakým způsobem kontrolován nebo dokonce pronásledován.

Případné poruchy emotivity, poruchy vůle a katatonní příznaky jsou buď nepřítomné, nebo poměrně nenápadné.

Hebefrenní schizofrenie (F20.1)

Hebefrenní schizofrenie je charakterizována nápadnými emotivními změnami a slabými, proměnlivými bludy a halucinacemi. Myšlení je dezorganizované a řeč inkoherní. Zpravidla se vyskytuje nevhodné (často manýrování) a nepředvídatelné chování. Nálada je nepřiměřená a oploštěná. Postižený jedinec má tendenci k samotářství.

Prognóza je zpravidla špatná kvůli rychlému rozvoji negativních příznaků (oploštění emocí, ztráta volných schopností).

Katatonní schizofrenie (F20.2)

Katatonní schizofrenie je charakterizována zejména zřetelnými psychomotorickými poruchami, které se mohou střídat mezi hyperkinezi a stuporem, nebo povelovým automatismem a negativismem. Katatonní projevy by měly trvat alespoň dva týdny a mohou být doplňovány snovými (oneiroidními) a halucinačními stavy.

Mezi katatonní projevy patří:

1. stupor (patrné snížení reaktivity na podněty a snížení spontánních pohybů a aktivity) nebo mutismus;
2. vzrušení (zjevně nesmyslná motorická aktivita, která není vyvolána vnějšími podněty);
3. nástavy (volní zaujímání a udržování bizarních postojů);
4. negativismus (zjevně neúčelný vzdor ke všem pokynům nebo podnětům k pohybu);

5. vosková ohebnost (udržování končetin a těla v poloze, která je nastavená jinou osobou);
6. povelový automatismus (automatické plnění povelů).

Nediferencovaná schizofrenie (F20.3)

Přestože porucha splňuje obecná diagnostická kritéria pro schizofrenii, nelze ji zařadit do žádného výše zmíněného z podtypů schizofrenie.

Postschizodrenní deprese (F20.4)

Depresivní stav, který se objevuje po odeznění schizofrenní poruchy. Některé schizofrenní příznaky jsou však ještě v nedominující intenzitě přítomny.

Reziduální schizofrenie (F20.5)

Chronické stádium ve vývoji schizofrenního onemocnění, při kterém je zřejmá progresse z časného do pozdního stádia. Porucha se vyznačuje negativními příznaky, jako jsou snížené psychomotorické tempo, oploštěné emoce, neschopnost radovat se, úbytek vůle, nedostatečná schopnost porozumění (např. pochopení abstraktních významů) a snížená péče o svoji osobu.

Simplexní schizofrenie (F20.6)

Porucha je charakterizována postupným rozvojem podivínského chování, neschopností plnit požadavky sociálního okolí a celkovým poklesem výkonu. Negativní příznaky se vyvíjejí, aniž by předcházely jakékoliv patrné pozitivní příznaky.

Schizotypální porucha (F21)

Schizotypální porucha je charakterizována výstředním chováním a poruchami myšlení (obřadné, stereotypní nebo komplikované) a emotivity (nepřiměřená, chladná). Dále se mohou občas objevovat přechodné bludy a halucinace a depersonalizační a derealizační zážitky. Porucha připomíná schizofrenii, avšak nejsou přítomny kompaktní a pro určitý čas setrvalé psychotické příznaky ve vlastním slova smyslu.

Trvalé duševní poruchy s bludy (F22)

Trvalé duševní poruchy s bludy se vyznačují jedním nebo několika vzájemně propojenými bludy s rozmanitým obsahem. Porucha se vyvíjí nenápadně a bludné nápady se postupně stávají pro postiženého jedince pevně a logicky soudržnými. Nejčastěji se vyskytují bludy perzekuční, žárlivecké, velikášské, erotomanické a hypochondrické.

Porucha může být diagnostikována, jestliže bludy trvají alespoň tři měsíce. Jestliže bludy trvaly kratší dobu, řadíme je spíše pod akutní a přechodné psychotické poruchy (F23).

Do trvalých duševních poruch s bludy patří porucha s bludy (F22.0) a jiné trvalé poruchy s bludy (F22.8), u kterých jsou bludy navíc doprovázeny halucinatorními hlasy, avšak tyto hlasy nedosahují takové intenzity, aby porucha mohla být diagnostikována jako schizofrenie.

Akutní a přechodné psychotické poruchy (F23)

Akutní psychotické poruchy se vyznačují náhlým a značně proměnlivým výskytem zřetelných halucinací nebo bludů. Během poruchy postižený jedinec vykazuje určitý stupeň zmatenosti a dezorientace.

Poruše může předcházet určitá stresová událost. Porucha obvykle rychle odeznívá, a to do jednoho měsíce bez dalšího opakování.

Do této skupiny patří akutní polymorfní psychotická porucha bez schizofrenních symptomů (F23.0), akutní polymorfní psychotická porucha s příznaky schizofrenie (F23.1) a akutní psychotická porucha podobná schizofrenii (F23.2).

Indukovaná porucha s bludy (F24)

Jedná se o poruchu s bludy, kterou trpí dvě nebo více osob, které jsou na sebe emočně fixovány. Jenom jedna z nich však trpí skutečnou psychotickou poruchou. U druhé osoby se rozvinul blud nebo bludný systém, až následně a v minulosti se u ní žádná psychotická porucha nevyskytovala.

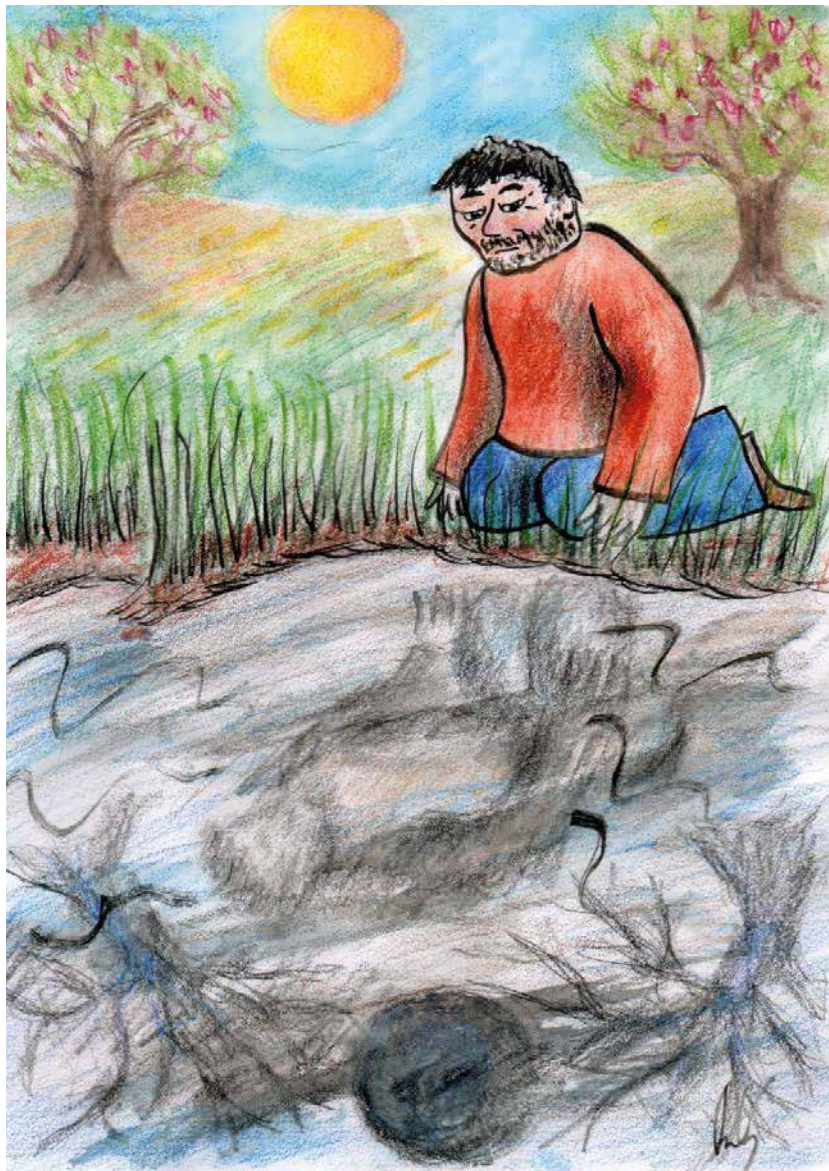
Prognóza ovlivněného jedince je obvykle dobrá a porucha po odloučení od psychotického jedince odezní.

Schizoafektivní porucha (F25)

Jedná se o epizodické poruchy, u kterých jsou zřetelné jak afektivní, tak schizofrenní příznaky. Porucha proto nemůže být zcela jednoznačně diagnostikována, ani jako schizofrenie, ani jako depresivní či manická epizoda.

Do této skupiny patří schizoafektivní porucha, manický typ (F25.0), schizoafektivní porucha, depresivní typ (F25.1) a schizoafektivní porucha, smíšený typ (F25.2).

PORUCHY NÁLADY (F30-39)



Základní charakteristikou těchto poruch je změna nálady nebo afektu ve smyslu snížení (deprese), nebo naopak zvýšení (hypománie, mánie). Patologická změna nálady je zpravidla doprovázena změnou v celkové aktivitě jedince (myšlení, motivace, chuť k jídlu, fungování v každodenních činnostech).

