



"E"-DIETNÍ SKRIPTA
SZZK 2022

KLINICKÁ PSYCHOLOGIE

BERÁNKOVÁ, KOŠŤÁLOVÁ

TÉMATICKÉ OKRUHY K SZZK – KLINICKÁ PSYCHOLOGIE

1. Psychologie nemocných, vliv akutní a chronické nemoci na psychiku, problematika bolesti a smrti, thanatologie, hospicové hnutí. Nejčastější sekundární duševní poruchy u somatických onemocnění.
2. Psychologie handicapu, psychologická specifika jednotlivých typů postižení (intelektové, zrakové, sluchové, pohybové, řečové), invalidita, dopady neurotizace na osobnostní rozvoj.
3. Psychosomatická koncepce, jednotlivé teorie psychosomatického výkladu, psychosomatická onemocnění a psychologická problematika v jednotlivých oborech lékařství.
4. Organické duševní poruchy a symptomatické poruchy, demence, delirium, organické poruchy nálady, mírná kognitivní porucha. Gerontopsychiatrie a duševní poruchy ve stáří. Diferenciální diagnostika, rehabilitace.
5. Neuropsychologická problematika, psychické poruchy při mozkových lézích dle jednotlivých oblastí mozku, problematika afázie. Neuropsychologické testy.
6. Duševní poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek, akutní stavy, syndrom závislosti, odvykávací stavy, intoxikační psychózy. Diagnostika závislosti, etiopatogeneze, terapie.
7. Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy. Historické typy schizofrenie, akutní a přechodné psychotické poruchy, další psychotické poruchy. Etiopatogeneze, diferenciální diagnostika, farmakoterapie, rehabilitace.
8. Poruchy nálady, afektivní poruchy, problematika deprese a manie. Diferenciální diagnostika, terapie, farmakoterapie. Problematika sebevražd a krizové intervence.
9. Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem, somatoformní poruchy. Rozdělení, historické koncepce pojmu neuróza. Diferenciální diagnostika, vývojové aspekty, terapie.
10. Poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, bulimie, nechutenství, další typy poruch příjmu potravy, dělení, etiopatogeneze, vývojové aspekty, terapie.
11. Sexuální dysfunkce a deviace, poruchy pohlavní identity, preference, diferenciální diagnostika, symptomatologie, terapeutické možnosti, sexuální terapie.
12. Poruchy osobnosti a chování u dospělých, specifické poruchy osobnosti, návykové a impulzivní poruchy, patologické hráčství. Diferenciální diagnostika, terapie.
13. Mentální retardace v dětském a dospělém věku, diferenciálně diagnostické problémy, prostá intelektová subnorma. Sociální služby pro osoby s mentálním postižením.
14. Poruchy psychického vývoje, vývojové poruchy řeči a jazyka, pervazivní vývojové poruchy. Diagnostika, terapie.
15. Poruchy chování a emocí se začátkem v dětství a adolescenci, hyperkinetické poruchy, poruchy chování, poruchy emocí a sociálních vztahů. Terapeutické možnosti, diagnostika.
16. Biologická terapie, farmakoterapie, rehabilitace duševních poruch. Sociální psychiatrie, kluby pacientů, svépomocné skupiny, sociální služby pro osoby s duševní poruchou.
17. Psychoanalýza, hlubinná psychologie a dynamická psychoterapie.
18. Humanistická a existenciální psychoterapie, logoterapie, gestalt terapie, empatická terapie a terapeutický vztah.
19. Behaviorální, kognitivní a kognitivně behaviorální terapie.
20. Manželská a rodinná terapie, systémový a systemický přístup, komunikační terapie.

21. Hypnoterapie, hypnóza, sugesce, relaxační a imaginační techniky.
22. Skupinová psychoterapie, účinné faktory, dynamika, koncepce a techniky, transakční analýza, terapeutická komunita.
23. Integrativní a eklektická psychoterapie, společné, alternativní a specifické účinné faktory v psychoterapii.
24. Výzkum v klinické psychologii, druhy výzkumných projektů, příklady výzkumů s kontrolními skupinami. Problémy ve výzkumu psychoterapie. Proměnné v klinické psychologii a psychoterapii
25. Náplň a vymezení psychologické diagnostiky v dětské a dospělé praxi. Jednotlivé diagnostické okruhy v útlém věku, předškolním období, školním období, adolescenci, dospělosti, stáří.
26. Diagnostika osobnosti a psychopatologie u dětí a dospělých. Přehled klinicky významných metod k diagnostice osobnosti a psychopatologie, strategie vyšetření dle jednotlivých vývojových období. Klinický a psychometrický přístup v diagnostice.
27. Projektivní techniky v klinické praxi, přehled nejvýznamnějších metod, objasnění základních principů, zásady administrace, vyhodnocení.
28. Dotazníkové metody v klinické praxi, přehled nejvýznamnějších metod, klinické škály, posuzovací stupnice, strategie výběru dotazníkových metod dle psychopatologického okruhu.
29. Výkonové metody v klinické praxi, diagnostika intelektu, kognitivních schopností, testování paměti, pozornosti, exekutivních funkcí. Přehled užívaných metod, objasnění jejich principů.
30. Soudně znalecká problematika, diagnostika v soudně znalecké praxi, posuzování věrohodnosti výpovědi, rozpoznávacích a ovládacích schopností, strukturování znaleckého posudku. Problematika exkulpace.

1. Psychologie nemocných, vliv akutní a chronické nemoci na psychiku, problematika bolesti a smrti, thanatologie, hospicové hnutí. Nejčastější sekundární duševní poruchy u somatických onemocnění.

Problematika nemoci (Prý chce Jochmanová)

- Přirozená součást lidského života, vyžadující adaptabilitu (mobilizuje tělesné i psych. síly)
- Zdrojem bolesti, obav, strachu, stresu, úzkosti, bezmocnosti a závislosti
- Vede k zamyšlení nad životem a jeho smyslem
- **Choroba**: organický stav (poškození, oslabení, snížení aktivity fyziologické fce)
- **Nemoc**: funkční stav = subjektivní poznání, že něco není v pořádku (neschopnost pracovat, nezpůsobilost, nevykonnost)
- **Nezdravý**: sociální stav = pohled druhých lidí na daného člověka (zdravotně postižený člověk, invalida, znevýhodněný oproti druhým)
- **Zolův model 5 momentů** (chování při narušení zdraví): 1. do jaké míry je znepokojen příznakem, 2. jaké povahy a kvality je příznak, 3. ohrožuje příznak člověka ve vztazích, 4. překáží při realizaci zamýšlených činností, 5. jaké budou sociální sankce, když se nebude léčit

Prožívání akutní nemoci

- Nepotrvá zřejmě příliš dlouho, člověk se může zcela uzdravit
- ochota ke spolupráci je značná, snaha dodržovat režimová opatření, očekává pomoc a uzdravu, ve styku s lékařem optimista, potřeba pomoci zvládnout obavy a úzkost

