

Symptomy psychických poruch

V této kapitole jsou popsány základní psychické funkce, které hodnotíme při psychiatrickém vyšetření, a jejich poruchy.

VĚDOMÍ

Globální psychická funkce podmiňující správný chod ostatních psychických funkcí (orientace, paměť, pozornost, jednání, vůle, myšlení, vnímání, emoce). Pomocí vědomí si člověk uvědomuje sám sebe a své okolí: tělesné schéma, orientace v prostoru; integruje prožitky vnitřní a vnější. Je dynamickým stavem – (*tok vědomí*).

Bdělost - vigilita, (také **arousal, čilost**) charakterizuje *kvantitativní* vlastnost vědomí, která během dne fyziologicky kolísá od vysoké míry nabuzení až po ospalost a spánek.

Jasnost - lucidita (také **awareness, uvědomování**) charakterizuje *kvalitativní* vlastnost vědomí určující hloubku a obsah bdělého stavu. Můžeme si ji představit jako kruh, v jehož středu je nejkoncentrovanější část – tedy to, co si plně uvědomujeme. Vyžaduje aktivní zaměření pozornosti. Mezi plně uvědomovanou psychickou činností a činnostmi pouze částečně nebo vůbec neuvědomovanou existuje řada mezistupňů.



Rozmazaná část kolem je méně jasné uvědomování si toho, co se děje kolem nás ve chvíli, když zaměříme pozornost na něco jiného. Schilderova sféra – hraniční oblast mezi centrem vědomí a okolní oblastí.

Může jít o **automatizované jednání** jako chůze, čištění zubů, automatické odpovědi v běžných povrchních nenáročných sociálních interakcích. Vysoké procento běžných denních činností děláme bez plného uvědomování, stává se z nich **návyk**; pokud by museli neustále probíhat centrem uvědomování, brzdilo by nás to. Mezi mimovědomé procesy patří reflexivní jednání, **podvědomé psychické obsahy**, které jsou vůlí převoditelné do vědomí, **nevědomé**

psychické obsahy dle teorie nevědomí psychoanalýzy nejsou přístupné vědomí, ale mají vliv na naše prožívání a chování. **Kapacitu vědomí** (rozsah uvědomovaného) můžeme zvýšit např. praktikováním všímavosti (**mindfulness**): zaměřování pozornosti na přítomný okamžik a všechny děje, které obsahuje.

Idiognóze je integrace celého obsahu vědomí do jednoho subjektivního obrazu patřícího určitému pozorovateli "já". Uvědomování si vlastních přání a cílů, své odlišnosti od okolí, uvědomování si vlastní mysli.

Z neurofyzilogického hlediska je základním mechanismem zajišťujícím správnou funkci vědomí **retikulární formace**, její součástí je **ARAS (ascendentní retikulární aktivační systém)** = nespecifické aferentní nervové dráhy lokalizované v pontu, mezencefalu a thalamu, vedoucí vzruchy z periferie do kmene, thalamu, limbického systému a mozkové kůry, zajišťující integraci všech oblastí. **Neurotransmiterové systémy** podílející se na správné funkci vědomí a jejich **jádra** lokalizované v retikulární formaci: **acetylcholinergní** zajišťující klidné bdění (*ncl. gigantocellularis pontu* – poškození vede ke kómatu), **noradrenergní** zajišťující kontrolu pozornosti a integraci senzorických vstupů přes limbický systém do prefrontálního kortexu kde jsou abstrahovány (*locus coeruleus* – destrukce vede k deprivaci REM spánku), **serotonergní** podílející se na regulaci kognitivních funkcí a na nonREM spánku (*ncl. raphe* – destrukce vede k totální nespavosti a psychotickému syndromu), **dopaminergní** zajišťující aktivní bdění (*substantia nigra* – poškození vede k poruchám rozhodování, M. Parkinson). Destrukci retikulární formace nastává kóma. Porušení může nastat: metabolicky (hypoglykémie, metabolický rozvrat), hypoxicky (ischemie), toxicky (narkóza, hypnotika), mechanicky (krvácení, kontuze, komprese např. nádorem), funkčně (asynapsie při komoci, difúzní axonální poškození).

Při vyšetření hodnotíme vědomí dle reakce na podnět, dle smysluplnosti jednání, schopnosti navázat kontakt, úrovně dílčích psychických funkcí jako je orientace, pozornost, ale i např. dle EEG. Zjišťujeme kontext vzniku poruchy vědomí. V status praesens psychicus (SPP: nebo Obj.) při neporušeném vědomí píšeme: **vigilní, lucidní**.

Změny vědomí

Fyziologické - biické (spánek, hypnóza)

Patické (poruchy vědomí)

Spánek

Pravidelně probíhající změna vědomí, která se projevuje jeho zúžením. Podléhá cirkadiánním rytmům. Nedochází úplně ke změně psychického dění, udržuje se kontinuita jáství. Během snění dochází někdy k odloučení od tělesného schématu a vlastní vlastnosti mohou být vnímány jako cizí. Spánek vykazuje výkyvy od hlubokého spánku po mělký.

Hypnóza

Stav podobný parciálnímu spánku, který umožňuje podvědomé mysli provádět změny prostřednictvím přímých podnětů. Určité oblasti vědomí jsou potlačeny (kritičnost, logické myšlení) za zachování bdělosti. Hypnabilita: schopnost být zhypnotizován, závisí na sugestibilitě jedince, ochotě vzdát se vědomé kontroly nad vlastní myslí. Může být navozena uměle. Hypnotický stav může mít různou hloubku. Přímý přístup k podvědomí se dá využívat terapeuticky.

Ve stavu hypnózy má člověk zpomalenou psychomotoriku, utlumené smyslové vnímání, zpomalení dechu a tepu. Příklady terapeutického využití: přímo hypnóza klasická, Ericsonská – terapeut je činitel odpovědný za změnu. Neurolingvistické programování, autosugestivní techniky – autogenní trénink, sankalpa. Hypnotická a autohypnotická terapie se dá využívat v oblasti psychosomatických onemocnění, disociativních poruch, snižování chronické bolesti, k hubnutí, odvykání od kouření etc.

Poruchy vědomí

Kvantitativní poruchy vědomí

- zeslabení/útlum duševní činnosti (porucha bdělosti)

Somnolence

Chorobná ospalost. Postižený reaguje na oslovení, na podnět, ale zpomaleně, může odpovídat v relaci dotazů, můžeme ho přivést k plnému vědomí, ale posléze upadá zpátky do spánku.

Sopor

Postižený reaguje pouze na silně bolestivý podnět, není schopen odpovědět na dotazy (spíše bručí, nebo se lehce otočí). Jsou přítomné patologické reflexy (Babinského), obranné reflexy. Může se vyskytovat u intoxikací, úrazů, infekčních onemocnění.

Kóma

Těžký stav bezvědomí, kde postižený nereaguje na jakýkoliv podnět, není možné navázat kontakt.

Mělká kóma: zpomalené dýchání, snížená tepová frekvence, snížený tlak krve, zornice jsou mydriatické, reagují na světlo, rohovkový reflex je pozitivní. Okosticové reflexy jsou zeslabené.

Hlubší kóma: hluboké rytmické dýchání (u různé etiologie kómatu vedou k různým rytmům...) téměř neměřitelný tlak krve, zornice jsou miotické, nereagují na osvit, vyhasínají reflexy. Může se vyskytovat u těžších úrazů, intoxikací, CMP, somatické onemocnění. Může přejít ve smrt.

Kvantitativní poruchu vědomí můžeme hodnotit podle GSC (Glasgow Coma Scale)

Otevření očí	dospělí a větší děti	malé děti
1	neotvírá	neotvírá
2	na bolest	na bolest
3	na oslovení	na oslovení
4	spontánně	spontánně
Nejlepší hlasový projev		
1	žádný	žádný
2	nesrozumitelné zvuky	na algický podnět sténá
3	jednotlivá slova	na algický podnět křičí nebo pláče
4	neadekvátní slovní projev	spontánně křičí, pláče, neodpovídající reakce
5	adekvátní slovní projev	brouká si, žvatlá, sleduje okolí, otáčí se za zvukem
Nejlepší motorická odpověď		
1	žádná	žádná
2	na algický podnět nespecifická extenze	na algický podnět nespecifická extenze
3	na algický podnět nespecifická flexe	na algický podnět nespecifická flexe
4	na algický podnět úniková reakce	na algický podnět úniková reakce
5	na algický podnět cílená obranná reakce	na algický podnět cílená obranná reakce
6	na výzvu adekvátní motorická reakce	normální spontánní pohyblivost
Vyhodnocení		
15–13	žádná nebo lehká porucha	
9–12	středně závažná porucha	
do 8	závažná porucha	

[GCS wikiskripta](#)

Mdloba

– **synkopa/kolaps** – krátkodobá porucha vědomí, která většinou vzniká nedokrveností mozku. Může vzniknout za fyziologických podmínek při únavě, vyčerpání, jinak k ní dochází při některých onemocnění srdčních a oběhových.

Epilepsie

Často smíšené kvantitativní a kvalitativní poruchy vědomí. Dva typy: grand mal záchvaty (porucha vědomí trvá déle, jsou přítomny generalizované křeče), absence (porucha vědomí kratší, jedná se o výpadek, bez generalizovaných křečí).



Pokud má pacient těžší kvantitativní poruchu vědomí, je zpravidla psychiatrické vyšetření kontraindikováno: Nebylo by validní pro absenci hodnotitelných psychických obsahů. Poruchy tohoto typu jsou předmětem jiných medicínských oborů (neurologie, interna atd..).

Při kvantitativním zvýšení míry duševní činnosti (hyperarousal) se nejedná o poruchu vědomí.

Psychiatrické afekce **abulie** (stav těžké apatie se ztrátou vůle a iniciativy) a **akinetická katatonie** (porucha jednání) mohou připomínat poruchu vědomí, vigilita je ale plně



zachována.