Pojem nálada vyjadřuje tendenci k dlouhodobějšímu emočnímu nastavení v určitém směru. Afekt představuje spíše krátkodobější emoční výkyv, který má obvykle výrazný fyziologický doprovod (změna tepové frekvence, pocení).

Porucha nálady probíhá po určitý časový interval, který je označován jako epizoda, resp. fáze. Jednotlivé epizody patologicky změněné nálady mají tendenci se opakovat nebo střídát. Začátek jednotlivých fází má často vztah ke stresovým událostem nebo situacím. Mezi

jednotlivými epizodami se mohou vyskytovat i periody tzv. remise, v nichž jedinec nevykazuje obtíže. Porucha se však může projevit i jedinou epizodou.

Vysoká frekvence a vysoká intenzita jednotlivých epizod vyřazuje postiženého jedince z běžného i pracovního života. V průběhu depresivní epizody může hrozit i nebezpečí sebevraždy.

Poruchy nálady se rozdělují podle intenzity, počtu a charakteru jednotlivých fází. V tomto textu pro větší názornost, na rozdíl od MKN-10, jsou řazeny unipolární poruchy (proběhla jediná epizoda) před bipolární poruchy (proběhly dvě nebo více fází).

Unipolární poruchy nálady

Manická fáze (F30)

Manická fáze je charakterizována povznesenou náladou a zvýšenou úrovní energie a aktivity, která je pro daného jedince abnormální.

Manická fáze začíná obvykle náhle, s rychlým rozvojem příslušných příznaků. Začátek fáze bývá obvykle způsoben stresovou událostí.

Tato kategorie může být použita pouze pro jedinou proběhlou epizodu.

Poruchy v tomto oddíle jsou rozděleny podle stupně intenzity příznaků, a to na hypománii, mánii bez psychotických příznaků a mánii s psychotickými příznaky.

Hypománie (F30.0)

Hypománie je charakterizována mírně povznesenou náladou, zvýšenou energií a aktivitou. Může se vyskytnout nespavost, kterou však jedinec nepocítuje jako něco nepříjemného. Jedinec je zvýšeně sebevědomý, roztržitý a objevuje se u něj tendence k nezodpovědnému jednání (např. nadměrné utrácení, nestřídmé pití). Ve vztahu k okolí je zvýšeně hovorný a sociabilní.

Pro stanovení diagnózy by měly specifické příznaky trvat alespoň čtyři dny a jejich intenzita by neměla vést k výrazným pracovním nebo sociálním problémům.

Mánie bez psychotických symptomů (F30.1)

Mánie bez psychotických symptomů je charakterizována nadměrně zvýšenou náladou, zvýšenou energií a aktivitou, která je pro daného jedince abnormální. Postižený jedinec je euforický, nesoustředěný, objevuje se u něj tzv. myšlenkový trysk. Přehnané sebevědomí a ztráta sociálních zábran podněcuje nezodpovědné a riskantní jednání (půjčky, sexuální promiskuita). Ve vztahu k okolí je zvýšeně hovorný a nepřiměřeně familiární.

Pro stanovení diagnózy by měly specifické příznaky trvat alespoň týden a jejich intenzita by měla výrazně narušovat pracovní a společenské aktivity.

Mánie s psychotickými příznaky (F30.2)

Ke klinickému obrazu mánie uvedenému v předchozím textu se přidávají u mánie s psychotickými příznaky bludy nebo halucinace (obvykle hlasy, které hovoří přímo k jedinci). Nadnesené sebevědomí a velikášské myšlenky se mohou rozvinout například do megalomaničkových bludů a podrážděnost a podezřívavost se mohou rozvinout do perzekučních bludů.

Depresivní fáze (F32)

Depresivní fáze je charakterizována zhoršenou náladou a sníženou úrovní energie a aktivity, která je pro daného jedince abnormální. Postižený jedinec má narušen smysl pro zábavu, a to i u činností, které jej dříve uspokojovaly. Sebehodnocení a sebedůvěra jsou zhoršeny, objevují se bezdůvodné pocity viny a beznaděje. Obvyklá je značná unavitelnost i po nepatrné námaze. Skleslá nálada se ze dne na den málo mění, neodpovídá okolnostem.

Během depresivní fáze, obzvláště při závažnějších formách, se můžou objevit i tzv. somatické symptomy. Patří sem ztráta zájmů a pocitu uspokojení. Patrná může být psychomotorická zpomalenost nebo agitovanost (neklidná a bezúčelná aktivita), výrazná ztráta chuti k jídlu s odpovídající změnou hmotnosti, ranní probouzení o dvě i více hodin před obvyklým časem. Deprese je výraznější ráno.

Poruchy v tomto oddíle jsou rozděleny podle stupně závažnosti příznaků, a to na lehkou depresivní epizodu, středně těžkou depresivní epizodu, těžkou depresivní epizodu bez psychotických příznaků a těžkou depresivní epizodu s psychotickými příznaky. Pro názornější odlišení jsou uvedena diagnostická vodítka podle MKN-10.

Pro stanovení stupně závažnosti depresivní epizody by měl být přítomen daný počet příznaků uvedených pod písmenem (A) a daný počet přídatných příznaků uvedených pod písmenem (B), a to po dobu alespoň dvou týdnů:

(A)

1. depresivní nálada je přítomná alespoň dva týdny;
2. ztráta zájmu nebo potěšení v aktivitách, které jsou normálně příjemné;
3. ztráta energie nebo zvýšená unavitelnost;

(B)

1. úbytek sebedůvěry nebo sebeúcty;
2. neopodstatněné prožívání výčitek vůči sobě samému nebo pocitů nadměrné a bezdůvodné viny;
3. opakované myšlenky na smrt nebo sebevraždu nebo jakékoliv suicidální jednání;
4. stížnosti na sníženou schopnost myslet nebo soustředit se;
5. snížení psychomotorické aktivity nebo agitovanost (neklidná a bezúčelná aktivita);
6. poruchy spánku;
7. změna chuti k jídlu.

Lehká depresivní fáze (F32.0)

Pro určení lehké depresivní epizody by měly být přítomny alespoň dva příznaky uvedené pod písmenem (A) a alespoň jeden přídatný příznak uvedený pod písmenem (B).

Postižený jedinec by měl být schopen účastnit se běžných denních a pracovních aktivit.

Středně těžká depresivní fáze (F32.1)

Pro určení středně těžké depresivní epizody by měly být přítomny alespoň dva příznaky uvedené pod písmenem (A) a tři přídatné příznaky uvedené pod písmenem (B).

Postižený jedinec je schopen účastnit se běžných denních a pracovních aktivit jen se značnými obtížemi.

Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků (F32.2)

Pro určení středně těžké depresivní epizody by měly být přítomny všechny tři příznaky uvedené pod písmenem (A) a alespoň pět přídatných příznaků uvedených pod písmenem (B).

Postižený jedinec je většinou neschopen nebo výrazně omezen účastnit se běžných denních a pracovních aktivit. Suicidální myšlenky i pokusy jsou časté.

Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky (F32.3)

Ke klinickému obrazu těžké depresivní epizody bez psychotických příznaků uvedených v předchozím textu se přidávají u těžké depresivní epizody s psychotickými příznaky bludy, halucinace nebo depresivní stupor. Bludy obvykle obsahují myšlenky na hrozící katastrofu, za kterou se pacient cítí odpovědný. Halucinace se obvykle projevují obviňujícími hlasy. Těžká psychomotorická zpomalenost může progredovat až do stuporu.

Podobně jako u předešlé formy těžké depresivní fáze pacient není schopen pokračovat ve společenských, pracovních a domácích aktivitách a hrozí suicidální jednání.

Bipolární poruchy nálady

Bipolární afektivní porucha (F31)

Bipolární afektivní porucha je charakterizována dvěma nebo více fázemi, při nichž jsou úroveň nálady a aktivita jedince výrazně narušeny. Toto narušení tkví střídavě ve zvýšení nálady, aktivity a energie (mánie nebo hypománie), jindy v poklesu nálady a snížení energie a aktivity (deprese).

Poměr výskytu manických a depresivních fází je rozmanitý. Manické fáze začínají obvykle náhle a trvají 2 týdny až 4 měsíce. Depresivní fáze průměrně trvají 6 měsíců. Porucha obvykle během doby odezní.

Bipolární afektivní poruchy se dále dělí podle právě probíhající fáze a její intenzity.

Bipolární afektivní porucha, současná fáze hypomanická (F31.0)

Jedinec má v současnosti hypománii a v minulosti měl alespoň ještě jednu afektivní epizodu (hypomanickou, manickou, depresivní nebo smíšenou).

Bipolární afektivní porucha, současná fáze manická (F31.1)

Jedinec má v současnosti mánií a v minulosti měl alespoň ještě jednu afektivní epizodu (hypomanickou, manickou, depresivní nebo smíšenou).

Bipolární afektivní porucha, současná fáze manická s psychotickými příznaky (F31.2)

Jedinec má v současnosti mánii s psychotickými příznaky a v minulosti měl alespoň ještě jednu afektivní epizodu (hypomanickou, manickou, depresivní nebo smíšenou).

Bipolární afektivní porucha, současná fáze lehké nebo středně těžké deprese (F31.3)

Jedinec má v současnosti lehkou nebo středně těžkou depresi a v minulosti měl alespoň ještě jednu afektivní epizodu (hypomanickou, manickou nebo smíšenou).