Prožívání chronické nemoci

- **Fyzické potíže**: dlouhodobé intenzivní bolesti, pohybové, zažívací, potíže, potíže s vyměšováním, sebeobsluhou, dýcháním
- **Kognitivní a emocionální potíže**:
 - o často na nemoc myslí, proniká do sebepojetí, narušená identita a její přebudování (čím byl před nemocí, čím je teď), ztráta pocitu osobních kompetencí a úcty, očekává rychlé uzdravení => je zklamán, strategie distancování od nemoci: nemyslet na to, co se stalo
 - o Lékař může být zaměřen na nemoc a ne na pocity
 - o únikové strategie (drogy, alkohol, přejídání)
- **Sociální aspekty**:
 - o Většinou není úplně izolován (lékaři, rodina, práce, volnočasové zájmy)
 - o Horší dodržování léčebných postupů a spolupráce (návštěvy léčitelů, ...) => lékař je rozladěn
 - o Obtížné soc. situace (př.: dietní režim => těžkosti: vaření, objednání jídla v restauraci)
 - o Pacient někdy propuštěn domů bez přípravy, co ho čeká
 - o Pomoc: svépomocné skupiny, snaha odstranit bolest (někdy vede k závislosti na analgetikách, snaze zůstat na invalidním důchodu), snaha o zvýšení mobility pacienta, smlouva s pacientem (závazky o chování, odměny při dodržování, tresty při porušení)

Zisky z nemoci:

- Primární: úleva od úzkosti při sdělení dg., vyjádření konfliktu tělesnou formou => odreagování
- Sekundární: vše, co udržuje nemoc, snížená motivace se uzdravit (pozornost druhých, peníze,...)
- Terciální: hodnotová změna, přínos nového => posttraumatický růst

Postoje pacienta k nemoci:

- **normální**: soulad mezi lékařem a pacientem
- **heroický**: přemáhání bolesti, úzkosti a jiných symptomů
- **bagatelizující**: podceňování onemocnění a přehlížení příznaků
- **repudiační**: myšlení a emoce potlačuje, nevědomě disimuluje

- **nosofobní:** nepřiměřené obavy a strach
- **nosofilní:** uspokojení a zisky z nemoci (nevědomé)
- **účelový:** vědomí získávání něčeho důležitého
- **hypochondrický:** silně přeceňuje závažnost nemoci

Problematika bolesti

- nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost, prožitek spojený se skutečným/ možným poškozením tkáně, **vždy subjektivní**
- až u $\frac{3}{4}$ nemocných, 40 % chronicky nemocných
- slabá adaptace na bolest (ale kulturní i individuální rozdíly)
- **funkce:** obranný signál poškození, projev onemocnění, varování před škodlivými důsledky činnosti, nemoc samotná (fantomova bolest)
- **vznik bolesti:** kombinace složek (časově i prostorově odděleny)
 - o **senzoricko-diskriminační** (neospinotalamický systém, rychlejší než a.-m.)
 - o **afektivně-motivační** (spjat s endorfiny: tlumí cití bolesti, zásah placebo pomocí a.-m.)
 - o **kognitivně-hodnotící** (dorzální, dorzolaterální míšní dráhy a korová centra, nejrychleji)
- **Receptory bolesti:**
 - o Nociceptory kůže a podkoží: superficiální bolest (ostrá, palčivá, přesně ohraničená)
 - o Nociceptory kosterního svalstva, kostí a cév (difúzní, tupá bolest)
 - o Nociceptory vnitřních orgánů (bledost, bradykardie, hypotenze, lokalizovaná, palčivá, tupá)
- **Teorie bolesti:** - 3 okruhy
 - o **teorie specifity** - patří sem teorie specifických nervových energií (Müller) a teorie specifity receptorů (von Frey), kdy předpokladem byly receptory pro bolest jako volná nervová zakončení, což později bylo potvrzeno pro nociceptorovou bolest
 - o **teorie kódování** - předpoklad, že informace z periferie je do centra přenášena ve formě kódu a výsledný pocit vzniká až v CNS dekodováním; patří sem teorie sumace, teorie periferního kódu, teorie reverberačních okruhů, teorie interakce a sumace
 - o **emoční teorie** - citová (emoční) teorie (Marschall) - bolest je spíše citová záležitost; přínosem této teorie je, že vedle smyslové složky bolesti je i emoční složka
 - o **Melzackova a Wallova „vrátková teorie bolesti“** - předpokládá existenci neurologických vrátek v míše (substantia gelatinosa), jež řídí přenášení informací o bolestivých podnětech do mozku (jsou-li tato vrátka „otevřená“, zakoušíme intenzivnější bolest), vrátky jsou vzruchy modulovány dříve, než je bolest uvědomena, intenzitu bolesti dále regulují endogenní opiáty (endorfiny a enkefaliny)
- **Farmakologická pyramida:**
 - o **Pacient přichází s neléčenou bolestí:** dát neopiodní analgetika v kombinaci s dalšími podpůrnými léky => stopový efekt (od jisté chvíle zvyšování nevede k úlevě, jen násobí nežádoucí účinky)
 - o **Bolest neustoupila/zhoršuje se:** slabé opioidy s neopiodními analgetiky
 - o **Bolest stále obtěžuje:** (je nesnesitelná) silné opioidy bez ohledu na možnou závislost
 - o **Hierarchie cílů:** zbavit bolesti ve spánku => když odpočívá v leže => ve stoje/pohybu
- **Dělení bolesti dle:** místa vzniku, trvání a výskytu, intenzity a nepříjemnosti, charakteru (akutní X chronická), původu (organická X neorganická)
 - o **Akutní:** prudce, rychle probíhající, max 1 měsíc, **dopady:** ohrožení, strach
 - **ovlivnění bolesti:** může volně projevovat, svalové uvolnění, empatie lékaře, pocit, že jednou skončí, pomoc hypnózy, hypnotické či bdělé sugesce
 - o **Maligní** (nádorová): zhoubná, nesnesitelná, souvisí s nádorovým onemocněním
 - o **Chronická:** vleklá, 3+ měsíce nebo od půl roku, bolesti zad, fantomové bolesti, revmatoidní artritidy, maskovaná deprese, ..., **dopady:** snížená kvalita života, emoční ladění (deprese, beznaděj,) rezignace a bez zájmu
 - **Maligní:** onkologické onemocnění, zhoršuje kvalitu života, typické projevy
 - **Benigní:** onemocnění bez ohrožení života, mění kvalitu života (vyžaduje vnímání potřeb nemocného, individuální psychotherapeutický přístup)
 - **Psychogenní:** bolestivé chování, projev: deprese, úzkosti, psychotických P.