Kvalitativní poruchy vědomí

– není utlumená duševní činnost, je narušen obsah (porucha lucidity)

Delirium (obluzené vědomí)

Stav zmatenosti, dezorientace, neúčelnosti a nesmyslnosti jednání. Má kolísavý průběh (lucidní intervaly) a na proběhlé delirium bývá částečná ostrůvkovitá amnézie. Může být doprovázeno agitovaností, nebo naopak letargií, halucinacemi, paranoiditou, bludy. Často se vyskytuje spánková inverze.

Nastává jako důsledek mechanického nebo chemického narušení mozkové tkáně (po úrazu, porušení metabolické homeostázy mozku, iontová disbalance etc.). Je typické u degenerativních onemocnění mozku (demence), kdy je mozek zranitelnější a reaguje i na nepatrnou změnu vnitřního prostředí. Výskyt deliria: odvykací stav od alkoholu s deliriem, delirium u organického postižení mozku, poúrazové delirium, delirium v důsledku somatického onemocnění (např. infekce), intoxikace delirogeny.

Alterace vědomí

– také **oneiroidní (snový) stav, amence**

U vybraných patologických stavů je míra lucidity vědomí pozměněna daným stavem (psychózy, intoxikace psychoaktivními látkami). Říkáme např.: lucidita vědomí alterována psychotickým prožíváním. Někdy je amence popisována jako lehčí stupeň nebo předstupeň deliria.

Obnubilace (mráкотný stav)

Porucha náhle vzniklá z jasného vědomí a náhle odeznívající. Jednání postiženého je neadekvátní jeho normě a situaci. Navenek může budit dojem zdravého člověka. Na celou událost je amnézie.

Vyskytuje se u intoxikací, epilepsie, na vrcholu silného afektu (patický afekt), u disociativních stavů.

Dělíme dále na stupor, extázi, automatickou (vigilambulantní) formu, Ganserův syndrom (vazbová psychóza).

Poruchy idiognoze

Vyskytují se při silné únavě a stresu, v odvykacích stavech, v důsledku silné úzkosti, jiných intenzivních emocí (disociace), časté u hraniční poruchy osobnosti, u psychotických onemocnění.

Depersonalizace

Postižený se cítí být oddělený od vlastních prožitků, jeho vlastní psychické a tělesné pochody se mu zdají cizí, vzdálené a nereálné.

Derealizace

Postižený má pocit, že původně známé okolní prostředí se nyní jeví jako cizí a nereálné (např. jako by byl v počítačové hře) .

POZORNOST

Jedná se o funkci vědomí. Je to akt zaměření jasného uvědomování na určitý jev či objekt. Ovlivňují ji další psychické funkce (emoce, intelekt...).

Vlastnosti pozornosti:

- **Kapacita / rozsah** – množství podnětů, které jsme schopni v daném okamžiku pozorností obsáhnout.
- **Selektivita** – schopnost zaměřit se pouze na jeden z mnohých podnětů.
- **Tenacita / stabilita** – schopnost zaměřit se na delší dobu na jeden objekt nebo jev.
- **Koncentrace** – zaměření pozornosti na jeden objekt za současného opomenutí všeho ostatního.
- **Vigilita pozornosti** – schopnost pozornost účelně přesouvat.
- **Labilita** – neúčelné přesouvání pozornosti.
- **Distribuce** – rozdělení pozornosti do více jevů současně.
- **Oscilace** – odráží kolísání pozornosti v intenzitě.

Rozdělení pozornosti:

- **Aktivní (volní, úmyslná)** – úmyslné zaměření pozornosti na určitý jev.
- **Pasivní (mimovolní, bezděčná, spontánní)** – při zaměření pozornosti bezděčně na okolní předměty a jevy bez aktivní volní činnosti. (Sledování větví stromů v parku, jak jsou hýbány větrem, ptáků etc.)
- **Protivolní** – zaměření pozornosti na něco, od čeho se snažíme pozornost přesunout jinam (bolest, úzkostné myšlenky, bušení srdce u panické ataky etc.)

Při vyšetření si všímáme, zdali pacient věnuje pozornost řečenému a umí na to reagovat, jestli si pamatuje, co se říkalo. Pacient s hypoprosexií se často ptá na již řečené. Můžeme jí dále vyšetřit sedmičkovým testem (kolik je sto bez sedmi a dále, pokud je sedmička vždy odečtena od výsledku?), nebo pacienta vyzveme, aby slabikoval slovo POKRM pozpátku.

Do SPP píšeme: **pozornost intaktní**, nebo **normoprosektický**

Poruchy pozornosti

Kvantitativní poruchy pozornosti

Hypoprosexie – globální snížení pozornosti ve všech složkách (např. u deprese).

Hyperprosexie – globální zvýšení pozornosti ve všech složkách (např. u intoxikace kokainem).

Aprosexie – absence schopnosti soustředit se (u těžkých psychóz).

Kvalitativní poruchy pozornosti

Roztržitost

Nedostatečná distribuce pozornosti a labilita pozornosti – neschopnost svou pozornost účelně podle potřeby přesouvat, např. při únavě.

Rozptýlení

Porušení koncentrace a tenacity pozornosti.

Paraprosexie

Předčasná nebo opožděná reakce na podnět například při duševním vypětí (opožděný start při atletických závodech).

Inertnost pozornosti (hypertenacita)

Nadměrné ulpívání pozornosti na jednom objektu, např. u autismu.

Těkavost pozornosti

Každý nový předmět hned zaujme pozornost (např. u ADHD).

Zúžená pozornost (tunelové vidění)

Neschopnost vnímat jevy v celém jejich rozsahu (např. u deprese, je součástí presuicidálního syndromu).

ORIENTACE

Schopnost správně rozpoznávat časové, místní, osobní a situační vztahy. Je předpokladem pro adaptaci v životě. Schopnost orientace předpokládá intaktní smyslové vnímání, vědomí, pozornost, paměť, jistý stupeň inteligence, která umožňuje mít přehled a chápat, smysl pro plynutí času.

- **Časová** – aktuální datum, den v týdnu, denní doba, měsíc, rok, roční období. Neustále se měnící údaje – častá porucha orientace.
- **Místní** – město, ulice, typ budovy, patro, pokoj
- **Osobou** – vlastní jméno, datum narození, bydliště.
- **Situací** – kde a proč se jedinec nachází, s kým rozmlouvá, v jakém je vztahu k lidem v okolí.

Různé kvality orientace nejsou vždy postižené stejnou měrou.

Při vyšetření se ptáme například: Jaký je dnešní datum? Jak dlouho už jste v nemocnici? Ve kterém jsme patře? Kterým směrem je jídelna? Kolik máte dětí? Atd.

Do SPP při neporušené orientaci píšeme: **orientován místem, časem, osobou i situací** nebo zkráceně: **plně orientován**

Poruchy orientace se vyskytují u poruch vědomí, u panických reakcí, demencí, po epileptickém záchvatu, v intoxikacích, u psychotických poruch, deprese, u neurotických poruch, organického poškození mozku... Při porušené orientaci popisujeme orientaci u každé modality zvlášť. Popisujeme **dezorientaci** (orientace zcela chybí), nebo **nepřesnou orientaci** (např. pokud neví datum, ale ví měsíc a rok/roční období).

PAMĚŤ

Schopnost přijímat, ukládat, uchovávat a vybavovat si informace uložené ve formě různě stabilních paměťových stop (engramů). Ke své správné funkci je nutný dostatečný stupeň vigility a pozornosti v době vytváření paměťové stopy.

Zpracovávání paměťové stopy:

1. **Vštípení** – impregnace, založení paměťové stopy, schopnost není ve všech stádiích života stejná. Nejsilnější je v dětství a vrcholu dosahuje v pubertě, během dospělosti klesá s přibývajícím věkem
2. **Uchování** – konzervace, retence, je to schopnost ukládání vštípených vjemů po delší dobu, závisí od emoční intenzity signálu, intelektu, konstitučního založení, stavu vědomí, které ovlivňují posílení nebo oslabení vjemů. Opakování signálu vede k delší a jistější retenci.
3. **Vybavení** – reprodukce, dekodování a převedení do aktivního pracovního signálu. Pohotovost vzpomenout si na konkrétní informace je proměnlivá v závislosti na situaci, celkovém psychickém stavu (např. tréma může vést k selhání vybavnosti paměti). Vybavování paměti dělíme na úmyslné (když jedinec zapojuje vlastní aktivitu a snahu na vybavení) a neúmyslné (když se nám vybaví vzpomínka bez vyvinutí vlastní aktivity).

Učení: aktivní soustavné a úmyslné zapamatovávání.

Paměť dělíme dle doby uchování informace:

- **Krátkodobá** (sekundy až minuty) – senzorická, zaznamenává jednotlivé statické vjemy, základem jsou lokální funkční změny na neuronových synapsích a dendritických trnech, dočasná změna množství vylévaného neurotransmiteru, citlivosti receptoru etc. Patří sem i **pracovní paměť** – sledování konverzace, souvislosti v textu, matematické operace (*prefrontální a parietální kortex*).

- **Střednědobá** (minuty až hodiny) – komplexnější vjemy a chronologie, podílí se na ní zpracovávání v *hipokampu, limbickém systému a kortexu*. Stopa buď vymizí, nebo se uchová do dlouhodobé paměti.

- **Dlouhodobá** – časově i kapacitně prakticky neomezená. Založená na změnách stavby některých článků přenosu vzruchu (zvýšení a zmnožení počtu synapsí).

Dlouhodobou paměť dále dělíme na:

- **Deklarativní, explicitní** (vědomá) – pro její uchovávání je nezbytný *hippokampus*, bez něj dlouhodobou deklarativní stopu vytvořit nelze (při oboustranném poškození nastává trvalá anterográdní amnézie). V hippocampu dochází k dlouhodobé potenciaci neuronů přes glutamátergní NMDA receptory - jejich aktivita je blokována například alkoholem.