Bipolární afektivní porucha, současná fáze těžké deprese (F31.4)

Jedinec má v současnosti těžkou depresi a v minulosti měl alespoň ještě jednu afektivní epizodu (hypomanickou, manickou nebo smíšenou).

Bipolární afektivní porucha, současná fáze těžké deprese s psychotickými příznaky (F31.5)

Jedinec má v současnosti těžkou depresi s psychotickými příznaky a v minulosti měl alespoň ještě jednu afektivní epizodu (hypomanickou, manickou nebo smíšenou).

Bipolární afektivní porucha, současná fáze smíšená (F31.6)

Jedinec má v současnosti smíšenou poruchu nebo rychle se střídající manické a depresivní příznaky a v minulosti měl alespoň ještě jednu afektivní epizodu (hypomanickou, manickou, depresivní nebo smíšenou).

Bipolární afektivní porucha, v současné době v remisi (F31.7)

Jedinec v současnosti nemá poruchu nálady. V minulosti však měl alespoň jednu hypomanickou nebo manickou epizodu a alespoň ještě jednu afektivní epizodu (hypomanickou, manickou, depresivní nebo smíšenou).

Periodická depresivní porucha (F33)

Periodická depresivní porucha je charakterizována opakovanými epizodami deprese bez epizod mánie. Pro určení diagnózy by se měly vyskytnout alespoň dvě minimálně

dvoutýdenní epizody deprese, které byly odděleny obdobím několika měsíců bez významného narušení úrovně nálady a aktivity. Těžší formy poruchy mohou časem přejít v trvalou depresi.

Periodická depresivní porucha se dále dělí podle právě probíhající fáze a její intenzity.

Periodická depresivní porucha, současná fáze je lehká (F33.0)

Jedinec má v současnosti lehkou depresi a v minulosti měl alespoň ještě jednu depresivní epizodu.

Periodická depresivní porucha, současná fáze je středně těžká (F33.1)

Jedinec má v současnosti středně těžkou depresi a v minulosti měl alespoň ještě jednu depresivní epizodu.

Periodická depresivní porucha, současná fáze je těžká, ale bez psychotických příznaků (F33.2)

Jedinec má v současnosti těžkou depresi bez psychotických příznaků a v minulosti měl alespoň ještě jednu depresivní epizodu.

Periodická depresivní porucha, současná fáze je těžká, ale s psychotickými příznaky (F33.3)

Jedinec má v současnosti těžkou depresi s psychotickými příznaky a v minulosti měl alespoň ještě jednu depresivní epizodu.

Periodická depresivní porucha, současně v remisi (F33.4)

Jedinec v současnosti nemá jakoukoliv depresivní epizodu. V minulosti však měl alespoň dvě depresivní epizody.

Trvalé poruchy nálady (F34)

Tato skupina zahrnuje trvalé a obvykle kolísavé poruchy nálady, u nichž jednotlivé fáze nejsou natolik závažné, aby mohly být označeny jako hypomanické nebo i mírně depresivní epizody. Porucha trvá dva roky nebo déle a kolísání nálady není většinou v přímém vztahu k působícím životním událostem. Dlouhotrvající přítomnost příznaků, i přes jejich relativně

menší intenzitu, způsobuje subjektivní stísněnost (pocity beznaděje, snížené sebevědomí) a omezení výkonnosti jedince. V některých případech mohou nasedat na trvalé poruchy nálady periodická porucha nálady nebo jednotlivé manické či depresivní epizody.

Cyklotymie (F34.0)

Trvalá a kolísavá porucha nálady, která zahrnuje četná období mírné deprese a mírné mánie. Jednotlivé epizody nejsou natolik závažné, aby splňovala kritéria pro manickou nebo depresivní fázi, resp. bipolární afektivní poruchu.

Cyklotymie může odeznít nebo se rozvinout do výše zmíněných závažnějších poruch nálady.

Dystymie (F34.1)

Dystymie může být charakterizována jako trvalá depresivní nálada, která nesplňuje kritéria pro mírnou periodickou depresivní poruchu, a to ani v intenzitě příznaků nebo/, ani v délce trvání jednotlivých fází. Kolísání mezi obdobími relativně přiměřené nálady (dny i týdny) a obdobími, při kterých se jedinec cítí depresivní (i měsíce) je velmi variabilní.

Dystymie často přechází v těžší depresivní poruchu.

NEUROTICKÉ PORUCHY, PORUCHY VYVOLANÉ STRESEM A SOMATOFORNÍ PORUCHY (F40-49)



Tato skupina poruch je charakteristická především úzkostí a doprovodnými tělesnými příznaky.

Úzkost je nepříjemný emoční stav, který nemívá konkrétní obsah nebo rozpoznatelnou příčinu. Strach na rozdíl od úzkosti je emocionální reakce organismu na zřejmé nebezpečí.

Obecné příznaky neurotických poruch se obvykle dělí na psychické a tělesné.

Mezi psychické příznaky jsou řazeny poruchy emocí (úzkost, dysforie, pocity ohrožení, obava z budoucnosti nebo ze ztráty kontroly), poruchy myšlení (roztržitost), poruchy pozornosti, poruchy paměti a spánku.

Mezi tělesné příznaky patří bušení srdce, zrychlený puls, obtížné nebo zrychlené dýchání, třes, napětí, bolesti v různých částech těla, pocity horka nebo chladu, zvracení, průjem, sucho v ústech.

Fobické úzkostné poruchy (F40)

U fobických úzkostných poruch je úzkost vyvolána konkrétními objekty nebo situacemi, které nejsou za běžných okolností nebezpečné. Postižený jedinec si obvykle uvědomuje, že jeho obava je nepřiměřená a iracionální. Přesto se daným podnětům vyhýbá nebo je snáší se strachem a úzkostí. Prožívaná obava může vyvolávat pocity na omdlení, obavu ze ztráty kontroly nebo „zešílení“ a je obvykle doprovázena výraznými tělesnými příznaky (zrychlené dýchání, zvýšené uvědomování si srdečního rytmu, zvýšená tepová frekvence, pocení). V některých případech intenzita úzkosti u fobických poruch dosahuje až panické ataky.

Pro určení fobické poruchy by měly být přítomny všechny následující charakteristiky:

1. psychologické nebo tělesné příznaky musí být primárními projevy úzkosti a ne sekundárními následky jiných poruch nebo symptomů, např. bludů;
2. úzkost je omezena na konkrétní objekt nebo situaci;
3. jedinec má výraznou potřebu se vyhýbat podnětům vyvolávajícím fobii.

Fobické úzkostné poruchy se dále dělí podle konkrétních objektů nebo situací, jež způsobují úzkost.

Agorafobie (F40.0)

Agorafobie je nejčastěji vyskytující se fobií. Původně toto řecké slovo označovalo „strach z tržnice“. V současné klasifikaci pojem agorafobie označuje soubor fobií zahrnujících obavu z veřejných prostranství, opuštění domova, vstupu do obchodů nebo strach ze samostatného cestování v některém z dopravních prostředků.

Někteří jedinci, kteří jsou relativně schopni vyhýbat se fobickým situacím, např. samostatné jízdě metrem, nezažívají podstatnější úzkosti. Někteří pacienti však nejsou schopni ani vyjít z domova.

Sociální fobie (F40.1)

Sociální fobie se vyznačuje nepřiměřenou obavou z posuzování ostatními a ze ztrapnění. Tato obava vede k vyhýbání se pobytu ve společnosti a to buď téměř ve všech sociálních situacích mimo „bezpečí“ domova nebo se jen omezuje na určitou situaci (mluvení na veřejnosti, setkání s lidmi opačného pohlaví). Postižený jedinec se navíc obává, že neskryje projevy úzkosti, jako např. třes rukou, červenání se a chvění hlasu. Těžší sociální fobie jsou často spojeny s nízkým sebehodnocením a strachem z kritiky.

Specifické (izolované) fobie (F40.2)

Jedná se o skupinu poruch, u kterých je strach vyvolán určitými dobře definovanými situacemi nebo objekty, které běžně nejsou nebezpečné.

Rozeznáváme stovky specifických fobií, např. z blízkosti určitých zvířat (zoofobie), např. z pavouků (arachnofobie), z výšky (akrofobie), z hloubky (batofobie), ze tmy (nyktofobie), z létání (aerofobie), z uzavřených prostor (klaustrofobie), z návštěvy lékaře (iatrofobie) nebo strach z určitého onemocnění (nozofobie).

Závažnost omezení postiženého jedince závisí na tom, do jaké míry je schopen vyhýbat se fobickým situacím.

Jiné úzkostné poruchy (F41)

V této skupině poruch je hlavním příznakem výrazná úzkost, která na rozdíl od fobických poruch není omezena na nějaký konkrétní objekt nebo situaci.

Panická porucha (F41.0)

Porucha se projevuje periodickými atakami těžké úzkosti (paniky), které nejsou omezeny na nějaký konkrétní podnět. Jednotlivé ataky začínají náhle, trvají několik minut a jejich frekvence a průběh jsou výrazně variabilní. Jedinec při atace zažívá vzrůstající strach a intenzivní tělesné příznaky. V celkovém klinickém obrazu z psychických příznaků dominují úzkost, obava ze ztráty kontroly, strach ze smrti a pocity neskutečnosti (depersonalizace nebo derealizace) a z tělesných příznaků palpitace, pocení, bolest na hrudi, pocity dušení, třes. Na panickou ataku často navazuje obava z další ataky; resp. anticipační úzkost.