- o **Epizodická:** vracející se
- o **Procedurální:** způsobená bolestivými výkony
- o Dělení dle původu na **organickou a neorganickou:**
 - Nocicepční: potenciální nebo skutečné poškození tkáně
 - Neuropatická: důsledek poškození nervového systému
- **Měření bolesti:** 2 metody: psychofyzilogické postupy X slovní posouzení
 - o **MPQ** (McGill Pain Questionnaire) – R. Melzack – měříme kvalitu bolesti –
 - zjišťuje 3 druhy údajů o kvalitě bolesti: **afektivní** (údaje o citové emocionální stránce bolesti, třídí je do pěti skupin), **senzorické** (možné přiřadit k určitému smyslu = hmat, chuť, čich), **hodnotící**
 - o **Metoda měření intenzity bolesti** – VAS – Visual Analogue Scale (Vizuální analogová škála) - grafické znázornění intenzity bolesti na kontinuu (žádné – nejvyšší)
- **Diagnostika bolesti**
 - o Rozlišující složka bolesti: škály měřící sílu bolest i např. pacient si vede deník bolesti
 - o Hodnotící složka bolesti: pomocí dotazníků na depresi, úzkost
 - o Behaviorální složka: přímé pozorování projevů v chování (sebezpozorování pomocí škál X objektivní: krokoměry, ...)
 - o Vliv situace a životního stylu: sledování psychosociálních okolností
 - o Zpracování informací a centrálního řízení: aktivní a pasivní zvládání zátěže, vyhýbavé chování, individuální odolnost pomocí dotazníků

Zvládání bolesti

- **Individuální aspekt bolesti:** dán sociálním učením a podmíněn též momentálním stavem, cirkadiální rytmy (nejvyšší práh ráno a nejnižší kolem 20. hodiny), pocit jistoty a kompetence zvládnout a osobnostní zvláštnosti (neurotici ↓ vnímání, melancholici, schizofrenici, PO ↑ vnímání)
- **Při práci s pacientem:** upozornit, že léčba bolesti je důležitá, přetrvávající bolest hlásit, nebát se opiátů, zaměřit se na pacienty: děti, staré, cizince, v potaz: představy o statečnosti, strach si stěžovat, ...
- **Ochota poslechnout lékaře:** compliance (poslušnost, ochota vyhovět požadavkům) X adherence (pevně se držet a respektovat požadavky, důraz na vzájemnou spolupráci s lékařem, autonomii a iniciativu pacienta)
- **Techniky:**
 - o **Stínění** (taktilní podněty, tlakové body, elektrostimulace, akustické podněty)
 - o **Informovanost o bolesti** (pravdivé a kotvené v realitě)
 - o **Placebo** (lepší výsledky u lehčí bolesti, dlouhodobě účinek mizí = nutná inovace)
 - o **Biologická zpětná vazba** (ovlivnění fyziol. pochodů v těle pomocí průběžné info o stavu monitorovacím zařízením – lze ovlivnit př. tlak krve, frekv. srdeční činnosti, ...)
 - o **Techniky kognitivní kontroly** (zaměření pozornosti na vnější situace; vnitřní prostředí – počítání, myšlenky; somatizování – distanc od bolestivých částí; imaginace)
 - o **Inokulační programy pro redukování bolesti** = záměrné rozvíjení schopnosti zvládat- 3 fáze: edukativní (info o bolesti a možnostech zvládání – relaxace, odvrácení pozornosti, autoinstrukce), nácvik (nácvik konkrétních technik), praktická a aplikační
- **Chronická bolest:** chápání jako dočasné, běžné součásti, byť nepříjemné, trpělivé naslouchání, vyčkávání a několikadenní snášení bolesti ze strany pacienta, uvědomění, že neřešené problémy zvyšují napětí, změna životního stylu a změna v myšlení pacienta, nutné počítat i s naučeným chováním (jak se chová při bolestech), sociálním prostředím, sekundárními zisky, vyhýbavým chováním, zvyšujeme mobilitu, uzavření „smlouvy“, že se bude léčit

Problematika smrti: Pro mnohé stále tabu

- **Klinická smrt** = zastavení činnosti srdce a dechu (je možné je resuscitací obnovit)
- **smrt mozku** = závazné kritérium smrti stanovené WHO; stav, kdy dochází k nezvratným změnám na mozku, při nichž nastane selhání funkce a zánik center řídících krevní oběh a dýchání
- **Vyrovňávání se s terminálním onemocněním** (Kübler-Rosová)
 1. **Šok:** až několik dní, proč právě jemu, proč právě teď

2. **Popření, stažení se:** hl. u těch, kteří nezakoušejí nepříjemné pocity; až 20 % nemocných 14 dní popírá, že jim dgn. někdo sdělil; omyl, navštěvují jiné lékaře, ..
 3. **Zloba, hněv, agrese:** namířená ven-závist zdravým osobám; stížnosti na banality; vidět za tím krizi, úzkost, zoufalství, stupňovaný pocit nespravedlnosti a křivdy
 4. **Smlouvání:** racionální rovina: o čas, zda se dožije významné životní události; iracionální rovina: regrese do dětství, hledání viny, které se dopustil, slibuje, že vše odčiní, jako trest za provinění, hledá alternativní způsoby léčby
 5. **Deprese:** přetrvávají iracionální pocity, provinění nahrazené plným uvědoměním ztráty životních hodnot; nutné, aby nebyl sám
 6. **Akceptace:** pacienti, kteří dospějí k vnitřnímu vyrovnání, působí dojmem vyrovnanosti, klidu, míru, uspořádání si posledních důležitých věcí
- Členění procesu:
 - o **Pre finem:** zjištění nemoci a reakce na zjištění
 - o **In finem:** méně psych. i fyz. sil, vzdalování se od světa, pokles zájmu o lidi, novinky, chce mít u sebe nejbližší, někdy chce být sám, předsmrtná euforie (pár dní před smrtí: rozkvět, plný života, komunikuje, poslední přání)
 - o **Post finem:** péče o mrtvé tělo a o pozůstalé
 - **Truchlení:** žal nad ztrátou blízkého = komplexní emocionální, sociální, somatická reakce
 - o **4 úkoly:** přijmout ztrátu jako realitu => prožít zármutek => adaptovat ve světě bez zemřelého => citově se odpoutat, investovat energii jiným směrem
 - o Fáze:
 1. **Šok a otřes:** hned po (hodiny až dny); zmatenost, otupělost, omráčenost; automatizování a nevěřícní; to přece nemůže být pravda
 2. **Sebe-kontrola:** do pohřbu; dolehnutí po hostině
 3. **Regrese:** 1-3 měsíce; pláč, intenzivní smutek; regrese v chování (ne jako děti, běžné fungování); apatie, úzkost, uzavřenost, zoufalství
 4. **Adaptace:** 1+rok; získávání ztracené sebekontroly nad životem; zvládání běžných nároků a smířování
 - o **Komplikované truchlení (Lieberman)**
 - **Opožděná reakce:** odložené (týdny-roky), přesvědčení, že už se přizpůsobil, zastavuje/znemožňuje další život pozůstalého
 - **Zkreslená reakce:** hyperaktivita, závislost, získání symptomů zemřelého, přetrvávající změny vůči blízkým
 - **Atypické formy:** chronické reakce (dlouho trvá, vyústění v depresi), odložené reakce (týdny-roky, spouštěcí faktor ukáže nezpracování), excesivní reakce (přeroste například v thanatofobii), maskované reakce (drogy, delikvence, tělesný symptom)
 - **Rizikové faktory:** okolnosti úmrtí (sebeobviňování, náhlá smrt), vztah mezi osobami (ambivalence, závislost, dítě, mladší 20 let), charakteristiky pozůstalého (výčitky, neschopnost vyjádřit pocity, nedorozumění ztráty), sociální okolnosti (absence vztahů, malá podpora rodiny, ...)
 - o **KKI:** rychlé navázání kontaktu, možnost ventilace emocí
 - naslouchat, být všímavý, dostatek času, nechat hovořit, otevřené otázky, nedávat zbytečné rady, řešení společně, neodsuzovat emoci, nepřerušovat, ujištění, že udělal vše, co bylo v jeho silách, později podpora návratu k aktivitám a zájmům, ...
 - o **Dlouhodobější intervence:** edukace (přirozený proces, běžné, normální), uznat skutečnost (detailní popis události, nepodporovat únikové strategie), popis vztahu (vývoj, emoce, př.: společné fotografie), ventilovat a zpracovávat pocity (včetně hněvu, viny, bezmoci, ...), vést k zdravému odpoutání, investování energie jinam
 - **Thanatologie** (thanatos = smrt, logos = řeč, nauka)
 - o Věda o umírání, interdisciplinární (zabývá se biologickými a fyziologickými otázkami smrti, psychologickou, teologickou, filozofickou, antropologickou i etickou stránkou)
 - o 1. thanatolog Robert Hertz