- sémantická: jména, data, verbální informace, uložení v *kortexu a řečových centrech*

- epizodická: dějová - časový a prostorový sled událostí, *prefrontální kortex*

- rozpoznávací: nemá verbální charakter (představy), *asociační korové oblasti jednotlivých analyzátorů* – porucha: agnozie.

- **Nedeklarativní, procedurální, implicitní** (nevědomá) – motorická paměť – (např. hra na klavír), somatické a vegetativní reflexy, percepční schémata (čtení), úlohu hraje *mozeček, motorický kortex, bazální ganglia, řečová centra, limbický systém*. Její součástí jsou i **disociované traumatické prožitky** – při události s nesnesitelně intenzivním emočním vypětím se “vypne hippocampus” a událost se ukládá cestou amygdaly do procedurální paměti. K prožitkům není volný přístup, jsou uchovány na emoční a tělesné úrovni. Nové zdánlivě benigní vjemy připomínající událost pak spouští (“triggers”) emoční reakce, které jsou v dané situaci neadekvátní.

Vlastnosti paměti:

přesnost (jak podrobně a pravdivě vzpomínka odpovídá původnímu vjemu – závisí na emočních vlivech a osobním stanovisku), jistota, pocit novosti, pocit známosti, lokalizace (časová a chronologická).

Poruchy paměti

Kvantitativní poruchy paměti

Amnézie

Ztráta paměti na určitý časový úsek. U organických psychických poruch může jít o ztrátu paměti trvalého charakteru. Může být: přechodná/trvalá, částečná (ostrůvkovitá)/totální, anterográdní (amnézie a události po impaktu) / retrográdní (amnézie na události před impaktem). Např. alkoholické okénko – **palimpsest**, při patickém afektu, při úrazech hlavy, epileptickém záchvatu.

Hypomnézie

Oslabení paměti. Porucha vstíplivosti, při únavě, celkovém psychickém útlumu, při organických poruchách.

Hypermnézie

Zesílení paměti a zvýšená výbavnost, bývá zvýšen pocit jistoty na úkor přesnosti – u manických stavů. Nebo se může vyskytovat při obzvlášť subjektivně důležitých informacích (např. hypochondrická porucha – zapamatování příznaků a chronologie jejich výskytu).



Poruchy paměti uváděné často neurotiky nebo pacienty s depresí nejsou skutečnými poruchami paměti, ale jsou způsobeny poruchou pozornosti.

Kvalitativní poruchy paměti

Konfabulace

Při těžké poruše vstíplivosti paměti si postižený doplňuje mezery v paměti smyšlenými událostmi. Neděje se to vědomě. Působí velmi věrohodně, protože pacient je přesvědčen o jejich realitě. Typické např. pro alkoholovou demenci.

Kryptomnézie

Vzpomínka na vjem časem oslabí a zůstává pouze neukotvený vjem samotný, který je mylně považován za vlastní originální nápad (např. nevědomá tvorba plagiátů).

Vzpomínkový klam

Neprožitá událost se jeví jako vlastní vzpomínka. Vybavení vzpomínek na události, které se nestaly, nebo se staly jinak.

Pseudologia phantastica (bájná lhavost)

Jedinec vypráví různé události s fantastickým obsahem jakoby je prožil a nerozlišuje mezi tím, co je fantazie a co bylo skutečně prožito. Vyplývá z poruchy osobnosti (nedostatečná sebehodnota, snaha dosáhnout uznání, respektu či jiné výhody), stává se kompulzivní, v pokročilé fázi jedinec již neumí rozeznávat skutečnost od vysněných produkcí a ani to nepovažuje za potřebné.

Déjà vu – iluze již viděného a prožitého, např. při únavě, na počátku psychóz.

Jamais vu – iluze nikde neviděného a neprožitého, např. u organického postižení mozku.

Při vyšetření paměti se ptáme na anamnestické údaje, dále například na to, co bylo k obědu, pokud to víme. Můžeme sledovat zdali si pacient pamatuje věci, které jsme říkali před pár minutami/včera. K odlišení zdali se jedná o poruchu všípivosti nebo výbavnosti můžeme pacientovi nabídnout výběr z více možností. Pokud odpoví správně, jedná se o poruchu výbavnosti paměti.

K vyšetření paměti nám slouží baterie testů kognitivních funkcí. Orientační, nejjednodušší test MMSE (Mini Mental State Examination: 30 bodů – zkoumá mimo paměti i orientaci a pozornost).

Do SPP při neporušené paměti píšeme: ***paměť intaktní, paměť orientačně v normě.***

INTELEKT

Nebo také **intelligence** (tyto pojmy se běžně v literatuře zaměňují).

Komplexní soubor rozumových schopností (správně usuzovat, používat získané vědomosti, aktivně přistupovat k objektivní skutečnosti, porozumět situaci a správně na ní reagovat) umožňující adaptaci na nové situace a efektivní řešení problémů.

Dále se popisuje definice správné operace s abstraktními pojmy podle logických zákonů a na základě toho schopnost vytvářet nové soudy, nebo korigovat staré.

Podobných definic je mnoho.

Rozeznáváme dílčí speciální vlohy: chápavost, soudnost, slovní pohotovost, prostorová představivost, počtářské schopnosti, schopnost analýzy, syntézy, konstrukce, abstrakce a tvoření pojmů, vystihnout podstaty jevů, odlišování podstatného od méně podstatného, předvídání budoucích událostí a vývoje, opouštění starých postupů a vytváření nových a nalezení nových problémů ve známé situaci.

Dále rozlišujeme inteligenci na krystalickou, fluidní, verbální, vizuální, matematickou, hudební, pohybovou, interpersonální, intrapersonální, emoční...

Úroveň intelektu se můžeme pokusit kvantifikovat pomocí IQ (intelligenční kvocient).

Průměrné IQ: 91-110, podprůměrné IQ: 70-90, nadprůměrné IQ: nad 110, genialita nad 140.

Úroveň intelektu během vyšetření lze zjistit orientačně pouze s velkou nepřesností, zejména pokud jsou přítomné poruchy ostatních psychických funkcí (pozornosti, myšlení, emotivity etc.). Jako přibližné vodítko o premorbidním intelektu nám může sloužit informace o dosaženém vzdělání, druhy zájmů a sociální prostředí ve kterém pacient vyrůstal. Dále se můžeme ptát na školní vědomosti, znalosti etc.

Inteligenci vyšetřujeme testy, které jsou součástí komplexního psychologického vyšetření (nejčastěji Wechsler-Belevue: WAIS-III, dále také Ravenovy progresivní matice, Army alfa, Army beta) a orientačně speciálními testy na určení míry demence (např.: MMSE, ACE-Addenbrook cognitive examination).

Do SPP při orientačně neporušeném intelektu píšeme: ***kognitivně-mnestické funkce jsou orientačně v normě***

Poruchy intelektu

Porucha vývoje intelektu ▀ to je nově dle DSM 5 a MKN 11, (dle DSM 4 a MKN 10: Mentální retardace)

Nedostatečný rozvoj intelektových schopností. Vznik poruchy před 2. rokem věku. Etio. různorodá: pre/peri/postnatální poškození mozku, genetické, toxické, metabolické a traumatické vlivy... Dle hodnoty IQ dělíme poruchu vývoje intelektu na:

- **lehkou (50-70)** postiženo je zejména abstraktní myšlení, zhoršená schopnost číst a psát, mechanická paměť může být kompenzačně i zvýšená, mluvu si postižení osvojují opožděně, jsou vychovatelní, vzdělatelní ve speciálních školách, na první pohled nemusí být nápadní. Jsou schopni založit rodinu a pečovat o děti.
- **středně těžkou (35-49)** mluva pouze základní, řeč bývá méně artikulovaná (úroveň varíruje), bez schopnosti čtení a psaní, nevzdělatelní, nezaměstnatelní, nesamostatní, základní sebepečí (jídlo, hygiena, oblékání) zvládnou.
- **těžkou (20-34)** neschopní řeči, sebepečí, časté poruchy motoriky, agrese, neschopnost samostatného života
- **hlubokou (< 20)** neporozumí požadavkům a instrukcím, imobilita, inkontinence, nutnost krmení, přítomno postižení zraku a sluchu

Demence

Úbytek intelektových schopností vznikající v pozdějším věku svou intenzitou neodpovídající běžnému seni. Různorodé organické etiologie.

Dementia praecox – Emil Kraepelin tak nazval onemocnění, které dnes nazýváme schizofrenií právě kvůli předčasnému úbytku intelektových schopností, kterým je doprovázeno. Dnes tento úbytek intelektu nazýváme **postpsychotický kognitivní defekt**.



Pseudodemence – postižený se chová jakoby dementní, ale nejedná se o pravou demenci, může se jednat o účelovou reakci v tíživých situacích. Někdy je jako pseudodemence popisován zdánlivý úbytek kognitivních schopností během těžké deprese. Po залечení deprese se úroveň intelektu vrací na původní.

Zanedbanost dítěte – (nedostatečná intelektuální a senzorická stimulace dítěte, zanedbání výchovy, týrání, zanedbání školní docházky...) je nutné odlišit ji od poruch intelektu.

POZNÁVÁNÍ

Identifikace objektů a jevů probíhající v příslušném korovém analyzátoru na základě stimulů ze smyslových orgánů.

Gnostické poruchy (poruchy poznávání)

Vyskytují se při poškození příslušných mozkových oblastí, přičemž smyslové orgány nejsou postiženy.