Aby mohla být stanovena diagnóza panická porucha, mělo by se objevit několik výrazných atak v období zhruba jednoho měsíce. Mezi atakami jsou období relativního klidu.

Generalizovaná úzkostná porucha (F41.1)

Generalizovaná úzkostná porucha je charakterizována všeobecnou a přetrvávající úzkostí, která není omezena na nějaký konkrétní podnět. Postižený jedinec má většinou obavy, že on sám nebo jeho blízcí brzy onemocní nebo je postihne nějaká nehoda. Z tělesných příznaků se objevují palpitace, pocení, bolest na hrudi, pocity dušení, třes. Průběh onemocnění má tendenci kolísat a být chronický.

Pro určení diagnózy je potřeba, aby příznaky trvaly nepřetržitě většinu dní po dobu nejméně několika týdnů.

Smíšená úzkostně depresivní porucha (F41.2)

Této kategorie by mělo být užito v případě, že jsou přítomny příznaky úzkosti i deprese, ale žádný nepřevažuje do takové míry a není tak výrazný, aby opravňoval k samostatné diagnóze.

Obsedantně kompulzivní porucha (F42)

Základním znakem obsedantně kompulzivních poruch jsou opakované neodbytné myšlenky a nutkavé jednání.

Obsedantní myšlenky jsou nápady a představy, které opakovaně vstupují ve stereotypní formě do mysli jedince. Jedinec tyto nutkavé myšlenky vnímá jako nepříjemné a snaží se jim obvykle neúspěšně bránit. Tyto myšlenky považuje na rozdíl od hlasů za své vlastní.

Kompulzivní činy označují nutkavou tendenci k opakování určitého jednání. Toto jednání nemusí být ani příjemné, ani vést k realizaci užitečných úkolů. Jedinec je obvykle využívá k zabránění nějaké do velké míry nepravděpodobné události. Sám jedinec obvykle považuje toto jednání za bezúčelné. Jestliže se však pokouší odolat kompulzivnímu jednání, zvyšuje se pocit nepohody a úzkosti.

Pro určení obsedantně kompulzivní poruchy by měly být přítomny všechny následující charakteristiky, a to alespoň po dobu dvou týdnů:

1. jedinec musí uznávat, že se jedná o jeho vlastní myšlenky a nutkání;
2. alespoň jedné myšlenky nebo činu se jedinec neúspěšně brání;
3. myšlenka nebo provedení činu nesmí být samo o sobě příjemné;
4. myšlenky, představy nebo nutkání se musí opakovat.

Intenzita doprovázející tísně a následné jednání obvykle narušují normální fungování jedince v jeho každodenních činnostech.

Převážně obsedantní myšlenky nebo ruminace (F42.0)

Hlavním rysem jsou opakující se myšlenky, představy nebo nutkání k činu, které jsou nepříjemné a způsobují úzkost či těžkosti v běžném každodenním fungování. Jedinec se např. zabírá nekonečnými úvahami o alternativách nebo má opakující se obavu, že udělá něco nevhodného.

Převážně nutkavé akty (F42.1)

Hlavním rysem jsou nutkavé činy nebo rituály, které jedinec obvykle využívá k zabránění nějaké do velké míry nepravděpodobné události. Základem projevovaného chování je obava z něčeho, co jedince může potkat, jestliže dané chování nevykoná. Postižený jedinec má např. rituál před odchodem z bytu desetkrát přitáhnout kliku, aby si byl jistý, že jsou dveře zavřeny. Tyto rituály mohou být ještě komplexnější a časově tak zdlouhavé, že způsobují těžkosti v běžném každodenním fungování.

Smíšené obsedantní myšlení a jednání (F42.2)

Do této kategorie řadíme poruchy, u kterých jsou přítomny jak obsedantní myšlenky, tak nutkavé jednání.

Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení (F43)

Tato kategorie zahrnuje poruchy, které lze stanovit nejen na podkladě příznaků, ale i na základě zaznamenaného vlivu mimořádně stresujícího zážitku. Rozsah stresující situace může být velmi široký, a to od výrazně ohrožující katastrofické události až po proběhlou změnu v životě jedince, jako je přestěhování nebo osamocení. Rozvinutí poruchy závisí i na genetické zranitelnosti jedince a schopnosti zvládat zátěžové situace.

Poruchy v této skupině mohou být tedy považovány za maladaptivní reakci, která byla způsobena selháním mechanismu vyrovnávání se se silnou nebo dlouhodobou zátěží.

Akutní reakce na stres (F43.0)

Jedná se o přechodnou poruchu, která vzniká u jedince jako odpověď na výrazný stres.

Průběh reakce je proměnlivý, ale obvykle zahrnuje počáteční fázi „ustrnutí“ se zúžením vědomí a pozornosti, se sníženou schopností chápat podněty a dezorientací. Následně může navazovat stažení se do sebe nebo agitovanost.

Postižený jedinec obvykle prožívá pocity zoufalství a beznaděje a doprovodné somatické příznaky panické úzkosti (tachykardie, pocení). Příznaky se objevují během několika minut po vystavení stresové události. Většinou pak odeznívají během několika hodin nebo dnů.

Posttraumatická stresová porucha (F43.1)

Může být charakterizována jako zpožděná a/nebo prodlužovaná reakce na stresovou situaci katastrofického rázu, která by vyvolala silné rozrušení téměř u každého.

Obvyklými příznaky jsou epizody znovuprožívání traumatu (flashbacks), které se objevují na pozadí přetrvávajícího pocitu necitlivosti a emočního otupění, stranění se lidí, nereagování na okolí, anhedonie a vyhýbání se situacím, které připomínají traumatický zážitek. Typicky se v dané době objevuje hyperaktivita, iritabilita, úlekové reakce a nespavost.

Příznaky se objevují po traumatu s latencí několika týdnů i měsíců. Průběh je kolísavý a ve většině případů dochází k úpravě. Záleží však na tom, jak traumatická událost poznamenala životní příběh postiženého jedince (vyplavený dům, ztráta blízkého).

Porucha přizpůsobení (F43.2)

Porucha přizpůsobení je charakterizována stavy subjektivních obtíží a emoční tísně, které omezují jedince v sociálním i pracovním výkonu. Porucha se rozvíjí obvykle do jednoho měsíce po výskytu stresující události nebo životní změny, např. změny zaměstnání. Příznaky odeznívají do šesti měsíců po pominutí působícího stresoru. Projevy jsou rozmanité a zahrnují depresivní náladu, úzkost nebo pocit, že jedinec není schopen se vypořádat se současnou situací.

Disociativní (konverzní) poruchy (F44)

Disociativní poruchy jsou charakterizovány částečnou nebo úplnou ztrátou integrace mezi vzpomínkami na minulost, uvědoměním si vlastní identity, bezprostředními pocity a ovládním tělesných pohybů.

Příznaky nejsou projevem somatické poruchy, i když se tak často mohou jevit. Spíše se kvůli časové návaznosti na traumatizující události a narušené vztahy předpokládá psychogenní původ. Vlastní název disociativní je odvozený z předpokladu Pierra Janet, že nepříjemné myšlenky jsou vytlačeny (disociovány) z vědomí, ale pokračují ve svém působení ve formě motorických nebo senzorických příznaků.

Začátek a ukončení disociativních stavů jsou náhlé. Poruchy mají tendenci k úpravě během několika týdnů nebo měsíců. Chroničtější poruchy vznikají, je-li začátek spojen s relativně neřešitelným problémem.

Disociativní amnézie (F44.0)

Hlavním rysem je ztráta paměti týkající se obvykle nedávné události. Tato ztráta není zapříčiněna organickou duševní poruchou (např. demencí) a je příliš výrazná a trvalá na to, aby mohla být objasněna běžnou zapomnětlivostí. Amnézie je většinou zaměřena na traumatické události (nehody, neočekávaná ztráta blízké osoby) a je obvykle částečná nebo selektivní.

Disociativní fuga (F44.1)

Disociativní fuga má veškeré znaky disociativní amnézie a navíc se připojuje zdánlivě účelné odcestování na delší vzdálenost. Postižený jedinec obvykle cestuje několik dní, v některých případech i několik týdnů. Během této doby se jedincovo jednání jeví jako zcela normální.

Disociativní stupor (F44.2)

Disociativní stupor je charakterizován výrazným snížením nebo vymizením volných pohybů a normálních reakcí na vnější podněty (světlo, hluk, dotek). Chybí však jakékoliv známky somatické poruchy, která by příznaky vyvolávala.

Trans a stavy posedlosti (F44.3)

Při tzv. transu dochází k dočasné změně vědomí, která se projevuje ztrátou obvyklého pocitu osobní identity a omezeným uvědomováním si okolí. Při stavu posedlosti nabývá postižený jedinec přesvědčení, že do něj vstoupila nadpřirozená síla. Tyto stavy nepatří do nábožensky akceptovaných zvyklostí a jedinec je vnímá jako nechtěné a omezující.

Disociativní poruchy motoriky (F44.4)

Při disociativní poruše motoriky dochází ke ztrátě pohyblivosti některé končetiny nebo její části. Omezení pohyblivosti může být kompletní nebo částečné, přičemž pohyby jsou slabé a pomalé.

Disociativní záchvaty (F44.5)

U jedince dochází k náhlým a neočekávaným záchvatům, které se mohou podobat epileptickým záchvatům. Při disociativním záchvatu však nedochází ke ztrátě vědomí a jen zřídka se vyskytuje pokousání jazyka či pohmožděniny následkem pádu.