Paliativní péče:

- primárně zaměřena na chronicky nemocné pacienty: nedají se vyléčit, často omezená délka života)
- modifikována tak, aby se jejími nežádoucími účinky nezhoršil celkový stav nemocného
- léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním
- primární je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných
- cílem je dosažení co nejlepší kvality života nemocných (úleva od bolesti, ...) a jejich rodin
- neurčuje ani neodkládá smrt

Hospicové hnutí (v aj. útulek, útočiště; v lat. hospitium => pohostinství, pohostinný dům)

- formální paliativní péče, tvořena lékařskými, ošetrovatelskými, rehabilitačně-ošetrovatelskými službami
- vzniklo ve Velké Británii => Cecillia Saundersová - založila St. Christopher hospic (1967)
- 1. hospic v ČR Červený Kostelec 1995 - Marie Svatošová –
- pomáhá umírajícím a jejich příbuzným prožít obtížné chvíle života pokud možno bez bolesti, v klidu, v bezpečí a v přítomnosti druhých lidí (rodina, profesionální pracovníci, laičtí pomocníci, duchovní)
- ne léčba - hospic garantuje: nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost, v posledních chvílích života nezůstane osamocen
- hospice v ČR: Červený Kostelec, Praha, Plzeň, Rajhrad u Brna, Litoměřice, Brno, Svatý Kopeček, Valašské Meziříčí, Most, Prachovice, Ostrava, Červany u Prahy, Chrudim
- **Tři formy:**
 - o **Domácí hospicová péče:** stará se rodina, podle potřeby podporována odborně
 - domácí péče poskytovaná laiky = home help x domácí ošetrovatelská péče
 - profesionály = home care
 - mobilní hospic poskytuje péči lékaře, zdravotních sester, soc. pracovníka, psychologa a duchovního v domácím prostředí
 - o **Stacionární hospicová péče:** pac. je přijat ráno a odpoledne/večer se vrací domů
 - o **Lužková hospicová péče:** 25-35 lůžek + stacionář + vzdělávací centrum s poradnou, jsou ohroženi na životě, nestačí/není možná domácí péče; neomezené návštěvy – jsou součástí péče

Nejčastější sekundární duševní poruchy u somatických onemocnění

- vyskytují též v kombinaci se somatickými onemocněními => **primární duševní poruchy** či **sekundární** doprovod u somatických onemocnění (diabetes mellitus, cévní mozková příhoda...)
- působí na psychiku nemocného, má sociální význam vyjádřený rolí a postavením nemocného
 - o mění se sebepojetí, zhoršuje sebehodnocení, může vést až ke změně identity,
 - o strach a úzkost, smutek, truchlení, deprese, suicidální tendence, pocity bezmoci, apatie a rezignace, hněv a vztek, pocity osamocení,
 - o rozvoj neurotických poruch, poruchy spánku,

symptomatické deprese = sekundární organické: stav, který se rozvinul v souvislosti s organickým onemocněním mozku či těla, může být vyvolána i léčbou => nelze nikdy považovat za součást somatického onemocnění a je třeba ji léčit

2. Psychologie handicapu, psychologická specifika jednotlivých typů postižení (intelektové, zrakové, sluchové, pohybové, řečové), invalidita, dopady neurotizace na osobnostní rozvoj.

PSYCHOLOGIE HANDICAPU:

- Zabývá se psychologií jedinců se **zdravotním postižením** = ztráta nebo poškození určitého orgánového systému, důsledkem dochází k narušení, omezení nebo úplnému chybění některé ze standardních funkcí = kompetenci
- Platí, že jakékoliv postižení má vliv nejen na poruchu funkcí ale i na rozvoj celé osobnosti a specifické sociální postavení
- ⇒ Vzniká **handicap** = znevýhodnění (psychosociální kategorie), je dán postižením, mírou subjektivního zvládání, sociálním významem postižení

Zdravotní postižení:

- **Primární:** chorobné změny představující omezení v oblasti předpokladů k rozvoji normálních funkcí (př. zrakové, sluchové vnímání) => riziko, že jeho vlivem vznikne psychická odchylka (závisí na druhu a závažnosti postižení)
- **Sekundární:** změny vznikají důsledkem působení nejrůznějších psychosociálních faktorů, které mohou být závislé na primárním postižení => podílí se osobnostní vlastnosti, prostředí

Výskyt a příčiny postižení:

- **Vrozené:** ovlivňuje vývoj dítěte, není po něj tak subjektivně traumatizující (3-5 % dětí)
- **Získané** (později): prostor ke srovnávání stavu před/po, aktuální stav považován za horší (přesto výhody ze získaných zkušeností => představa prostoru, slovní zásoba, soc. zkušenost)

Psychické změny plynoucí z vrozeného postižení:

- **Rozvoj poznávacích procesů:** rozvoj funkcí kompenzačních podle míry postižení
- **Osobnost postiženého dítěte:** závisí na přijetí dítěte rodiči, způsobu výchovy, míře kontaktu s druhými, možnost získání různých sociálních rolí a zkušeností
- **Odchylky v socializačním vývoji:** vlivem neadekvátní výchovy (př. závislost na rodičích)

RODINA POSTIŽENÉHO

- Jiná sociální identita, součástí všech jejích členů, mění se životní styl, chování rodiny ke světu

Reakce rodiny:

- Postižení mění povahu dosavadního fungování, mimořádná zátěž, velmi náročná živ. Situace
- Ztráta důvěry v lékaře, v partnera, ve vlastní schopnosti => ztráta normálního života
- Obtížné vytvoření sourozenecké symetrie (př. starší postižené dítě nemůže být vzor, ...)