- **Agnozie** – poruchy poznávací schopnosti
- **Nosoagnosie**, nebo **A-noso-gnosie** – neuvědomování si choroby, často u závažnějších psychických poruch. Mluvíme o náhledu na chorobu a pocitu choroby. V průběhu onemocnění se náhled na onemocnění vyvíjí (psychotické poruchy, organické poruchy, afektivní poruchy, závislosti).
- **Autotopagnosie** – nerozeznávání části těla (porucha tělesného schématu).
- **Astereognosie** – neschopnost rozlišit předměty pohmatem při zavřených očích – postižení v parietální korové oblasti.
- **Prosopagnosie** – neschopnost rozeznávat obličeje .

Při vyšetření si všímáme jak nemocný rozumí svým příznakům a co se s ním děje. Zdali připouští, že by se mohlo jednat o jeho potíže, nebo má např. tendenci externalizovat problém do okolí.

Do SPP píšeme např.: **náhled přítomen**, nebo **nosognostický**, nebo **náhled částečný**, nebo **anosognostický**, **bez náhledu**.

MYŠLENÍ

Představuje nejvyšší formu poznávací činnosti, má integrační funkci – zaměřuje se na hledání vztahů mezi pozorovanými jevy. Díky myšlení dokážeme zevšeobecnit daný jev a na základě toho řešit jevy obdobné. Umožňuje rekonstrukci do minulosti a předvídání do budoucnosti. Nepracuje se smyslovými vjemy, ale s *představami* (názorný obraz jevu v našem vědomí) a *pojmy* (zachycují abstraktní podstatné znaky jevu, závisí na jazyku). Zevním projevem myšlení je **řeč**.

Poruchy myšlení

Poruchy dynamiky myšlení

Ve směru □

(únava, deprese, intoxikace tlumivými látkami, schizofrenie, mentální retardace, demence...)

- **Myšlenkový útlum** – zpomalení myšlenkového procesu, myšlení je chudé, úsudky nedokončené, nesleduje determinující tendenci, prodlužují se latence mezi jednotlivými podněty. Zpomalení může být natolik výrazné, že budí dojem zástavy myšlení (např. u deprese, u únavy) .
- **Bradypsychismus** – zpomalení všech psychických pochodů, včetně tělesné aktivity, jsou

oslabeny veškeré psychické funkce (vnímání, paměť, emoční projevy, intelekt) (např. deprese, únava, schizofrenie).

- **Mutismus** – útlum myšlení, který má svůj odraz v postižení řečových projevů. Jde o úplný výpadek řeči. *Expresivní forma* (proces je izolován na motorický analyzátor). *Receptivní forma* (neprobíhají myšlenkové procesy). Např. u disociativních poruch, u traumat u dětí.
- **Aphrasia voluntaria** – nejde o poruchu myšlení, ale o úmyslné mlčení. Např. u psychotiků vlivem imperativních halucinací, nebo útlum řeči vůči určitým osobám (elektivní mutismus).
- **Zázraz** – náhlá zástava myšlení uprostřed řeči pro nedostatek přísunu představ (např. u schizofrenie).

Ve směru □

(mánie, intoxikace psychostimulačními látkami, psychotická ataka...)

- **Zrychlené myšlení** – přísun představ je překotný, rychle se střídají, je obtížné sledovat determinující linii, často jakoby bezcílné myšlení, závěry bývají nesprávné a nepřesné, asociace povrchní.
- **Myšlenkový trysk** – vystupňování zrychleného myšlení, neproduktivní.
- **Tachypsychismus** – vystupňovaná dynamika ve všech psychických funkcích: emoční reaktivitě, v subjektivním prožitku, lehkém vybavování představ a průběhu intelektových operací.
- **Pseudoinkoherence** – neschopnost verbalizace myšlenkového procesu v důsledku přílišného zrychlení, budí dojem inkoherence myšlení, postižený začíná věty, ale nedokončuje je, rychle střídá předmět hovoru.
- **Logorea** – odraz zrychlení myšlení v řeči – překotná řeč.

Poruchy struktury (logické návaznosti) myšlení

- **Perseverace (ulpívavé myšlení)** – postižený opakuje stejné slovo/větu, nebo se neustále vrací ke stejné představě (u únavy, organického postižení, mentální retardace).
- **Nevýpravné myšlení** – porucha řídicího elementu myšlení, postižený setrvává na jedné představě, kolem které se mu vybavuje množství často i neopodstatněných myšlenek.
- **Zabíhavé myšlení** – hlavní cíl je přerušován vedlejšími tématy a nepodstatnými informacemi, obšírná řeč se zbytečnými podrobnostmi (u demencí, organických postižení).
- **Obsese (nutkavé myšlení)** – myšlenky se vracejí proti vůli pacienta, nelze je vůlí potlačit, jsou nesmyslné, neodůvodněné, pacient k nim má kritický postoj, jsou zdrojem tísně, součástí obsedantního syndromu, do jisté míry sem patří **ruminace** – opakované “přežvykování” stejných myšlenek.
- **Katathymní myšlení** – zkreslení logiky intenzivním emočním prožíváním (u poruch nálady).
- **Vztahovačné (paranoidní) myšlení** – neutrální děje v okolí nemocný vztahuje k sobě – může být na počátku vývoje bludu, ale také při úzkosti, depresi, mánii, u poruch osobnosti.
- **Ovládací myšlení** – myšlenky nebo představa, která má silný emoční náboj a jedinec jí připisuje zvláštní význam, může po určitou dobu ovlivňovat jednání, vyskytuje se např. u poruch osobnosti, nebo může být počínající známkou bludu.

Specifické poruchy logické návaznosti myšlení (**formální poruchy myšlení**) často se vyskytující u psychóz:

- **Symbolické, magické myšlení** – vytváření vlastní symboliky, která je pro okolí

nesrozumitelná. Víra, že myšlenky mají magickou moc. Fyziologicky: *“Když mi proběhne přes cestu černý kocour, budu mít smůlu.”*, *“Nechci to zakřiknout.”* Patologicky: *“Když má lékař v kapse červenou tužku, znamená to, že mne bude chtít potrestat.”*

- **Paralogické myšlení** – logika myšlenek je povrchní, formální (nemocný třeba požaduje obvaz na hlavu, aby se mu nerozutíkaly myšlenky).
- **Agglutující myšlení** – vytváření nových slov (**neologismů**) třeba z pojmů hněv a nenávisť může být slovo “hněvist”.
- **Autistické (introvertované) myšlení** – přerušení kontaktu mezi objektivním světem a subjektivním světem postiženého, náplní jsou subjektivní prožitky, fantazijní a patologické obsahy, kterým pacient připisuje charakter reality, ztrácí se zájem o okolní svět, extremizovaná introverze.
- **Inkoherentní myšlení** – dochází k rozvolnění logických a asociačních vazeb – neřídí se zákonitostmi skladby normálního myšlení, má podobu chaotických slov nebo slovních spojení, vět, kterým nelze porozumět, časté jsou agramatismy. Dynamika není zrychlená. Může jít o myšlení zmatené (delirium), roztržité (SCH), extrémem je **schizofázie – slovní salát**.
- **Rezonérství (plané mudrování, také pseudofilozofování)** – neplodné úvahy o bezvýznamných skutečnostech, které nikam nesměřují, nedávají moc smysl a točí se na místě.
- **Vnucené myšlení** – neovládaný tok myšlenek, který je postiženým vnímán jako cizí (řadí se většinou do kategorie *intrapsychických halucinací* typických pro schizofrenii – poruchy celistvosti já).

Poruchy obsahu myšlení

BLUD

Mylné (obsahově nepravdivé) přesvědčení o skutečnosti, které **vzniká na chorobném podkladu, nekoresponduje** se sociálními a kulturními normami, je **nevyvratitelné** logickými argumenty, má pro postiženého **osobní význam** a vliv na jeho jednání.

Stadia vývoje bludu:

1. **Bludné ladění** – neurčitý pocit, že něco není v pořádku, všichni kolem jsou divní, mně je divně, něco se chystá, drobné události mají zvýšený význam.
2. **Bludné vnímání** – přiřkládání speciálního významu náhodným událostem (pacient vidí před svým domem zaparkovat dvě bílé auta, na základě toho pojme přesvědčení že ho neprávem obviní z pedofilie). Vjem je skutečný, nejde o halucinaci.
3. **Formování (krystalizace) bludu** – vytvoření vysvětlení předchozích dvou stavů: “vše do sebe zapadá”. Může přinést jistou úlevu. Z amorfního bludu postupně vzniká systemizovaný blud. Může se jednat o izolovaný blud, nebo celý bludný systém rozdělen na primární a sekundární bludy.
4. **Rozuzlení bludu:**
 - **Korekce bludu** (většinou vlivem léčby) – desaktualizace bludu. Může přetrvávat **bludný relikt** – nemocný si neuvědomuje rozsah a detaily původního bludného systému.
 - **Petrifikace bludu** – zatvrzení – přichází s časem dlouhého trvání nemoci mechanismem potenciace.
 - **Reziduální blud** – i po залечení přetrvává přesvědčení o reálnosti prožitého, bývá ale umístěno do minulosti, nemá již vliv na jednání.

Druhy bludů

Expanzivní (megalomanické) – vyznačují se přeceňováním významu, schopností, možností vlastní osoby.

- **Erotomanický** – nějaká osoba je do postiženého zamilovaná, racionalizuje proč nemůže dojít ke kontaktu.
- **Extrapotenční** – přesvědčení o nadání speciálními schopnostmi (třeba že může létat).
- **Originární** – přesvědčení o významném původu.
- **Inventorní** – přesvědčení o tom, že je slavný vynálezce.
- **Reformátorský** – přesvědčení o tom, že je schopen uspořádat svět, zajistit trvalý mír.
- **Religiózní** – přesvědčení o tom že je bohem, Ježíšem atp.

Depresivní (mikromanické) – provázené depresivní náladou, vyznačují se podceňováním vlastní osoby, schopností, významu.