Disociativní anestezie a ztráta citlivosti (F44.6)

Jedná se o úplnou nebo částečně zhoršenou citlivost kůže na části nebo na celém těle. Porucha zahrnuje částečnou nebo úplnou ztrátu vidění (spíše ztráta ostrosti vidění) a slyšení.

Somatoformní poruchy (F45)

Tato kategorie zahrnuje rozmanité tělesné symptomy, které nemají prokazatelný somatický podklad. Přestože počátek obtíží má zřejmou spojitost s nepříjemnými životními událostmi, pacient psychologické příčiny odmítá a dožaduje se opakovaných lékařských vyšetření.

Somatizační porucha (F45.0)

Hlavním rysem jsou rozličné, opakované a často se měnící tělesné příznaky, které není možno vysvětlit žádnou somatickou poruchou. Příznaky se mohou týkat jakékoliv části těla nebo systému (kardiovaskulární, gastrointestinální, urogenitální). Pro určení diagnózy by měly obtíže trvat alespoň dva roky a významně narušovat pacientovy pracovní a sociální aktivity.

Nediferencovaná somatizační porucha (F45.1)

Nediferencovaná somatizační porucha má shodné projevy jako somatizační porucha, ale příznaky trvají kratší dobu a nedosahují takové intenzity, aby narušovaly pacientovo jednání v práci a ve společnosti.

Hypochondrická porucha (F45.2)

Hypochondrická porucha je charakterizovaná přetrvávající nepřiměřenou obavou o vlastní zdraví, která trvá nejméně šest měsíců. Postižený jedinec je přesvědčený, že má jedno nebo více postupujících onemocnění, která se projevují některými prožívanými obtížemi. Běžné pocity a jevy jsou často interpretovány jako abnormální. Prožívané příznaky jsou doprovázeny zřetelnou úzkostí a depresí.

Somatomorfni vegetativní dysfunkce (F45.3)

Postižený jedinec přisuzuje své příznaky poruše určitého tělesného systému nebo orgánu, který je převážně inervován vegetativním nervovým systémem, např. kardiovaskulárního, gastrointestinálního nebo urogenitálního systému. Stížnosti se obvykle týkají příznaků vegetativního podráždění, jako palpitace, pocení nebo třes. Dále se objevují nespecifické a

proměnlivé příznaky, jako pocit sevřenosti, oteklosti nebo bolesti, které se podle pacienta týkají daného orgánu.

Perzistující somatoformní bolestivá porucha (F45.4)

Hlavní obtíží je trvalá, těžká a zneklidňující bolest, která není podložena fyziologickým procesem nebo somatickou poruchou. Pro určení diagnózy by bolest měla trvat alespoň šest měsíců a měla by během celé doby plně zabírat pacientovu pozornost.

Jiné neurotické poruchy (F48)

Neurastenie (F48.0)

Pojem neurastenie zahrnuje dva typy onemocnění, které se do určité míry překrývají.

Pro první typ jsou charakteristické stížnosti na zvýšenou únavu po duševním úsilí, obvykle spojenou se zřetelným snížením výkonu při zvládnání zaměstnání nebo běžných denních úkonů. Tato únava je popisována jako nepříjemné, vtíravé a nevhodné vzpomínky, potíže se soustředěním a všeobecně neefektivní myšlení.

Pro druhý typ jsou charakteristické stížnosti na pocity tělesné a fyzické slabosti a vyčerpání i po minimální námaze, doprovázené pocitem svalové bolesti a neschopnosti relaxovat.

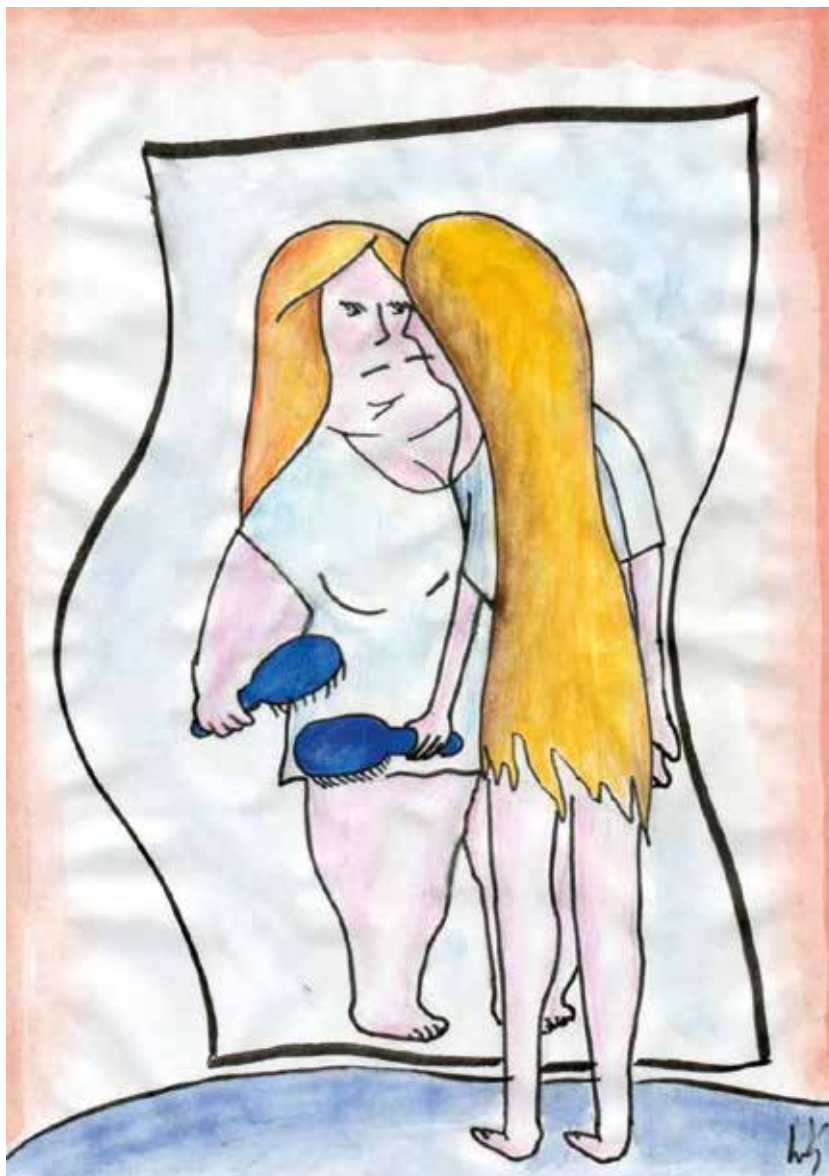
U obou typů mohou být přítomny závratě, bolesti hlavy a pocity celkové nestability. Postižení jedinci mají obavu ze zhoršení svého stavu, jsou podráždění a trpí mírným stupněm deprese a úzkosti.

Depersonalizační a derealizační syndrom (F48.1)

Porucha, při které má postižený jedinec pocit, že duševní procesy, tělo či okolí jsou neskutečné, vzdálené nebo automatické. Jedinec si je však vědom neskutečnosti těchto vnímaných změn.

Depersonalizační a derealizační příznaky se mohou objevit i u jiných duševních poruch jako např. u schizofrenie.

SYNDROMY PORUCH CHOVÁNÍ SPOJENÉ S FYZIOLOGICKÝMI A SOMATICKÝMI FAKTORY (F50-F59)



Tato kategorie zahrnuje různé poruchy, u nichž se předpokládá, že souvisejí s určitým patofyziologickým mechanismem nebo somatickým onemocněním.

Patří sem poruchy příjmu potravy, neorganické poruchy spánku, sexuální dysfunkce a psychosomatická onemocnění.

Poruchy příjmu potravy (F50)

Poruchy příjmu potravy jsou charakterizovány poruchou myšlení a jednání ve vztahu k jídlu a k vlastnímu vzhledu.

Předpokládá se, že jsou převážně podmíněny reaktivitou jedince na okolí (někteří autoři tyto poruchy řadí mezi tzv. civilizační choroby) a do určité míry vnitřními dispozicemi jedince.

Mezi poruchy příjmu potravy jsou řazeny zejména mentální anorexie a mentální bulimie, atypické formy mentální anorexie a bulimie, přejídání spojené s jinými psychickými poruchami a jiné poruchy příjmu potravy.

Mentální anorexie (F50.0)

Mentální anorexie se vyznačuje výrazným a pro jedince ohrožujícím úbytkem na váze, který si osoba úmyslně vyvolává a udržuje. Postižený jedinec má vtíravé obavy z tloušťky a výrazně zkreslené vnímání vlastního vzhledu a tělesných proporcí. Jedinci proto snižují příjem potravy, nadměrně cvičí, využívají různých preparátů (anorektika, diuretika) a vyvolávají si zvracení a průjmy.

Podvýživa způsobuje sekundární endokrinní a metabolické změny a narušení tělesných funkcí. V některých případech může porucha skončit i smrtí.

Atypická mentální anorexie (F50.1)

Při této poruše může chybět některý z klíčových příznaků mentální anorexie, např. se neobjevuje obava ze ztloustnutí nebo amenorea.

Mentální bulimie (F50.2)

Mentální bulimie se vyznačuje opakovanými záchvaty přejídání a přílišnou kontrolou tělesné váhy. Postižený jedinec po záchvatu žravosti propadá pocitům viny a snaží se zbavit požitého jídla vyprovokovaným zvracením nebo průjmem. Opakované zvracení způsobuje elektrolytické poruchy a některé somatické obtíže.