Rodiče:

- Pocit selhání, narušení rodičovské identity, sebeobrazu rodičů, pocit viny vzhledem k dítěti
- Vědomí neschopnosti zplodit zdravého potomka vede ke ztrátě sebevědomí, méněcennosti
- Postoje a chování k dítěti budou jiné, než kdyby bylo zdravé, nebezpečí extrémů = hyperprotektivita, odmítnutí
- **Fáze krize rodinné identity** = období konfrontace se skutečností, může předcházet fáze nejistoty (uvědomování si jisté odlišnosti)

Stádia reakce rodiny:

- 1) **Šok:** pocity derealizace, zmatku, nepřiměřené reakce (především rodiče)
- 2) **Popření:** nebo útek ze situace, snaha najít vysvětlení, že to byl omyl
- 3) **Smutek, zlost, úzkost, pocit viny:** agrese směrem na partnera/zdravotnictví, hluboký smutek, rodiče neschopni vnímat informace v souvislosti s nemocí dítěte => nutné opakovat
- 4) **Rovnováha:** snižování deprese, narůstá přijetí situace a snaha starat se o dítě, aktivní účast při léčbě => s dalším stresem a krizí dochází opět k emočním výkyvům
- 5) **Reorganizace:** přijetí situace, vyrovnávání se a zaměření na hledání optimálních cest do budoucna => pokud se rodiče nerozejdou, většinou fáze posiluje jejich vztah

Odchylky od adaptace: pozdější postižení tolik nepůsobí na znehodnocení rodičovské role

- rodičovské obrany spíše směřovány na dítě než vlastní sebeúctu
- **Hyperprotektivita:** soustředění na nemocné dítě, extrémní péče a stimulace (pramení z pocitů viny, studu z negativního postoje k němu) => druhý rodič i sourozenci se mohou cítit odmítaní

a posilovat pocity viny (nemají dítě dost rádi) => postižené dítě vnímáno jako zranitelné (to se promítá do jeho sebepojetí, chybí mu sebejistota a zbytečně to zpomaluje jeho vývoj)

- **Odmítání dítěte:** nejčastěji u MR, defekt zjištěný při narození => nevzniklo dosud pouto, umístění dítěte do ústavní péče nebo zůstává v domácí péči, riziko syndromu CAN
- **Přetrvávající vztek na partnera:** vede až k rozpadu rodiny, zdrojem i vlastní pocity viny, někdy i projekce vzteku na dítě

PSYCHOLOGICKÁ SPECIFIKA JEDNOTLIVÝCH TYPŮ POSTIŽENÍ

INTELEKTOVÉ (viz. otázka 13 MR)

Charakteristika:

- Omezenější zvědavost, preference podnětového stereotypu, snížená kritičnost a snazší ovlivnitelnost, zvýšená dráždivost (někdy i afektivnější výbušnost)
- Často sebepoškozování (jako komunikace), agrese (aktivita), snížené sebeovládání (neschopnost vyjádřit se) => autostimulace nahrazuje podněty, uvolňuje napětí
- Riziko CAN, oběti trestných činů (zvýšená sugestibilita), stigmatizující postižení

ZRAKOVÉ postižení

- **Slabozrakost:** omezení zrakových funkcí na 15-5 % běžné kapacity, schopni běžné orientace v prostředí, psychický vývoj nebývá natolik odlišný
- **Praktická nevidomost:** zbytky zraku, deficit v rozsahu 4 % běžné kapacity
- **Nevidomost:** chybění tvarového vidění, může být zachováno rozlišení světla a tmy
- **Kortikální postižení zrakových funkcí:** narušení okcipitální oblasti nebo zrakových drah, centrální porucha zraku, příčina v postižení CNS, nedostatečný přísun kyslíku, úrazy hlavy, infekce nebo nádory

Charakteristika:

- Ovlivňuje vývoj poznávacích procesů (spojené s rozvojem jazyka a řeči) => celková úroveň verbální inteligence ale není na zraku přímo závislá (průměrné předpoklady a podnětné prostředí zamezuje opoždění vývoje) => nižší aktivace CNS (budí dojem ospalosti), hladina aktivace zvyšována jinak (kýváním, houpáním, mačkáním očí)
- Důraz na verbální komunikaci, extrém = **verbalismus** (nevhodné užití slov, uniká význam)
- kompenzační funkci má **sluch** (citlivější, diferencovanější, především sluch. paměť), **hmat**
- omezení zisku sociálních zkušeností, orientace v cizím prostředí, méně výrazná mimika, pantomimika, potíže v sociálním porozumění (chybí učení nápodobou)
- motorický vývoj: děti se posunují po zadečku nebo po zádech, až potom se postaví a obcházejí
- kognitivní funkce: prodloužené senzomotorické stádium, závislé na pomoci blízkých osob
- prodloužené období závislosti na rodičích (separační úzkost až do 4-5 let)

Zásady práce: děti citlivé na změnu prostředí, potřebují víc času na seznámení se s novými lidmi, využívání optimálních optických pomůcek, při kombinaci postižení spolupráce s odborníky, podání ruky nahrazuje oční kontakt, verbalizovat dění (př. odcházíme z místnosti pro papír), nebát se slov „vidět“ atd., vodící psi nejsou mazlíčci, vhodné oslovení při komunikaci (ať ví, že na něj mluvíme)

SLUCHOVÉ postižení

- **prelingvální** (do 3-4 let, závažnější) x **postlingvální** (v závislosti s osvojením řeči)
- **nedoslýchavost:** potřebuje sluchadla, včasná pomoc vede k rozvinutí mluvené řeči
- **neslyšící:** prelingvální, náročný rozvoj řeči (chybí kontrola), nepřirozená melodie, rytmus
- **ohluchlí:** postlingvální, rozvinutá řeč, výslovnost se postupně horší, využívají odezírání

Charakteristika:

- schopnost slyšet se vyvíjí během prvního roku, neslyšící kojenec přestává žvatlat mezi 17-26 týdnem, protože se neslyší => slyšící dítě se leká silných zvuků, reaguje + otáčí hlavičku i za tichými zvuky (v půl roce) => nápadná odlišnost vzniká při snaze komunikovat
- hluchotu může doprovázet slyšení nepříjemného šumu = **tinitus auris** (následek vyčerpání)
- nedostatek sluchových podnětů ovlivňuje zrání frontální kůry (učení, plánování, **rozvoj exekutivních funkcí** => méně výkonná pracovní paměť), **komunikační informační bariéra** = náhradou čtení (X omezená řeč, slovní zásoba, pochopení významu, ...)
- obtížná sociální interakce (nevyznají se) + problémy s **regulací vlastního chování**, častěji afektivní (překážka sociální adaptace)

- **signifikantně vyšší výskyt neurotických poruch a p chování** než u běžné populace
- omezené zvládání řeči vede k omezení přístupu k informacím => narušené vnímání času a **deformace vývoje myšlení** (je vázáno na konkrétní realitu) => nevnímají souvislosti
- pomalý rozvoj logických operací, obtížné pojmové myšlení (myšlení se vyvíjí s vnitřní řečí)

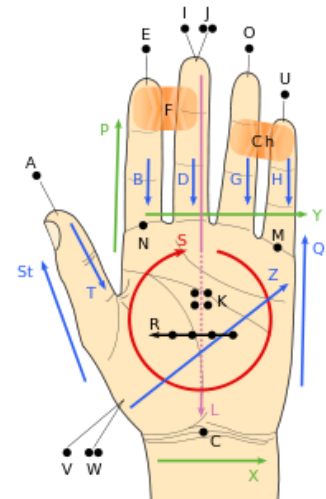
Zásady práce: časné odhalení vady (problematická i přehlédnutá lehká nedoslýchavost), pro testování IQ (tlumočník, manipulační testy (kostky), barevné Ravenovy matice, SON-R, ...), kvalitní péče rodiny a školy, využití zbytku sluchu + pomůcek, **cílem je základní gramotnost** (čtení, psaní), po sezení předat písemné shrnutí projednaného, předem se zeptáme na preferovanou formu komunikace

- **kochleární implantát**: pokud nestačí naslouchadlo, svazek elektrod zavedený do hlemýžďe => dítě musí být schopné spolupráce při programování řečového procesoru implantátu