- **Obavný** – přijde katastrofa, všichni onemocní, způsobí válku.
- **Autoakuzační** – obviňuje se, že působí lidem kolem neštěstí, např. blud *enormity* (svým potem, výkaly zaplaví okolí, nebo i celý svět).
- **Insuficienční** – přesvědčení o své úplné neschopnosti k jakékoliv aktivitě.
- **Ruinační** – je přesvědčen, že je na mizině, že on i jeho rodina budou muset žebrať, nemá prostředky k existenci.
- **Nihilistický (negační)** – tvrdí, že neexistuje, jeho život je jen zdánlivý, může popírat existenci svých orgánů, odmítat jíst a pít, souvisí s bludem *eternity* – přesvědčení že nemůže umřít, že bude navždy snášet svou nicotnost.
- **Hypochondrický** – postižený je přesvědčen o tom že trpí na vážné onemocnění, často jde i o bizarní představy (má kámen místo srdce, někdo mu ukradl tělní orgány).

Paranoidní (úkorňé) – východiskem je vztahovačnost, věci mají význam k osobě nemocného, za jeho zády se proti němu činí různé akce.

- **Perzekuční** – cítí se pronásledován, odposloucháván policií, sledován kamerami, něco se proti němu chystá.
- **Kverulativní** – postižený si stěžuje u úřadů, soudů, policie na domnělá nebezpečí.
- **Emulační** – žárlivostní – přesvědčení o nevěře partnera na základě nesmyslných maličkostí a domněnek.
- **Otravovanosti** – nemocný je přesvědčen že se mu do jídla a pití dostává jed, že mu do bytu pouští otravné plyny atp.

Indukovaný (symbiotický) – *folie a deux* – vzniká u zdravých lidí, kteří žijí s duševním nemocným a postupně od něj převzou bludnou produkci, většinou se jedná o osoby v submisivním postavení vůči nemocnému (např. děti). Po oddělení osob u zdravé osoby bludy vymizí.

Při vyšetření myšlení sledujeme souvislost, logičnost, dynamiku a obsah řečeného. Ptáme se na přítomnost bludů (např. máte speciální schopnosti, které přesahují schopnosti ostatních lidí? Máte někdy pocit, že vás někdo pronásleduje? Snaží se vám někdo uškodit? Máte zde na světě nějaký speciální úkol?). U některých bludů je těžké rozeznat co je realita a co ne, pomáhá nám objektivizace (např. souběžnou anamnézou od blízkých).

V SPP při neporušeném myšlení píšeme: **odpovídá adekvátně dotazům bez latence,**

myšlení souvislé, bez bludů, bez obsesí, bez známek paranoidity, drží determinující linii.

VNÍMÁNÍ

= (také *percepce*) získávání informací o světě a vytváření obrazu reality prostřednictvím smyslových orgánů a příslušných projekčních a asociačních korových oblastí. Nejde jen o pasivní podráždění smyslových orgánů, ale o **aktivní zpracování podnětů**. Je to aktivní psychická činnost, kterou nelze chápat odděleně od ostatních psychických funkcí a její charakter na ostatních psychických funkcích závisí. Na vnímání má vliv nálada, motivace, minulá zkušenost, očekávání, osobnost, psychická porucha(...).

Zvláštní projevy vnímání u zdravých osob

- **Eidetismus** – schopnost navodit si představu s takovou přesností, že má charakter vjemu (jedná se o velmi schopnou imaginaci)
- **Synestézie** – vybavení vjemu jiného smyslového orgánu, než je podrážděný (např. když slyším barvy a čichám hudební tóny)
- **Pareidolie** – schopnost vytvářet z amorfních počitků přesné vjemy. Uplatňuje se fantazie. Používají se např. u Rorschachova testu
- **Smyslové klamy** – nejčastěji zrakové (“optické iluze”), vychází z nesprávného vyhodnocení prostorových poměrů [Visual phenomena and optical illusions](#)

Poruchy vnímání

Výpad funkce smyslového orgánu

- **Organické postižení**
Porucha příslušných orgánů: slepota (*amaurosis*), hluchota (*surditas*, *anacusis*), porucha chuti (*ageuzie*), poruchy čichu (*anosmie*), porucha citlivosti (*anestezie*). Při pouze částečné poruše: *hypacusis*, *hyposmie*, *hypestezie* a při kvalitativním postižení: *parestezie*, *paracusis*, *parosmie* (např. změny čichu po COVIDu).
- **Psychogenní porucha**
Bývá součástí disociativních stavů a účelových reakcí u neuróz, poruch osobnosti, nebo u faktitivních poruch (simulace).
- **Gnostické poruchy**
Viz příslušnou kapitolu

Kvantitativní poruchy vnímání

- **zvýšení vnímavosti** – zvýšená kapacita a citlivost vnímání (intoxikace psychedeliky,

psychostimulanty, euforie, mánie, neurózy – hypochondrie)

- **snížení vnímavosti** – únava, deprese, somnolence, intoxikace sedativy

Kvalitativní poruchy vnímání

ILUZE

Jsou **vyvolány skutečným podnětem**, ale vjem neodpovídá podnětu. Např. místo vypínače vidí postižený na zdi okno, ze kterého svítí světlo nebo v neurčitých zvucích postižený slyší řeč (psí štěkot, rychlovarná konvice → výhrůžky, rady, posměšky). Vyskytují se u psychóz, organických postižení, delirií (...).

Specifické iluze: Iluze dvojníka (*Capgrasův syndrom*) – postižený vidí v osobě blízké někoho cizího, nebo *Fregoliho syndrom* – postižený vidí v cizím člověku někoho známého.

HALUCINACE

Vjemy, které vznikají **bez současného vnějšího podnětu** a mají pro jedince charakter skutečnosti. Vyskytují se u psychotických stavů (schizofrenie, psychotické mánie a deprese, intoxikace psychoaktivními substancemi) u organických postižení (halucinózy, deliria).

• Sluchové

- **Elementární (jednoduché)** – *akoasmata* – pískání střílení, zvonění, tóny, hlásky (*fonémy*)
- **Komplexní (složitě)** – “hlasy” – postižený slyší celé věty nebo rozhovor
 - *Imperativní* – příkazující
 - *Teleologické* – radící
 - *Devaluující, dehonestující* – nemocnému nadávají (např. u psychotických depresí, také časté u intoxikace psychostimulancii)
 - *Antagonistické* – více hádajících se hlasů

• Zrakové

- **elementární** – *fotomy, vize* – oheň, záblesky, jiskry, barevné skvrny
- **komplexní** halucinace postav, zvířat (např. *mikrozoopsie* u delirium tremens), krajin, bytostí, nadpřirozených výjevů
 - **extrakampinní** – nedostupné danému smyslovému orgánu (vidí postavy mimo zorné pole, nad hlavou, za zády a pod.)
 - **autoskopické** – halucinace vlastní osoby (můžou být při únavě, vyčerpání, horečce, intoxikaci psychedeliky)

• Čichové

- **elementární** – *olfakce*, pachy plyny, kouř, pálení gumy, síra
- **komplexní** – od jednoduchých se liší jen kvantitativně, často jsou příznakem organického postižení mozku. temporální lalok – aura epil. záchvatu **kakosmie**

• Chuťové

- *gustace* nepříjemné chutě, pocit otráveného jídla, často spojené s čichovými

• Tělové

- **taktilní** (haptické) – pocit různých doteků – píchání, elektrizování, pálení, svědění, dráždění na genitáliích, napadení hmyzem (*Ekbom Syndrom* – taktilní halucinóza – časté návštěvy dermatologa)
- **cenestetické** (viscerální) – pocity změn, zkaženosti/chybění orgánů, často sexuální tematika, obtížně oddělitelné od bludů, často se vyskytují společně (žena, která má blud

- gravidity, cítí pohyby dítěte)
- **kinestetické** – pocit pohybu i při nehybnosti
- **Inadekvátní** - věm je zprostředkován jinou částí těla, než by člověk čekal (slyší hlasy nosem, zuby, vidí dlaněmi atd.)
- **Séglasovy** nemocný má pocit, že je ovládán někým jiným
 - verbálně-motorické – někdo mluví jeho ústy
 - graficko-motorické – někdo píše jeho rukou
- **Intrapsychické** jedná se o halucinace specifické pro schizofrenii (tzv. příznaky 1. řádu)
 - pocity vkládání cizích myšlenek
 - pocity odnímaní myšlenek
 - ozvučení myšlenek
 - komentování myšlenek
 - zveřejňování myšlenek
 - spolu se Séglasovými halucinacemi jsou součástí **syndromu psychického automatismu Kandinsky-Clérambault** vyskytujícího se u schizofrenie
- **Negativní halucinace** – nemocný nevnímá podněty, které jsou objektivně přítomné
- **Hypnagogní halucinace** – halucinace vyskytující se těsně před usnutím



Pokud si postižený racionálně uvědomuje, že to, co vnímá, není reálné, nazýváme to **pseudohalucinace** nebo **pseudoiluze**. (*“Vidím před sebou fialového psa, který na mně mluví, ale vím, že jsem se před chvílí intoxikoval psychedeliky, takže cajt”*)

Při vyšetření se ptáme na přítomnost hlasů, které nikomu nepatří, nebo osob, které vidí pouze pacient. cíleně se ptáme na ozvučení myšlenek, případně jiné IP halucinace. Dále si všímáme *halucinatorní chování* jako jsou odpovědi nesměřovány nám, naslouchací postoje, a poruchy psychických funkcí, které souvisí s halucinatorním prožíváním (např. zárazy v myšlení, hypoprosexie...)

Do SPP při neporušeném vnímání píšeme: **bez poruch vnímání**, pokud nejsou přítomny ani bludy: **apsychotický**.

EMOCE

Slovo poprvé použité v roce 1579 z francouzského slova *émouvoir* (rozhýbat).