Pacienti s mentální bulimií na rozdíl od pacientů s mentální anorexií si obvykle uvědomují, že mají obtíže. Přejídání obvykle předchází úzkost a depresivní nálada.

Pro určení diagnózy by se mělo střídání přejídání a hladovění vyskytnout nejméně dvakrát týdně po dobu alespoň tří měsíců.

Atypická mentální bulimie (F50.3)

Při této poruše může chybět některý z klíčových příznaků mentální bulimie, např. změny váhy nejsou výrazné nebo osoba nejeví zvýšený zájem o svoji tělesnou váhu.

Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami (F50.4)

Přejídání je vyvoláno stresujícími událostmi, např. zármutkem, pocity osamělosti.

Jiné poruchy příjmu jídla (F50.8)

Patří sem např. psychogenní ztráta chuti k jídlu nebo pika, jež se vyznačuje nutkavým požíváním látek, které nejsou určeny k jídlu.

Neorganické poruchy spánku (F51)

Tato kategorie obsahuje takové poruchy, u kterých porucha spánku není jen jedním z příznaků jiné duševní nebo somatické poruchy, ale je hlavní obtíží postiženého jedince.

Poruchy mohou být podmíněny vnitřními faktory (somatizace napětí, traumatické postižení CNS) nebo vnějšími příčinami (nepřiměřená spánková hygiena, směnný provoz), eventuálně jejich kombinací.

Poruchy spánku se dělí na dyssomnie a parasomnie. Dyssomnie zahrnují poruchy množství a kvality spánku, a jsou obvykle vyvolány stresem, resp. doprovodnými emocemi. Parasomnie zahrnují abnormální epizodické události, ke kterým dochází v průběhu spánku.

Dyssomnie

Neorganická (nespavost) insomnie (F51.0)

Nespavost je stav nedostatečného množství a kvality spánku, který zahrnuje obtíže s usínáním a udržení spánku. Postižený jedinec pociťuje nedostatečné zotavení, které jej limituje v běžném každodenním fungování.

Porucha může být diagnostikována, vyskytují-li se obtíže alespoň třikrát v týdnu po dobu nejméně jednoho měsíce.

Neorganická hypersomnie (F51.1)

Hypersomnie je stav nadměrné denní ospalosti a atak spánku, které nejsou způsobeny nedostatkem spánku.

Porucha může být diagnostikována, vyskytují-li se obtíže téměř denně po dobu nejméně jednoho měsíce.

Neorganická porucha cyklu spánek-bdění (F51.2)

Porucha je charakterizována jako nedostatečné sladění mezi jedincovým cyklem spánek-bdění a cyklem praktikovaným v jeho okolí. Postižený jedinec tak pociťuje buď nespavost během „nočního období“ nebo nadměrnou spavost během „denního období“. Tento nesoulad se objevuje opakovaně po dobu alespoň jednoho měsíce.

Parasomnie

Somnambulismus (F51.3)

Jedná se o stav porušeného vědomí, v němž jsou propojeny fenomény spánku i bdělosti. „Náměsíčný“ jedinec má epizody vstávání z lůžka a bezcílného procházení se, a to při snížené úrovni vědomí a reaktivitě na okolní podněty. Epizody se obvykle objevují v první třetině noci a trvají po dobu několika minut. Po probuzení má jedinec na celou epizodu amnézii.

Obvykle se náměsíčnost objevuje v dětství a postupně odeznívá během adolescence.

Spánkové děsy (F51.4)

Jedná se o noční epizody masivního děsu a paniky spojené s psychomotorickým neklidem a silnými vegetativními příznaky. Epizody se podobně jako u somnambulismu objevují v první třetině noci a trvají po dobu několika minut. Během epizody je jedinec dezorientovaný a nereaguje na snahu okolí pomoci mu. Vzpomínka na proběhlou epizodu je omezená.

Noční můry (F51.5)

Jedná se o sen, který obsahuje nepříjemné a výrazně zúzkostňující témata. Takovéto sny a jejich obsah se mohou opakovat. Po probuzení je jedinec obvykle rychle orientován a bdělý.

Sexuální poruchy, které nejsou způsobeny organickou poruchou nebo nemocí (F52)

Sexuální poruchy zahrnují různé dysfunkce, které způsobují, že jedinec není schopen podílet se na sexuálním aktu tak, jak by si přál. Porucha může negativně ovlivňovat jeho touhu, erekci nebo uspokojení.

Dysfunkce mohou být podmíněny biologickými abnormalitami nebo mohou být důsledkem psychických obtíží, eventuálně kombinací obou faktorů. Dále se dělí na primární a sekundární, které se rozvinuly až po určitém období „normálního“ sexuálního fungování.

Pro určení diagnózy by se dysfunkce měla vyskytovat alespoň šest měsíců. Není však potřebné, aby se vyskytovala za všech okolností. Dysfunkce se může vázat pouze na určitou situaci nebo určitého partnera.

Dysfunkce se pro snadnější názornost třídí podle jednotlivých stádií sexuálního aktu (apetence, vzrušení, orgasmus), se kterými časově souvisí. Dále jsou do tohoto oddílu řazeny sexuálně bolestivé poruchy a porucha sexuálního pudu.

Poruchy související s apetencí (touhou)

Nedostatek nebo ztráta sexuální žádostivosti (F52.0)

Porucha se projevuje sníženou frekvencí vyhledávání sexuálních stimulů a sexuální aktivity.

Odpor k sexualitě a nedostatek požitku ze sexuality (F52.1)

Představa sexuálního styku způsobuje takovou obavu, že se jedinec sexuální aktivitě raději vyhýbá, nebo z uskutečněného sexuálního styku nemá dostatečné uspokojení.

Důvodem nedostatku nebo ztráty sexuální touhy mohou být působící stresy, těžká onemocnění nebo partnerské neshody.

Poruchy související se vzrušením

Selhání genitální odpovědi (F52.2)

Porucha se projevuje u mužů obtížným dosažením nebo udržením erekce dostatečné pro sexuální styk. U žen se porucha projevuje v nedostatečné schopnosti lubrikace vaginy.

V případech, že jedinec selhává jen v určitých situacích nebo s určitým partnerem, můžeme spíše mluvit o funkčním, resp. situačním selhání.

Poruchy související s orgasmem

Poruchy orgasmu (F52.3)

Orgasmus je výrazně zpožděn nebo úplně chybí. Dysfunkce může být omezena pouze na určité partnery nebo situace.

Předčasná ejakulace

Neschopnost ovládat ejakulaci tak, aby mohlo dojít k uspokojení obou partnerů. Ejakulace probíhá velmi brzy po začátku sexuálního aktu nebo dokonce ještě před vstupem penisu do vagíny.

Neorganický vaginismus (F52.5)

Křeč svalů pánevního dna brání přiměřenému otevření vagíny. Zavedení penisu je bolestivé nebo nerealizovatelné.

Neorganická dyspareunie (F52.6)

Jedná se o bolest během sexuálního styku, která není organického původu.

Nadměrné sexuální nutkání (F52.7)

Přílišná potřeba sexu je u žen nazývána nymfománie a mužů satyriáza.

Psychické a behaviorální faktory spojené s poruchami nebo chorobami klasifikovanými jinde (F54)

Tato kategorie je používána k zaznamenání přítomnosti psychických nebo behaviorálních činitelů (typ chování A), o nichž se soudí, že se podílejí na vzniku nebo udržování některého somatického onemocnění.

Obvykle se do této kategorie řadí i tzv. **psychosomatická onemocnění** jako je např. astma (F54 a J45) nebo žaludeční vřed (F54 a K25).

O psychosomatickém onemocnění mluvíme tehdy, když psychosociální vlivy představují hlavní příčinu pro vznik funkčního nebo organického onemocnění nebo psychosociální vlivy spolupůsobí na vznik, rozvoj či udržení onemocnění, případně když somatické onemocnění, porucha nebo defekt vyvolají určité nežádoucí změny v psychice jedince.

PORUCHY OSOBNOSTI A CHOVÁNÍ U DOSPĚLÝCH (F60-F69)



V této kategorii jsou seskupeny rozmanité poruchy, které reprezentují výrazné odchylky od způsobů, jimiž běžný člověk v dané společnosti vnímá, myslí, prožívá a jedná, obzvláště směrem k ostatním lidem.

Předpokládá se, že na vzniku a vývoji poruch se spoluúčastní jak biologické determinanty (genetické vlivy, prenatální poškození), tak i vnější vlivy (výchova, stresové situace).

Projevy poruchy se objevují obvykle již v adolescenci a přetrvávají relativně po celý život. Během doby u postiženého jedince dochází k zřetelným výkyvům (dekompenzacím) jeho stavu, které jsou vyvolávány nepříznivými životními situacemi (interpersonální konflikty, různé omezující faktory).

Poruchy osobnosti a chování dospělých zahrnují specifické poruchy osobnosti, nutkavé a impulzivní poruchy, poruchy pohlavní identity a poruchy pohlavní preference.

Specifické poruchy osobnosti (F60)

Poruchy osobnosti (dříve psychopatie) jsou hluboce zakořeněné a relativně trvalé stavy nebo vzorce chování, které se vyznačují neadaptivním až výrazně rušivým chováním.

Postižený jedinec má některé povahové a charakterové rysy abnormálně zvýrazněny a některé naopak potlačeny.