HLUCHOSLEPOTA

- různý stupeň souběžného poškození zraku a sluchu, problémy v komunikaci, prostorové orientaci, samostatném pohybu a sebeobsluze a přístupu k informacím
- vyžaduje zajištění odborných služeb, pomůcek a úpravy prostředí
- **vrozená hluchoslepota**: ze 3/4 způsobuje napadení plodu virovou infekcí (zarděnky)
- **geneticky podmíněná** = **Usherův syndrom**: vrozená porucha sluchu, postupná ztráta zraku
- hluchoslepota i jako následek procesu stárnutí

Pomůcky: znaková řeč, taktilní znakový jazyk, prstová abeceda, Braillovo písmo, daktylografika (tiskací písmena do dlaně), Lormova abeceda (dotyková, do dlaně a na prsty ruky – obrázek)



POHYBOVÉ postižení

- **meningokéla**: rozštěp páteře (2. nejčastější po DMO) => částečné, úplné ochrnutí
- **progressivní svalová dystrofie**: hormonální, metabolické příčiny => dítě se narodí zdravé, postupné ochrnutí, pouze u chlapců (ženy přenašečky)
- **odchyly od normálního tvaru končetin** (deformity, abnormity, anomálie), př. amélie (chybějící končetiny), dysmélie (nevyvinuté), luxace kloubů (nepřiléhání, snížená hybnost)
- **paralýza** (ochrnutí, obrna, různé příčiny – organické i funkční)
- **paréza** (postižena CNS, částečné ochrnutí) x **plegie** (CNS, celkové ochrnutí)
- **paraparéza** (= **diparéza**): částečné ochrnutí dolní/horní poloviny těla, př. pomůcky k chůzi
- **hemiplegie** (postižení poloviny těla) **papaplegie** (ochrnutí dolní/horní části těla)
- **kvadruplegie**: od 4. obratle ochrnutí všech končetin

Charakteristika:

- odlišnost (ohrožení sebepojetí a sebehodnocení), důležitá akceptace postižení (práce s hodnotami, postoji) vhodná integrace, individuální přístup, spolupráce rodiny, školy, ...
- PP příčinou snížení samostatnosti, HK (sebeobsluha, aktivní kontakt s okolím, vyjadřování citového vztahu), DK (samostatná lokomoce) => riziko sociální izolace
- Viditelná tělesná deformace může představovat větší psychickou zátěž než postižení hybnosti (sebehodnocení, estetický handicap) => **sociální znevýhodnění**

Zásady práce:

Rehabilitace: podpora maximální samostatnosti u obou metod

- **Vojtova metoda**: polohování, pohybové úkony, předpoklad přirozeného pohybu např. vpřed
- **Bobathova metoda**: cvičí úkony důležité pro praktický život (držení předmětů, jezení, oblékání) nevychází z postupného vývoje (jako Vojta), ale podle potřeby CNS – autonomie

ŘEČOVÉ postižení

- **narušený, opožděný vývoj řeči**:
 - o **dysfázie**: opoždění řeči (1 dysfázie, 2 těžká D, 3 nemluvnost), MKN-10:
 - **expresivní a receptivní**
 - o **afázie**: získaná porucha, dg.: Minnesotský test pro dif. dg, screeningový test afázie (Halstead-Wepman), Token test
- **narušení článkování řeči**:

- o **dyslálie** (patlavost) a **dysartrie** (porucha artikulace)
- o **narušení zvuku řeči a rhinolálie** (huhňavost)
- **narušení plynulosti:**
 - o **balbuties** (kockavost) a **breptavost** (tumultus sermonis)
 - o **mutismus** (psychogenní = situační, autistický, elektivní, tranziční, traumatický, totální, neurotický, reaktivní, persistentní – min 6 týdnů, psychotický), ...

Charakteristika:

- v závislosti na typu může vést až k narušení kognitivních funkcí a socializace, projevují se ztíženou komunikací => vliv na sociální adaptaci (komunikace jako stres) => laici se domnívají, že kdyby chtěli, budou mluvit lépe => obavy vedou až v **logofobii**
- nedostatečně rozvinutá řeč => může působit jako nízký intelekt => sociální stigma

Zásady práce:

- nutno dg vyloučit sluchovou (Gesselovy zkoušky), zrakovou vadu, poruchu intelektu (dg pouze u lehké MR), autismus, vady mluvidel (rozštěpy), akustickou dysgnozii

GENETICKÉ poškození

DMO (dětská mozková obrna)

- = **centrální koordinační porucha (CKP)**: závažné postižení hybného vývoje, vrozené vady mozku (pre, peri, post -natální poškození), časté přidružení smyslové poruchy, MR, SPU nebo poruchy řeči
- **forma hypertonická**: spastická, nejčastější, kvadruparézy, hemiparézy
- **forma dyskinetická**: adenoidní, mimovolní pohyby, těžká pohybová a lehká intelektu
- **forma ataktická**: mozečková, vzácná, pohybová koordinace a rovnováha, třes rukou, těžké postižení intelektu
- **forma hypotonická**: nejhorší prognóza (z pohledu kognitivního vývoje), těžké MR

Charakteristika:

- ovlivňuje emoční a vztahový vývoj, omezení množství úsměvů a mimických výrazů, malá srozumitelnost signálů, nutnost je pravidelná rehabilitace (Vojta)
- **vždy nutně narušen proces separace-individuace** (dlouho závislé na rodičích)

EPILEPSIE

- **primární**: vrozená, nitroděložní nepříznivé vlivy, dědičné syndromy
- **sekundární**: získaná, úrazy, blokády páteře, nádory, cévní malformace, infekce
- **psychoepilepsie**: záchvaty u dětí s problematickým rodinným prostředím
- **záchvaty**: jednoduché parciální (podle oblastí mozku), komplexní (širší oblasti, automatické pohyby, porucha paměti), generalizovaný bez křečí (celý mozek, strnulý pohled, přerušování práce, porucha paměti) a s křečemi

Charakteristika:

- doprovodně: poruchy chování, učení, narušení intelektu (MR), poruchy řeči, paměti, motoriky, vizuoprostoru, pozornosti a hyperaktivita => zhoršování vlivem opakovaných záchvatů nebo bráním léků (dlouhodobě) => nižší školní výkon => řada poruch reverzibilní
 - o preiktální (počínající záchvat), iktální (časté a drobné opakující se záchvaty), postiktální (únava po paroxysmech)

INVALIDITA = ztráta/snížení pracovní schopnosti

- možnost pracovně se realizovat je důležitá (finance, smysluplný čas, seberealizace) => lékařem uznána neschopnost výkonu práce = invalidita
- dlouhodobé snížení pracovní schopnosti => nárok na invalidní důchod
- česká právní norma = 3 stupně podle míry poklesu pracovní schopnosti:
 1. stupeň (o 35-49 %)
 2. stupeň (o 50-69 %)
 3. stupeň (více jak o 70 %)

DOPADY NEUROTIZACE NA OSOBNÍ ROZVOJ

- úzkost se může stát maladaptivní a navozovat neúčelné jednání – reakce ohrožení na běžné situace, aktivizace nepřiměřená a zbytečná => sklon k úzkostnému reagování je ovlivnitelná učením

- vytvoření sekundárního strachu z úzkosti: život v trvalém napětí, neschopnost se uvolnit => dráždivost, přecitlivělost, deprese, beznaděj => náhled na situaci zachován (neovládá je)
- myšlení deformováno emocemi, objevuje se anticipační úzkost, hodnocení skutečnosti až nepřesné, vliv negativního očekávání na uvažování, převažuje pesimistické hodnocení
- pocity méněcennosti, nepřiměřené obavy a kritika, narušení koncentrace pozornosti a paměťové funkce, zhoršuje výkon

Změny chování:

- neklid, neschopnost se uvolnit a regulovat své chování a emoce, neúčelné projevy
- celková inhibice, tendence k izolaci: obrana sice účinná, ale omezuje, vyhýbavé chování neefektivní

Tělesné příznaky:

- necítí se dobře, poruchy spánku a únava, bušení srdce, třes, zvýšené pocení, závratě, dýchací a zažívací problémy

3. Psychosomatická koncepce, jednotlivé teorie psychosomatického výkladu, psychosomatická onemocnění a psychologická problematika v jednotlivých oborech lékařství.