Fyzické a mentální stavy, které vznikají na základě neuropsychologických změn reagujících na stimuly z vnějšího nebo vnitřního prostředí, mají **subjektivní a hodnotící** charakter, **motivační význam**, a úzký vztah ke kognitivnímu zpracování, věmům, pocitům a chování. Jsou to komplexní signály informující nás o postoji k podnětu na který reagují a o potřebách. Doprovází je vegetativní reakce (např. krevní tlak, tepová a dechová frekvence, pocení, svalové napětí, šíře zornic) která není regulovatelná vůlí. Neexistuje jedna univerzální vědecká definice emocí.

Emoce dělíme:

- dle subjektivní příjemnosti (POLARITY)
 - **libé (+)** – radost, láska...
 - **nelibé (-)** – hněv, smutek...
- dle vlivu na jednání
 - **stenické** – mobilizující, budící k aktivitě (hněv, nadšení, odpor, strach)
 - **astenické** – demobilizující, utlumující aktivitu (smutek, euforie, strach)
- dle délky průběhu
 - **afekt** – krátkodobá, prudká a intenzivní emoční reakce s rychlým vznikem, bouřlivým průběhem a krátkým trváním, má tendenci k vybití.
 - **nálada** – dlouhodobý, méně intenzivně prožívaný emoční stav, pohotovost k emoční reakci
- dle vývoje a kvality
 - **nižší city** – souvisí s uspokojováním základních životních potřeb (hlad, žízeň, sexuální vzrušení, nutkání na močení a defekaci prožíváme i emočně), doprovázejí pudovou aktivitu
 - **vyšší city** – vývojově mladší, zranitelnější, citlivější na podněty
 - *Sociální* – spojené s mezilidskými vztahy (láska, úcta...)
 - *Estetické* – city pro krásno, vznešenost
 - *Etické, morální* – city pro spravedlnost, povinnost a morálku
- **emotivita** – celková emoční charakteristika jedince
- **afektivita** – pohotovost k emočním reakcím

Při vyšetření si všímáme psychomotorické tempo, hlasitost řeči, emoční zabarvení řeči, mimiku, gestikulaci, myšlenkové obsahy (optimistické/pesimistické), ptáme se na náladu v posledních 2 týdnech, na míru plačivosti, na přítomnost úzkostí, svalového napětí, lokalizaci pocitů (knedlík v krku, svírání na hrudi), míru energie, subjektivní vnímání sebe sama.

Při neporušené emotivitě a náladě SPP: **emočně stabilní, nálada bez výrazných denivelací (nebo nálada adekvátní situaci), bez známek úzkosti, bez vnitřní tenze**

Poruchy emotivity

- **Emoční labilita** – nestálost emocí a neschopnost udržet emoci v jednom směru, přechází z jedné reakce na druhou mezi opačnými polaritami.
- **Emoční inkontinence** – obdobné; osoba reaguje i na zcela neemoční podněty silným pláčem, smíchem apod.
- **Oploštělá emotivita** – zúžená polarizace emotivity - pokleslá reaktivita, nezájem snížena aktivita, vystupňování stavu: **apatie**.
- **Emoční tenacita** – dlouhé přetrvávání emoční reakce i při nepatrném podnětu (u reaktivních depresí a poruch osobnosti)
- **Katathymie** – výrazné emoční zkreslování ostatních psychických funkcí (vědomí, myšlení, úsudek)
- **Neadekvátní emotivita** – emoční reaktivita nepřiléhá situaci a vnitřnímu prožívání
- **Alexithymie** – neschopnost popsat prožívané emoce

- **Fobie** – obsedantní bezdůvodný panický strach vůči některým předmětům, nebo situacím

Poruchy afektů

- **Zvýšená afektivní dráždivost** – zvýšená pohotovost k častým a výrazným afektům (poruchy osobnosti, intoxikace, epilepsie...)
- **Patický afekt** – velmi intenzivní afekt, který vede ke krátkodobému mráкотnému stavu a následné totální amnézii. Dochází k úplnému vymizení rozpoznávacích a ovládacích schopností (postižený nenesl trestní odpovědnost za své jednání během patického afektu)
- **Nezvládnutý afekt** – strhnutí silnou emocí k nerozvážným a často násilným činům, nedostatečná kontrola impulsů, bez poruchy vědomí (postižený je trestně odpovědný za své jednání)
- **Afektivní stupor** – strnulost pohybů, řeči, mimiky při silném afektu, vědomí není porušeno, stav se nelze změnit, většinou trvá krátce
- **Afektivní útlum** – zpomalení aktivity a otupělost při silném afektu
- **Anxiózní raptus** – úzkostné vnitřní napětí se vybijí v agresi (zaměřené na sebe nebo na okolí), u depresí, v tíživé životní situaci, vývojové poruchy.
- **Afektivní ambivalence** – současné pociťování protikladných emocí

Poruchy afektů se mohou vyskytovat i u duševně zdravých osob (po vyčerpání, zdrcujícím zážitku, v rámci opilosti a jiné intoxikace). Patologicky často doprovází poruchy osobnosti, organická poškození mozku (epilepsie, nádory, mozkové příhody) nebo poruchy nálad.

Poruchy nálad

Patická nálada:

- nepřiměřeně dlouhé trvání
- nepřiměřená intenzita a hloubka
- vliv na chování a ostatní psychické funkce
- přechod mezi patickou a fyziologickou náladou je plynulý

1. Expanzivní nálady – nálada je chorobně zvýšená (Výskyt: mánie, intoxikace psychoaktivními látkami, poruchy osobnosti, poškození frontálního laloku mozku.)

- **Euforická nálada** – klid, blaženost, uspokojení *moria* - nezapné plané vtipkování bez zábran a taktu
- **Manická nálada** – nadměrně veselá nálada, rozjařenost, doprovázená smíchem, nepřiměřenou a nepřiléhavou aktivitou, odtlumení zábran
- **Explozivní nálada** – výbušnost

2. Depresivní nálady – nálada je chorobně snižená (Výskyt: deprese, úzkostné poruchy, poruchy osobnosti, poruchy přizpůsobení)

- **Depresivní nálada** - chorobný smutek, stísněnost, útlum, může provázet téměř každou psychickou poruchu.
- **Anxiózní nálada** – neurčitá úzkostnost, nejistota, napětí, sklony k raptům
- **Bezradná nálada** – neschopnost řešit situaci, bezvýchodnost
- **Apatická nálada** – netečnost, nečinnost
- **Morózní (dysforická, “rozladěná”) nálada** – depresivní zlost, mrzutost

3. Rezonantní nálada

– sklony k zlobným, hněvivým reakcím, může doprovázet jak manické, tak depresivní nálady,

Poruchy vyšších citů

- **sociální tupost** – neschopnost citového kontaktu (např. Schizofrenie, organické poruchy, některé poruchy osobnosti)
- **moral insanity/anetičnost** – vystupňovaný egocentrismus, bezcitnost, bezohlednost, nedostatek soucitu, vřelosti a pochopení často ústí v protispolečenské jednání (poruchy osobnosti, poruchy vývoje)
- **emoční depravace/degradace** – porucha etických citů a snížení společenských zábran, v rámci celkových změn osobnosti důsledkem zneužívání návykových látek, chorobného procesu
- **nadměrná citlivost** – u přecitlivělých osobností přehnaná svědomitost, ochrannost, přehnaný altruismus, oddanost lidem

VŮLE

Vůle je předstupeň lidského jednání. Jedná se o schopnost rozhodnout se pro určitý cíl a aktivovat prostředky k jeho dosažení. Pomocí vůle člověk sleduje vytyčený cíl vědomě a úmyslně (volné jednání).

Poruchy vůle

Abulie

Oslabení vůle – absence iniciativy, spontaneity, zájmu, vyskytuje se u těžkých depresí, schizofrenie, organických poruch.

Hypobulie

Mírnější a mnohem častěji se vyskytující forma abulie.

Hyperbulie

Volní proces je přexponován, je přítomná patologická aktivita a spontaneita. Trpí zejména sledování cíle. Postižený se jednoduše rozhoduje, ale svá rozhodnutí mění a cíle neplní. Vyskytuje se u manických stavů, hebefrenie, u některých organických poruch.

Astenie – nerozhodnost, vzdávání cíle při nepatrných překážkách, unikání od realizace cíle. Souvisí se strukturou osobnosti, ale může být podmíněná i situačně nezájmem, nebo je projevem duševní poruchy (deprese, demence). Opakem je **stenie** – schopnost sledovat cíl přes překážky a dlouhodobě, vystupňováno např. u *fanatismu*.

U vyšetření spravidla popisujeme vůli spolu s jednáním, u neporušené vůle můžeme v SPP napsat **přiměřeně stenický**.

JEDNÁNÍ, PUDY

Jednání je aktivita člověka, kterou můžeme objektivně pozorovat. V širším významu sem patří i chování, reagování (reflexní jednání), automatizované jednání (zvyky, návyky) psychomotorická aktivita (výrazová stránka jednání). V užším významu pak pod pojmem jednání rozumíme volní jednání, které je následkem vůle, je vědomé, úmyslné a sleduje určitý vytyčený cíl. U předchozích druhů jednání může být volné rozhodování do různé míry potlačeno.

Volní jednání

Zdroje jednání: Narušením rovnováhy organismu vzniká podnět k vyrovnání, který může být na různých úrovních:

- * **pudy**: vrozené, složité, relativně staré, druhově specifické reakce, biologická úroveň plnění potřeb, *libido*- z psychoanalýzy -jediné pudové hnutí v širším smyslu sexuální. Rozlišujeme pud *sebezáchovy*, pud *zachování rodu*, pud *sociální*, pud *zpříjemnění existence* (*zdobivosti, vlastnictví*).
- * *instinkty* jsou nižší formou pudových reakcí- dědičné schopnosti jednat určitým způsobem, spíše u zvířat než u lidí.
- * **potřeby**: diferencovanější, vědomá představa konání k dosažení cíle s hodnotovou, emoční složkou)
- * **zájmy**: více intelektuální potřeby

Struktura volního aktu:

Motiv: bezprostřední uvědomění si cíle, impuls spouštějící dál motivační proces:

Chtění: vlastní stanovisko, které se k motivu připojí.