Pro určení diagnózy by se abnormalita měla dlouhodobě projevovat ve více než jedné z následujících oblastí:

- 1) způsoby vnímání a interpretace událostí a formování představ o sobě a ostatních;
- 2) emotivita (intenzita a přiměřenost emoční reakce);
- 3) ovládání a uspokojování svých potřeb;
- 4) způsob chování k ostatním a zvládání interpersonálních situací.

Postižený jedinec, přestože má kvůli svému způsobu jednání obtíže, obvykle nepřipouští chybu u sebe, ale má tendenci obviňovat za eventuální konflikty druhé.

Paranoidní porucha osobnosti (F60.0)

Paranoidní porucha osobnosti se vyznačuje přílišnou citlivostí k odmítnutí, neodpouštěním urážek, podezřívavostí a tendencí interpretovat akce druhých jako nepřátelské. Postižená osoba má sklon zdůrazňovat důležitost své vlastní osoby a vytrvale (popuzeně) bojovat za svá osobní práva bez ohledu na přiměřenost daného kontextu. V partnerském vztahu má tendenci k patologické žárlivosti.

Schizoidní porucha osobnosti (F60.1)

Schizoidní porucha osobnosti je charakterizována stažením se od citových, sociálních a jiných kontaktů. V případě kontaktu má jedinec omezenou schopnost vyjadřovat své city (emoční oploštělost), preferuje fantazii a provádění činností o samotě.

Disociální porucha osobnosti (F60.2)

Disociální porucha osobnosti asi nejvíce odpovídá běžné představě lidí o psychopatii, resp. psychopatovi.

Porucha se vyznačuje lhostejností až bezohledností k citění druhých a k společenským závazkům a normám. Postižený jedinec má velmi nízkou toleranci k frustraci a následně

nízký práh pro agresivní reakci. Obvykle nepřipouští eventuální vinu, a možná i proto má nedostatečnou schopnost poučit se ze zkušenosti, včetně trestu.

Postižení jedinci se zpravidla dostávají kvůli svému jednání do problémů s okolím a s právním systémem státu.

Emočně nestabilní porucha osobnosti (F60.3)

Emočně nestabilní porucha osobnosti je charakterizována emotivní nestálostí a zkratkovitým jednáním.

Tato porucha se dále rozděluje na impulzivní typ a hraniční typ.

Impulzivní typ se vyznačuje emoční nestálostí a nedostatečnou kontrolou impulzivity. Postižený jedinec má tendenci k hostilnímu jednání k ostatním, zvláště je-li kritizován.

Hraniční typ se vyznačuje poruchou představy o sobě samém, včetně vnitřních preferencí a cílů. Jedinec trpí chronickými pocity prázdnoty a má opakované tendence k sebepoškození. Dále má sklon zaplétat se do intenzivních a nestálých interpersonálních vztahů.

Histriónská porucha osobnosti (F60.4)

Histriónská porucha osobnosti je charakterizována mělkou a labilní emotivitou a sebestředným zaměřením postiženého jedince (např. na vzhled nebo chování). Jedinec má tendenci k přehnaným projevům emocí, teatrálnosti a k ustavičnému vyhledávání činností, při kterých může být oceněn nebo středem pozornosti.

Anankastická porucha osobnosti (F60.5)

Anankastická porucha osobnosti se vyznačuje přehnanými pochybami a obavami z potenciální chyby. Postižený jedinec se proto zabývá až příliš pravidly a detaily jakéhokoliv aktu, což znesnadňuje jeho provádění a vede k osobní nespokojenosti a ke konfliktům.

Úzkostná (vyhýbavá) porucha osobnosti (F60.6)

Podstatou úzkostné poruchy osobnosti je vyhýbání se kontaktu s ostatními z důvodu obavy z negativního přijetí nebo kritického hodnocení. Postižený jedinec je přesvědčen o své sociální nešikovnosti, nedostatku osobní přitažlivosti nebo jakékoliv jiné vlastní neschopnosti ve srovnání s jinými.

Závislá porucha osobnosti (F60.7)

Závislá porucha osobnosti je charakterizovaná stálým, pasivním spoléháním se na druhé osoby. Postižený jedinec apeluje na druhé, aby za něj přebírali odpovědnost a činili i sebemenší rozhodnutí. Navíc pociťuje obavu, že bude opuštěn druhou osobou a nebude se o sebe poté schopen postarat sám. Vnímá se totiž obvykle jako bezmocný a nekompetentní.

Jiné specifické poruchy osobnosti (F60.8)

Patří sem například narcistická porucha osobnosti, jež se vyznačuje výraznou vírou jedince ve vlastní důležitost a potřebou enormního obdivu, a také pasivně-agresivní porucha osobnosti, jež se vyznačuje podrážděností postiženého jedince, je-li žádán o něco svým okolím, a skrytým kladením překážek ostatním.

Smišené a jiné poruchy osobnosti (F61)

Do této skupiny se řadí takové poruchy osobnosti, které je obtížné začlenit do některé ze specifických poruch osobnosti, nebo obsahují rysy několika specifických poruch osobnosti.

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

Tato kategorie zahrnuje poruchy osobnosti, které se rozvinuly jako následek výrazného stresu, obvykle katastrofického charakteru, nebo jako následek duševní poruchy. Pro určení diagnózy je nutné, aby způsobená změna osobnosti negativně narušovala každodenní fungování postiženého jedince alespoň po dobu dvou let. Průběh poruchy je chronický. V případě poruchy osobnosti po katastrofické události dochází k zhoršení stavu při expozici místu ohrožení.

Patří sem přetrvávající změna osobnosti po katastrofické události (F62.0) a přetrvávající změna osobnosti po duševním onemocnění (F62.1)

Návykové a impulzivní poruchy (F63)

Tyto poruchy jsou charakterizované neodolatelnou tendencí k opakování obvykle ohrožujících činů, které nemají jasný racionální podklad.

Pro určení diagnózy by měly být přítomny všechny tři uvedené charakteristiky:

- 1) neschopnost odolat impulzu nebo pokušení vykonat obvykle nebezpečný čin pro aktéra nebo okolí;
- 2) uvědomované vzrůstající napětí před provedením činu;
- 3) vzrušení při vykonávání činu.

Postižení jedinci se zpravidla dostávají kvůli svému chorobnému jednání do problémů s okolím a také s právním systémem státu.

Patologické hráčství (F63.0)

Opakované epizody hráčství, které jedinci způsobují obtíže v sociálním, rodinném a pracovním životě. Během těchto období postižený jedinec nedokáže kontrolovat puzezení k hraní, a když nehraje, je obvykle zaujat myšlenkami na hru. V případě hazardních her se patologický hráč obvykle zadluží do takové míry, že není schopen splácet své závazky. Nedostatek prostředků a tendence k stále vyšším sázkám vede k disociálnímu jednání, jako jsou podvody a krádeže.

Sociální hráči se od patologických hráčů liší v tom, že přestanou hrát v okamžiku, kdy utratí své předem vyhrazené peníze pro hraní.

Patologické zakládání požárů (F63.1)

Opětovné zakládání požárů nebo pokusy o zakládání požárů a zaujetí předměty, které souvisí s požáry a hořením. Jedinec prožívá uspokojení a uvolnění při založení požáru nebo při přihlížení hoření.

Známé jsou případy, že takto postižený jedinec zastával pozici dobrovolného nebo profesionálního hasiče.

Patologické kradení (F63.2)

Opakované nutkání ke kradení věcí, které postižený nepotřebuje. Osoba může pociťovat vinu za své jednání mezi epizodami krádeží.

Trichotilománie (F63.3)

Porucha je charakterizovaná zjevnou ztrátou vlasů, která je způsobená opakovaným vytrháváním vlasů.

Poruchy pohlavní identity (F64)

Poruchy pohlavní identity jsou charakterizované narušením „normálního“ prožívání mužství nebo ženství. Postižený jedinec pocítuje nesoulad mezi svým biologickým pohlavím a přáním patřit mezi příslušníky opačného pohlaví.

Transexualismus (F64.0)

Přání žít a být uznán jako člen opačného pohlaví. Obvykle je postižený jedinec nespokojen s vlastním anatomickým pohlavím a má touhu jej změnit na preferované pohlaví.

Porucha se začíná plně projevovat v adolescenci a její průběh je chronický. Obvykle je doprovázena nesnázemi v sociálním a pracovním prostředí. Často se objevují deprese a suicidální myšlenky.

Transvestitismus dvojí role (F64.1)

Pro poruchu je charakteristické občasné nošení šatů opačného pohlaví pro požitek z dočasné příslušnosti k opačnému pohlaví (převlékání nemá sexuální motivaci). Postižený jedinec však nemá přání trvalejší změny, např. chirurgické změny pohlaví.

Poruchy sexuální preference (F65)

Poruchy sexuální preference jsou charakterizované opakovanými sexuálními impulzy, fantaziemi a aktivitami, které jsou v dané společnosti neobvyklé nebo dokonce nepřipustné, např. pedofilie. Postižený jedinec má puzení těmito touhám vyhovět.

Fetišismus (F65.0)

Potřeba některých neživých předmětů (např. obuv nebo částí oděvů) jako podnětu pro zvýšení sexuálního vzrušení a uspokojení.

Fetišistický transvestitismus (F65.1)

Nošení šatů opačného pohlaví za účelem dosažení sexuálního vzrušení a vytvoření dojmu, že se jedná o příslušníka opačného pohlaví. Postižený jedinec po dosažení orgasmu oděv odkládá.