Psychosomatická problematika

- Manifestace psychosociálních obtíží do tělesných příznaků – podílejí se na patogenezi, průběhu i léčbě somatického onemocnění
- člověk = bio-psycho-sociálně spirituální jednotka
- Dominovala lineární kauzalita, ale teď dominuje **cirkulární kauzalita** (vše souvisí se vším)
- Předmět: somatické poruchy, u nichž se psychosociální faktory výrazněji uplatňují v etiopatogenezi a průběhu či prevenci onemocnění, také choroby vzniklé z nevhodného životního stylu.
- Psychosomatickou příčinu **u celé třetiny pacientů** vyhledající pomoc => Před psychoterapií vystřídají zbytečně v průměru 12 lékařů během 7 let

Historie psychosomatické medicíny

- Slovo psychosomatika poprvé použil **Heinroth v roce 1818**.
- **Jakobi (1828)** doplňuje termín somatopsychický.
- Vzniká na půdě psychoanalýzy
 - o Hlavně na psychoanalýze ve svých počátcích stálo psychosomatické hnutí
 - o Tvorba příznaku je obranným mechanismem
 - o **Konverze**: funkční obrna vychází z emočního hnutí => „symbolická řeč orgánů“ => Převedení duševního napětí do tělesné oblasti, např. trvalý stres se projeví jako „škubání oka“
 - o **Regrese**: Intrapsychický konflikt → infantilní reakce / vulnerabilita orgánů (astmatický záchvat symbolizuje pláč)
- bylo iniciováno **F. Alexandrem**, který **20. letech vytvořil psychosomatickou školu**

Jednotlivé psychosomatické koncepce

1. **SPECIFICKÉ** = teorie specifických nevědomých konfliktů a teorie specifických změn emocí
 - A. **Pojetí intrapsychického konfliktu**
 - předpoklad existence (specifického) konfliktu (často z dětství) vedoucího k onemocnění => Konflikt může být potlačen, projevit se neurotickým příznakem, vést k poruše vnitřních orgánů
 - B. **Přístup F. Alexandra = Chicagská sedma** intrapsychické konflikty mezi sebeprosazením (agresí) a potřebou péče (únikem) vedou přes aktivaci veg. nerv. systému k orgánové dysfunkci: Průduškové astma, Revmatická artritida, Ulcerózní kolitida, Esenciální hypertenze, Hypertyreóza, Žaludeční vřed, Neurodermatitida
 - C. **Přístup Flanders Dunbarové => Osobnostní profil.**
 - Zjistila, že se skupiny nemocných liší (např. v rodinných a osobních anamnézách), => zavedla vystihující **OSOBNÍ PROFILY** (př. pro koronární osobnost je typické nutkavé úsilí, pilná práce ...). Kritika – výsledky se při ověřování nepotvrdily
 - Zabývala se **4 skupinami nemocných**: Časté zlomeniny, Kardiovaskulární onemocnění, Revmatoidní onemocnění, Diabetes.
2. **HRANIČNÍ** = nedá se rozhodnout, zda jsou ne/specifické
 - 1) **Alexithymie** „beze slov pro pocity, Peter Sifneos
 - příznaky: redukováná introspektivní kapacita, neschopnost učit se novému emočnímu chování, ochuzená fantazie, omezená afektivní zkušenost, schizoidní vztahy
 - 2) **Operační myšlení**
 - Myšlení pacientů je operativní (= přeceňuje realitu a potlačuje fantazie)
 - Psychosomatický příznak, na rozdíl od neurotického, nemá symbolický význam
 - Tělesné příznaky psychosomatického onemocnění = psychofyziologická porucha
 - **Pinociův syndrom** – nadmíra užívání racionalizací, vyhýbání se emočním vlivům ...
3. **NESPECIFICKÉ** = přikládají kauzální význam působení různých zátěžových situací, především psychosociální zátěži (na zk stačilo vyjmenovat a jednu si vybrat, u státnic nevím)

1) **Teorie konstituční zranitelnosti**

- Podle této teorie nejvíce zranitelný orgán (geneticky predisponovaný) začne špatně fungovat, nebo dokonce dochází k jeho organickému poškození jako reakci na zátěžovou situaci
- vychází z **Kretschmerovy** teorie temperamentu vč. Onemocnění (nyní je psychosomaticky pojímána i obezita a PPP)

2) **Teorie učení orgánové odpovědi**

- Hlavní příčinou poškození orgánu je specifická reakce orgánu na emoční stimulaci a že tato reakce je naučená (určitý orgán např. srdce reprezentuje důležitou osobu nebo její aspekt např. matku – pokud dojde ke konfliktní či odlukové situaci = srdeční obtíže)

3) **Teorie vegetativního učení** (představuje přechod ke koncepcím behaviorální medicíny)

- Nový podnět => spouští fyziologickou reakci mechanismem procesu učení => tyto naučené emoční odpovědi jsou velmi rezistentní => a mají svůj korelát v chování => a to může být ovlivněno

4) **Hypotéza o stylu chování A – Friedmann a Rosenman**

- Jedinci vykazující chování typu A mají předpoklady k rozvoji *ischemické choroby srdeční a jejím komplikacím*
- Typ chování A je **behaviorální syndrom** = styl života, naučené chování (NE rys osobnosti)
- je **charakterizováno**: soutěživostí, touhou po ocenění, agresivitou, netrpělivostí, zvýšenou psychomotorickou aktivitou, napětím v obličejovém svalstvu, zvýšené psychomotorické tempo
- Vykazují i nutkavé prvky chování, aktivní, časová tíseň, konflikty => chronické napětí a úzkost => ischemická choroba srdeční a esenciální hypertenze

5) **Kortikoviscerální teorie – Bykov a Kurcin** (vychází z učení I. P. Pavlova)

- Psychofyziologicky orientovaná koncepce psychosomatiky. Prokázali vzájemné vztahy mezi vyšší nervovou činností a somatickými a vegetativními funkcemi organismu, činnost vnitřních orgánů je řízena mozkovou kůrou. *Patogenními faktory kortikoviscerálních onemocnění jsou především dlouhotrvající intenzivní emoce, zejména záporné (smutek, úzkost, strach).*

6) **Naučená bezmocnost – Seligman**

- pokusy s psi: naučí se, že není schopno kontrolovat averzivní podnět (v tomto případě vyhnutí se elektrickému šoku) a upadá do stavu beznaděje, bezmoci a cítí se demotivováno
- vliv na vznik deprese, souvislost s LOC, rizikové pro vznik nádorů a infarktů