Rozhodování: dochází k boji motivů, někdy narůstá tenze, motivační proces se prodlužuje, vzniká nerozhodnost, *ambivalence* (puzení k dvěma odlišným protichůdným aktům)

Rozhodnutí: výsledek fáze rozhodování, včetně mobilizace prostředků k dosažení cíle, je následováno realizací aktu.

Poruchy jednání

Abnormní reakce

Mají náhlý vznik a obvykle krátké trvání, bývá v jistém stupni narušená celá psychika (vůle, emotivita, vědomí...)

- **Impulzivní reakce**: obchází volný akt, existuje zde silné puzení, schází vědomá představa cíle a proces rozhodování, je realizováno ihned po podnětu.
- **Zkratkovitá reakce**: základní složky volního jednání nejsou narušeny, chybí boj motivů a výběr nejlepšího prostředku k dosažení cíle. Obvykle je k dosažení cíle volená **první eventualita**, která se nabízí. Často u poruch vývoje intelektu, u poruch osobnosti. Může se uplatňovat v běžné nerozvážnosti až po vysoce patické jednání např. při sebevražedném jednání.
- **Účelová reakce**: cíl je určován biologickými mechanismy a jeho sledování je instinktivní, obchází volní akt, projevují se automatismy. Budí dojem schválnosti, od simulace se liší tím, že se nejedná o uvědomovaný proces.
- **Obsedantní reakce**: uvědomované motivy mají nutkavý charakter - přestože jsou potlačovány a zavrhovány, nadále se nutkavě prosazují. Patří sem **Kompulze** - ceremoniály prováděné za účelem zmírnění tenze (např. při mytí rukou, chůzi, společenském styku).
- **Frenoleptické stavy**: mají blízko k impulzivním reakcím a automatizovanému jednání, je zde přítomná silná nutkavost, která opadá po realizaci aktu: **kleptomanie** - chorobné kradení,

pyromanie – chorobné žhářství, **poriomanie** (dromomanie) – chorobné cestování, **erotomanie** – impulzivní sexuální dobrodružství, **dipsomanie** – kvartální pijáctví, **oniomanie** – chorobné nakupování. Vyskytují se jako samostatné jednotky i jako důsledek jiné psychické poruchy.

- **Demonstrativní reakce:** jedinec je plně seznámen s cílem, který sleduje, ale k jeho dosažení volí náhradní aktivitu, která v okolí vzbuzuje představu jiného cíle. (Např.: člověk, který se pokusí o sebevraždu nechce zemřít, ale vyvolat zájem okolí o svoje obtíže “volání o pomoc”).

Kvantitativní poruchy psychomotoriky

- **Psychomotorický útlum** – pasivita, projevy jsou pomalé, mají nízkou výraznost, je ochuzená mimika, pantomimika, častá je hypokineze, ve vystupňované formě se může jednat o akinezi – psychomotorický stupor (bývá u deprese, disociativních poruch, intoxikací sedativními léky, demence...)
- **Psychomotorická excitace** – zvýšená vzrušivost nervového systému, uplatňují se i takové popudy, které se v normě nerealizují. Hyperkineze, mimika, pantomimika a gestikulace jsou přemrštěné, časté jsou neúčelné pohyby, neposednost, až psychomotorický **neklid**. Zvláště vystupňovaná psychomotorická aktivita: **agitovanost**. V důsledku aktivace a excitace může dojít až k psychokinetickému **raptu** (náhlý výbuch agresivity).

Kvalitativní poruchy psychomotoriky

- **Katatonní akinéza:** nebo katatonní stupor, do jeho obrazu patří i mutismus, vyskytují se speciální příznaky:
 - **katalepsie** – setrvávání bez pohybu často v různých nastavených polohách.
 - **flexibilitas cerea** (vosková ohebnost) – při pasivním pohybu končetinami je cítit plastický odpor.
 - **oreiller psychique** – psychická poduška- pacient leží s hlavou předsazenou nad polštářem
 - **pasivní negativismus** – nevyhoví požadavkům okolí.
 - **aktivní negativismus** – udělá přesný opak, než co je požadavek
- **Katatonní hyperkinéza:** motorický neklid až vzrušenost. Jsou zde přítomny různé bezúčelné nemotivované automastismy: utíkání, útoky. Vyskytují se:
 - Pohybové **stereotypie** – opakování pohybových aktů
 - opakování slov – **verbigerace**
 - **echomatismy** – opakování po ostatních: *echolalie*(opakování slyšených slov) *echopraxie*(opakování viděných gest)
 - **manýrování** – zaujímání určitých póz, jakoby imitovali např. určité slavné osobnosti
 - **grimasování** – pošklebování, pomlaskování, kašlání, úsměšky
 - **povelový automatismus** = mechanické vyhovění požadavku, i když je nesmyslný
- **Katatonní raptus** – náhle vzniklý neklid z předchozího akinetického stavu. Po jeho odeznění upadá postižený opět do útlumu.
- vyskytují se u schizofrenie: [YT catatonic schizophrenia](#), [YT Hebephrenic-Catatonic Schizophrenia](#)

Do SPP při normě píšeme: **psychomotorické tempo** (nebo **PMT**) **v normě, bez**

zvláštností v jednání

Poruchy Pudů

poruchy pudu sebezáchovy

• Pud výživy

- **snížená nebo zvýšená apetence** u depresí (častěji snížená), u mánie (častěji zvýšená), u neuróz, organických poruch, poruch vývoje intelektu, reziduální schizofrenie, somatických onemocnění
- **anorexie** odmítání stravy (může být v důsledku primární mentální anorexie, deprese, katatonie, bludů otravovanosti, imperativních halucinací...)
- **sitofobie** strach se najíst (u neurotických poruch)
- **bulimie** puzení sníst vše, co je dostupné.
- **polyfagie** jezení kvant jídla bez pocitu sytosti
- **pika** požívání nejedlých, nestrávitelných či neobvyklých věcí

• Pud přežití

- **suicidum** – **sebevražda** – vědomé a úmyslné ukončení vlastního života
 - patická – na základě psychické poruchy – (nejčastěji deprese, psychóza, dekompenzace poruch osobnosti)
 - biická (bilanční) – z důvodu neúnosné životní situace
 - rozšířená – nemocný zavraždí sebe a své blízké
 - hromadná – více lidí spáchá sebevraždu (sekty)
 - **tentamen suicidii, TS** – sebevražedný pokus – nedokonaná sebevražda
 - **parasuicidum** – demonstrativní sebevražedný pokus – cíl není zabít se
 - **sebeobětování** – jedinec obětuje svůj život pro vyšší cíle (J. Palach)
 - **sebezabití** – není motivováno touhou umřít (např.: člověk v deliriu si splete dveře s oknem a vypadne)
 - **automutilace** – sebepoškozování: projev autoagrese z různých motivací (psychická úleva při nesnesitelném napětí, sebepotrestání, upoutání pozornosti, dysmorfofobie, účelové jednání – získání invalidního důchodu, neodvelení na vojenské mise)
- **Sebeobrana** – řešení frustračních situací: **heteroagrese**: **agrese** vůči okolí (boj s překážkou, která brání v dosažení cíle, je důležitým adaptačním mechanismem, je opakem autoagrese), **reznice** (vzdání se cíle, také adaptační mechanismus) jejich porucha je v neadekvátnosti použité adaptační strategie v dané situaci
 - **Seberealizace** – opuštění svých zájmů -téměř u každé psychické poruchy

poruchy pudu zachování rodu

• Pud sexuální

- **nízká/vysoká sexuální apetence** (deprese, mánie, intoxikace psychoaktivními látkami, poruchy osobnosti, tělesná nemoc, nežádoucí účinky psychofarmak) vyskytuje se i jako samostatná porucha (v minulosti *frigida*, *satyriasis*, *nymfomanie*)
- **onanismus** – excesivní onanie následkem psychických poruch (psychózy, poruchy vývoje)

intelektu, sexuální poruchy)

- **parafilie**

- **Pud rodičovský**

- **deficit:** zanedbávání péče o děti (u těžkých psychických poruch, závislostí, psychóz, poruch osobnosti), týrání dětí (u poruch osobnosti), *Münchhausen by proxy* (nově "*faktivní porucha vnucená druhému*" *FDIA -factitious disorder imposed on another*) - vědomé navozování obtíží u svého dítěte s cílem získání různých výhod, motivace může být podvědomá.
- **nadměrné zvýšení:** přehnaná péče o děti, hyperprotektivita, citová závislost na dítěti (úzkostné poruchy, schizofrenie, poruchy osobnosti)

poruchy pudu sociálního

- **deficit:** samotářství, patologicky u autismu, schizoidní poruše osobnosti, deprese, sociální fobie, schizofrenie
- **nadměrné zvýšení:** familiárnost, patologicky u mánie, intoxikace psychostimulancií, emočně nestabilní poruše osobnosti, organickém poškození čelního laloku mozku, poruch intelektu

poruchy pudu příjemné existence

- požívačnost
- askeze
- chorobné sběratelství
- zneužívání psychoaktivních látek
- frenoleptické stavy (např. pyromanie, viz výše)

Při vyšetření se ptáme na chuť k jídlu, chuť na sex, suicidální ideace, plány, tendence, ptáme se na sebepoškozování, případně sledujeme stopy po pořezání, popálení, sledujeme heteroagresivní myšlenky, tendence, ptáme se na přítomnost puzení k určitému jednání.

Do SPP při normě píšeme: **apetence v normě, asuicidální** (bez suicidálních ideací nebo tendencí), **neagresivní** (bez heteroagresivních tendencí). Další poruchy popisujeme pouze pokud je to případu pacienta relevantní.