Exhibicionismus (F65.2)

Přetrvávající tendence k odhalování genitálu před cizími lidmi (obvyčně opačného pohlaví) bez výzvy nebo záměru intimního kontaktu. V době expozice obvykle dochází k vzrušení a následně k masturbaci.

Voajérství (F65.3)

Tendence pozorovat druhé osoby při sexuálním styku nebo jiném intimním chování (např. svlékání). Zpravidla způsobuje u voajéra sexuální vzrušení. Voajér obvykle sleduje druhé bez jejich vědomí.

Pedofilie (F65.4)

Trvalé nebo převládající zaměření sexuální aktivity na děti, obvyčně předpubertálního nebo časného pubertálního věku.

Postižení jedinci se obvykle dostávají kvůli své preferenci do problémů s právním systémem příslušného státu.

Sadomasochismus (F65.5)

Tendence k sexuální aktivitě, která zahrnuje působení bolesti, ponižování nebo omezování osobní svobody. V případě, že jedinec provádí dané aktivity, mluvíme o sadismu. V případě, že jedinec preferuje přijímat výše zmíněnou stimulaci, jedná se o masochismus. V obou případech subjekt pociťuje sexuální vzrušení.

Psychické a behaviorální poruchy spojené se sexuálním vývojem a orientací (F66)

Poruchy v tomto oddíle jsou charakterizované obtížemi v prožívání své pohlavní identity nebo orientace. Vlastní sexuální orientace se sama o sobě nepokládá za poruchu.

Porucha sexuálního vyzrání (F66.0)

Postižený jedinec si není jistý svou pohlavní identitou nebo sexuální orientací (heterosexuální, homosexuální, nebo bisexuální). Porucha se nejčastěji vyskytuje u dospívajících a obvykle je doprovázena pocity úzkosti nebo deprese.

Ego-dystonní sexuální orientace (F66.1)

Pohlavní identita nebo sexuální orientace je zřejmá, ale jedinec si přeje změnu.

Porucha sexuálních vztahů (F66.2)

Pohlavní identita nebo sexuální orientace způsobuje obtíže při navazování nebo udržování vztahu se sexuálním partnerem.

Jiné poruchy osobnosti a chování u dospělých (F68)

Zpracování somatických symptomů psychologickými vlivy (F68.0)

Tělesné příznaky, které byly původně zapříčiněny některou tělesnou poruchou nebo onemocněním, se stanou přehnaně intenzivními nebo chronickými do takové míry, že to již není možno vysvětlit původním onemocněním.

Záměrné vyvolávání nebo předstírání tělesných nebo psychických příznaků či psychické neschopnosti (F68.1)

Postižený jedinec opakovaně bezdůvodně předstírá nebo si dokonce způsobuje příznaky nějakého onemocnění. Nemocný postupně přebírá „rolí“ chronického pacienta a podrobuje se množství zbytečných vyšetření i lékařských zákroků.

Známým synonymem této poruchy je Munchhausenův syndrom.

OTÁZKY A ÚKOLY

1. Charakterizujte pojem duševní zdraví.
2. Jaký je rozdíl mezi poruchou a nemocí?
3. Charakterizujte demenci.
4. Vyjmenujte a charakterizujte klinické stavy spojené s psychoaktivními látkami.
5. Vyjmenujte specifické psychoaktivní látky.
6. Uveďte a charakterizujte psychotické příznaky.
7. Jaký je rozdíl mezi manickou a depresivní epizodou?
8. Uveďte hlavní příznaky u neurotických poruch.
9. Vyjmenujte a charakterizujte fobické úzkostné poruchy.
10. Charakterizujte obsedantně kompulzivní poruchu.
11. Charakterizujte akutní reakci na stres a posttraumatickou stresovou poruchu.
12. Uveďte a charakterizujte poruchy příjmu potravy.
13. Charakterizujte psychosomatické onemocnění.
14. Charakterizujte specifické poruchy osobnosti.
15. Vyjmenujte a charakterizujte návykové a impulzivní poruchy.
16. Charakterizujte poruchy sexuální preference.

SLOVNÍK

Afázie - ztráta symbolické funkce řeči, vztahující se k chápání a vyjadřování myšlenek prostřednictvím slov

Agitovanost – neklid, který se projevuje bezúčelným pobíháním nebo jinou tělesnou aktivitou

Anestezie - znecitlivění

Anhedonie - neschopnost prožívat kladné emoce a city

Apatie – snížená aktivita; zeslabení reakcí vůči vjemům

Apraxie - neschopnost provádět složitější motorické aktivity, přestože pohyblivost končetin není porušená

Agnozie - neschopnost přesně rozpoznávat nebo identifikovat smyslové vjemy, přestože percepční orgány mají neporušenou funkci

Atrofie - regresivní změna postihující normálně vyvinutý orgán nebo tkáň

Blud – chorobné a nevývratné přesvědčení

Degenerace - zeslabení, úpadek schopnosti

Degradace osobnosti - nenávratná změna osobnosti, která se vyznačuje úpadkem nebo ztrátou některých schopností

Dekompenzace - zhoršení

Depersonalizace – prožívání neskutečnosti sebe sama

Derealizace - prožívání světa tak, jakoby nebyl skutečný a reálný

Deteriorizace - zhoršení

Dezinhibice – odbržděnost a nekontrolovanost

Dysforie – zhoršená nálada

Dysfunkce - narušená funkce

Etiologie – nauka příčinách vzniku nemocí; původ onemocnění

Etiopatogeneze - soubor příčin a mechanismů vedoucích ke vzniku nemoci

Euforie – zvýšená nálada

Explozivní nálada – výbušná a zlostná nálada

Halucinace - klamný vjem vzniklý bez reálného podnětu

Hostilní – nepřátelský

Hyperkineze - nadměrný a mimovolní pohyb

Hypertenze – vysoký krevní tlak

Hyperventilace - prohloubené a zrychlené dýchání

Hypoxie - nedostatek kyslíku pro tělesný metabolismus

Kognitivní funkce – řadíme mezi ně receptivní funkce (schopnost výběru, získání, třídění a integrace informací), paměť a učení (skladování a vybavování informací), myšlení (mentální organizaci a reorganizaci informací) a expresivní funkce (prostředky k verbálnímu nebo neverbálnímu vyjádření informací)

Konfabulace – zkreslení vzpomínek nebo vymyšlení nepravdivých vzpomínek

Maladaptivní – nepřizpůsobivý

Manýrování - porucha jednání, při níž pacient karikuje a přehrává běžné činnosti

Mutismus – oněmění, přestože schopnost mluvení a řeči není porušena

Myšlenkový trysk - neschopnost přiměřeně verbalizovat zrychlený myšlenkový proces

Nauzea - pocit nevolnosti a nepohodlí v žaludku a hlavě

Neologismus - relativně nová slova, která není součástí běžné slovní zásoby

Palpitace – zvýšené uvědomování si srdečního rytmu

Panická ataka - silná úzkost až hrůza, která vzniká náhle bez zjevné příčiny

Patologický – chorobný

Patogeneze – vznik a vývoj chorobných změn v těle

Patologie - obor zabývající se chorobnými jevy a pochody v organizmech

Paréza - částečná ztráta hybnosti, neúplná obrna

Premorbidní - stav organismu nebo psychiky před onemocněním

Prodromální - soubor nespecifických příznaků ohlašující příchod nemoci

Remise - přechodné vymizení příznaků nemoci

Reverzibilní - vratný

Reziduální – zbytkový, doznívající

Somatický - vztahující se k tělu, tělesný

Stupor - chorobný stav, ve kterém dochází k setrvávání ve strnulých, často i nepřirozených polohách

Suicidium – sebevražda

Symptomatologie - nauka o příznacích (symptomech) nemocí

Tachykardie – zvýšená tepová frekvence

Vegetativní příznaky – příznaky, které se týkají životních funkcí orgánů

LITERATURA

- Baštecká, B. Goldmann, P. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-550-4
- Fleischmann, O. *Vybrané kapitoly z psychopatologie*. Ústí n/L: PF UJEP, 2011. ISBN 978-80-7414-348-9
- Jahoda, M. *Current Concepts of Positive Mental Health*. New York: Basic Books, 1958.
- Janík, A. Dušek, K. *Diagnostika duševních poruch*. Praha: Avicenum, 1974.
- Koukola, B. *Psychologie zdraví. Habilitační práce*. Šumperk: Slezská universita Opava, 1999
- Křivohlavý, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0
- Křivohlavý, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4
- Mezinárodní klasifikace nemocí. 10 revize. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. 10 revize. (2.vyd.)*. Praha: Bomton Agency, 2008. ISBN 978-80-904259-0-6
- Mezinárodní klasifikace nemocí. 10 revize. *Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. ISBN 80-85121-64-6
- Míček, L. *Duševní zdraví*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1984.
- Smolík, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf, 1996. ISBN 80-85800-33-0
- Williams, R. Concepts of Health: an analysis of lay's logic. In *Sociology*, 1983, vol.17, no.2, s.185-205.
- Zvolský, P. a kol. *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1994. ISBN 80-7184-494-2
- Zvolský, P. a kol. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-203-6

Ústí nad Labem 2013

Název	Duševní a behaviorální poruchy
Autor	PhDr. Martin Dlabal, Ph.D.
Nakladatel	Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem
Edice	skripta
Rok	2013
Vydání	1. vydání
Náklad	250 ks
Počet stran	70 stran
Tisk a vazba	Tiskárna L.V.Print Uherské Hradiště

ISBN 978-80-7414-605-3



9 788074 146053