OSOBNOST

Struktura integrovaných duševních a tělesných **vlastností**, která je podmíněná vrozenými **dispozicemi** a získanými **rysy** dotvářející se v průběhu života a projevující se společenských vztazích. U osobnosti popisujeme **charakter (povaha)**: pohotovost projevovat se určitým způsobem ve společenském prostředí, **temperament**: pohotovost k emočním reakcím; a dále hodnoty, schopnosti, zvyky, sklony, zájmy.

Struktura osobnosti je jedinečná pro každého člověka, ale mezi lidmi můžeme objevit některé společné znaky. Od nepaměti vznikali snahy o třídění osobností podle společných znaků do různých

typů.

Dnes osobnost hodnotíme podle toho, jak se člověk projevuje ve společnosti a vyšetřujeme ji psychodiagnostickými metodami:

- testy vycházející z konkrétních problémových úloh: *Minnesotský dotazník (MMPI)*, *Eysenckovy dotazníky (Maudsley personality inventory)*. *Global Assessment scale*.
- testy založené na asociačních mechanismech: *Projekční techniky (Rorschach)*, *Tematický apercepční test-TAT*, *Dotazníkové metody*, *volné asociace*, *výklad snů atd.*

Strukturu osobnosti do vypuknutí psychické poruchy nazýváme **premorbidní osobnost**. Běžná osobnost disponuje určitými osobnostními **rysy** (např. vyhýbavé rysy, narcistní rysy), tyto rysy můžou následně vzniknuvšímu duševnímu onemocnění poskytnout určitý směr a zbarvení. Pokud jsou tyto rysy tak výrazné, že již přesahují určitou normu, ale ještě se nejedná o specifickou poruchu osobnosti, nazýváme je **osobnostní akcentace**, **anomální osobnost**.

Specifická porucha osobnosti je potom zintenzivnění těchto osobnostních rysů do takové míry, že negativně ovlivňují vztah nemocného k sobě a okolí, vedou k maladaptivním vzorcům chování a znemožňují postiženému vést kvalitní sociální život. Predisponuje nemocného ke vzniku určitých psychických onemocnění. Není ale způsobená jinou duševní nemocí (např. organickým nebo psychotickým onemocněním), vzniká primárně a to na základě predispozice a patologického vývoje. [Specifické poruchy osobnosti](#) jsou blíže probrány v příslušné kapitole.

Poruchy osobnosti: globální

Dlouho trvající těžké psychické onemocnění může zásadně zasáhnout do struktury osobnosti a trvale ji pozměnit. Jedná se tedy o takové poruchy osobnosti, které vznikají již v důsledku jiných psychických onemocnění. Jsou zde porušeny osobnostní rysy, její dynamika a vlastnosti jedince do různého stupně. Jedinec má sníženou adaptabilitu a odlišuje se výrazně od ostatních, tato poruchy můžou také zásadně zasahovat do schopnosti fungování v životě:

Degradace osobnosti (snížení úrovně osobnosti ve srovnání s premorbidní osobností):

- **Depravace** – porušení především v oblasti sociálních vztahů, často u chronické závislosti na psychoaktivních látkách, u psychogenních poruch, neurotických poruch.
- **Deteriorace** – postižení které vzniká na bázi organických onemocnění. Vedle postižení intelektu je postižena celá šíře a formát osobnosti, již není nijak reverzibilní.
- **Dezintegrace** – porucha osobnosti u psychotických procesů neorganického charakteru. Rozpad součinnosti jednotlivých složek osobnosti.

Rozdvojení – přítomnost 2 a více osobností u 1 člověka současně a společně, ten si osobnosti uvědomuje (může se vyskytovat např. u histriónské poruchy osobnosti) – vzácně

Alternace mezi rozštěpenými částmi osobnosti- přítomnost 2 a více osobností u 1 člověka, mezi sebou se přepínají a vzájemně o sobě neví (mnohočetná porucha osobnosti/ disociativní porucha osobnosti) – vzácně

Transformace – nemocný se cítí být jinou osobou či zvířetem – jen u psychotických onemocnění (schizofrenie)

Apersonalizace = nemocný si připojuje k sobě část osobnosti jiného člověka – jen u psychotických onemocnění (schizofrenie)

Osobnost při prvním vyšetření většinou spravidla nepopisujeme, pokud se přímo nezaměřujeme na konkrétní způsoby mezilidského interagování, nebo nejsou jasné výrazné odchylky.

Do **SPP** píšeme: **osobnost v prvním kontaktu nehodnotím**, v případě zřetelných specifických odchylek např.: **osobnost akcentovaná s emočně nestabilními a vyhýbavými rysy**. Nebo v případě zřetelných nespecifických odchylek (nejsme si jistí o které rysy se jedná): **osobnost anomální**.

SOMATICKÉ PROJEVY PSYCHICKÝCH PORUCH

Duševní poruchy mohou být doprovázené různými tělesnými obtížemi. Tělesné obtíže mohou být hlavním symptomem určitých psychických poruch, nespecifickým příznakem doprovázejícím onemocnění a ukazatelem tíže psychické poruchy; také se ale mohou vyskytnout důsledkem psychofarmakoterapie v rámci **nežádoucích účinků** léků.



Při výskytu psychogenních tělesných příznaků je nutné vždy pomýšlet i na somatickou příčinu a nepodcenit somatické vyšetření v případě, že by bylo při nepřítomnosti psychické poruchy indikováno.

Bolesti hlavy (cefalea)

Psychogenní bolesti hlavy se vyskytují často při zvýšení tonu šíjového a hlavového svalstva, jindy není mechanismus jejich vzniku vysvětlen.

U **depresí** bývá bolest nejčastěji ráno v rámci ranních pesim, během dne mizí, je tupá, difuzní. U **neurotických poruch** má postižený pocit tlaku v hlavě, nebo tíhy na mozku, rozvíjí se po námaze a navečer a bývá intenzivnější u změn počasí. U **psychózy** může být prvním příznakem rozvíjejícího se onemocnění, vzniká pozvolna, má setvalý charakter a její intenzita postupně narůstá. Později se může vyskytovat ostrá píchavá inenzivní bolest. Bolesti hlavy mohou být **předzvěstí zhoršení** psychické poruchy, nebo recidivy onemocnění, nebo naopak ustupující bolesti hlavy mohou být **ukazatelem zlepšování** psychické poruchy.

Poruchy spánku

Doprovází duševní onemocnění velmi často, bývají jejich předzvěstí i prognostickým ukazatelem. Jsou velmi nespecifickým příznakem. U depresí je dobré usínání, ale spánek bývá krátký, nebo neuspokojivý, ráno bývá brzké probouzení a celkové zhoršení nálady. U neurotických poruch naopak nemocní špatně usínají, ale spánek bývá spravidla více osvěžující. Poruchy spánku bývají hlavní součástí abstinenčního syndromu.

U nemocných se často setkáváme se subjektivním pocitem neuspokojivého spánku, i když objektivně mohli spát.

Vegetativní projevy

Příznaky vyvstávající z disharmonického fungování sympatického a parasympatického nervového systému. Nejčastěji se vyskytují u emočních poruch se zvýrazněnou aktivitou sympatiku.

- **oči** – mydriáza (u deprese, vzrušení, deliria), mióza (u těžších poruch vědomí, intoxikace opioidy)
- **horní cesty dýchací a polykací** – porucha dávivého reflexu a polykání (knedlík v krku) u neuróz, histrionských poruch, u některých vrozených vad a poruch vývoje intelektu podmíněné i biologicky
- **dechový systém** – tachypnoe (u panické ataky, úzkosti), bradypnoe (u meditace zpomalení ale prohloubení dechu, u intoxikace bdz, opioidy – útlum dechového centra)
- **kardiovaskulární systém** – tachykardie – zrychlení srdce (u úzkosti, silných afektů, odvykacích stavů, mánie, intoxikace stimulačními látkami, psychotického neklidu), bradykardie - zpomalení srdce (většinou intoxikací tlumivými látkami), palpitace - subjektivní vnímání bušení srdce (neurotické poruchy), vyskytují se různé bolesti na hrudi, píchání, svírání hrudníku susp. v důsledku stažení kosterního svalstva (hlavně u neurotických poruch)
- **trávicí ústrojí** – nechutenství (u depresí), obstrukce- zácpa (u depresí), pocity plnosti žaludku, nadýmání bolesti v břiše, svírání, křeče, zvracení, průjem (u odvykacích stavů, neurotických poruch)
- **urogenitální systém** – časté nucení na močení (u úzkostí)
- **pohybové ústrojí** – stažení svalů, třes (u úzkostí, odvykacích stavů)
- **kůže** – zvýšená suchost kůže a sliznic, nebo naopak zvýšené opocení u stavů zvýšeného psychického napětí, hypestézie, parestézie (u počínajících psychóz, v rámci úzkostí, dissociativních poruch)
- **mimika a pantomimika** – nápadně chudá až strnulá mimika (deprese, M. Parkinson, postprocesurální defekty, organické psychické poruchy), velmi živá mimika (hypománie, mánie, intoxikace stimulanty)
- **pláč** – je fyziologickým projevem, u některých poruch (deprese) může být vystupňován co do délky a intenzity
- **smích** – fyziologický, nadměrný a živý bývá u mánií, neadekvátní bývá u psychóz

Míra energie

Hypoergie – snížená míra energie, únava, snadná unavitelnost (u úzkostí, deprese, intoxikace tlumivými látkami)

Hyperergie – zvýšená energičnost (u úzkostí, mánie, psychóz, intoxikace stimulanty)

From:

<https://imagined.site/uni/ppa/> - **Psychiatrie pro adiktology**

Permanent link:

<https://imagined.site/uni/ppa/doku.php?id=symptomy&rev=1741119191>

Last update: **2025/03/04 20:13**