7) **Teorie životních událostí – Holmes a Rahe**

- rozpracovali vztah mezi životními událostmi a vznikem nemocí
- **Životní události (life events)** = (většinou) neočekávané závažné změny v životě jedince, které od něj vyžadují zvýšené úsilí a značnou adaptaci
- **Pestrá škála situací**: ztráta partnera, rozvod, nezaměstnanost, ztráta majetku, vězení a další (vytvořili dotazník, každá životní událost bodově ohodnocená)

8) **Locus of control – J. Rotter**

- Osoby s **vnějším místem kontroly** jsou přesvědčeny, že jejich život je určován především vnějšími okolnostmi a sami nemají na jeho vývoj vliv => spíše cesta vagového podráždění
- Osoby s **vnitřním místem kontroly** věří, že mají vlastní život pevně v rukou – vše závisí na jejich úsilí, aktivitě, schopnostech => spíše cesta sympatiku
- přesvědčení (vnější – vnitřní) je v čase stabilní.

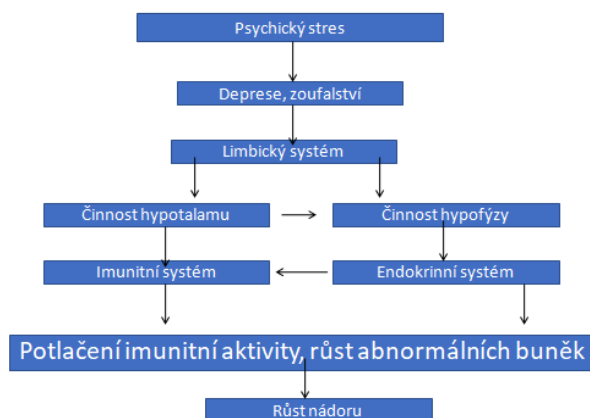
Nejnovější teorie

9) **Neuroimunologie** a Teorie stresu (Simontova teorie stresu a deprese => viz 2. obrázek)

- řídící systém: propojení CNS + IS + Endokrinní systém
- Imunitní systém: kortizol = imunosuprese (u onkopacientů zvyšuje psychoterapie kvalitu a dobu dožití)

(Připomenout si fungování hormonů – kortizol, serotonin, adrenalin)

Nespecifická imunita	Specifická imunita
Fyzikální a chemické bariéry organismu (kůže, sliznice, sliny, slzy, žaludeční šťávy..)	Aktivována a namířena proti konkrétnímu patogenu
Buněčná složka nespecifické imunity	Buněčná složka specifické imunity
Profesionální fagocyty (neutrofily) monocyty (makrofágy) NK cytotoxické buňky Dendritické buňky (prezentace T-lymf.)	T-lymfocyty: (HLA) TC - cytotoxické (CD8+), TH - <i>helper</i> (CD4+), Ts - supresorové (imunologická tolerance)
Humorální složka nespecifické imunity	Humorální složka specifické imunity
Proteiny komplementu (<i>opsonizace</i> , chemotaxe, lýza bakterií)	B-lymfocyty (jsou naivní do setkání s antigenem – plazmatická buňka - produkce protilátek)
Cytokiny (regulace a koordinace nespecifické imunity Adhezni molekuly (<i>lektin</i> , <i>integrin</i> ..))	B-buňky – (paměťové buňky)



10) Teorie desomatizace a resomatizace - Schur

- Založeno na vztahu mezi tělesným zráním a utvářením Já
- Procesy psychobiologického zrání je spojené s postupným procesem **desomatizování** (podněty jsou více zpracovávány na psychické úrovni a somaticko-vegetativní zpracování ustupuje)
- Pokud vlivy či podněty jsou velmi náročné může dojít k **resomatizaci** tj. regresi na úroveň somatických reakcí. Já není schopno poskytnout adekvátní způsoby zpracování podnětů a přichází rozvinutí psychosomatické reakce

11) Mitscherlichův koncept dvojfázového vytěsnění

- Jádrem je v **patogenním pudovém konfliktu**, který může promítnout do psychoneurotické symptomatologie nebo k autoplastickým změnám orgánů. Také závisí na zralosti struktury Já.
- Při akutních krizových reakcích dochází ke selhání psychických instancí a dochází k regresi na úroveň biologické inteligence.
- **Dvojfázové vytěsnění:**
 - o **První fáze:** na zvládnutí vnitřního či vnějšího požadavku nastupuje obrana, která může vést k neurotické symptomatologii a dochází k omezení vlastního já
 - o **Druhá fáze:** pokud reaktivně omezené struktury Já nedokážou dále přijímat přetrvávající zátěž, tak dochází k přesunutí obran do tělesné sféry – vytvoření tělesného symptomu

12) Koncept giving up a given up (Engel, Schmaleh)

- Sledují význam v životních událostech, ve kterých se onemocnění objevilo. Onemocnění provázeno zoufalstvím, depresí, zármutkem, rezignací.
- Dlouhodobé strádání vede k duševnímu stavu *bezmoci a beznaděje*, tj. **giving up** (selhání obranných mechanismů, a i selhání způsobů a prostředků k získání uspokojení)
- **Given up** je charakterizován definitivní ztrátou možnosti uspokojení, což se postupně stává *přetrvávající psychickou realitou*
- Projevuje se vnímání budoucnosti jako pochmurné a ponuré, sebehodnocení je velmi snížené, odhad vlastní ceny je nízký, neschopnost poskytnout sám sobě vnitřní oporu

Psychosomatické onemocnění

- Musí splňovat jedno z kritérií
 - příčina nemoci musí souviset s předcházejícími významnými událostmi
 - průběh nemoci je závislý na psychologických faktorech
 - příznaky jsou neúměrně intenzivní nebo nepřiměřené v délce trvání
- Nezapomínat i teorii součtu
- Kde najdeme míru zdrojů (ROR => poměr V a M (aspirační úroveň ... => alespoň nad 6, ale jde nám taky jestli to umí použít))
- **Rozdělení psychosomatických onemocnění**
 1. **Konverzní neurózy** – disociativní poruchy, např. psychogenní hluchota
 2. **Somatomorfní poruchy** – funkční onemocnění bez patolog. nálezů
 3. **Organická onemocnění s psychosociální komponentou** (psychosomatózy)
 4. **Onemocnění psychického původu převážně s poruchami v mezilidských vztazích a s poruchami chování**

5. Somatopsychické poruchy, např. AIDS.....

- **Diagnostika:** zaměřit se na vztah lékař-pacient (udržuje/mírní/rozšiřuje problém), individuální dispozice pacient (př: Inteligence ve smyslu míry adaptace, chce něco měnit?), symptomy (jaké jsou, co vnímá jako problém?), vyvolávající situace (kdy je to horší/lepší?), vliv rodiny (má rodina zisk z nemoci?), sociální faktory (má přátele? Může se s nimi vídat?)

MEDICÍNSKY NEVYSVĚTLITELNÉ PŘÍZNAKY (MUS)

- takové somatické symptomy, které existují již více než několik týdnů, přestože je adekvátní lékařské vyšetření dostatečně nevysvětlilo (NE pokud špatná/nedostatečná dg)
- dříve používaná označení pro psychosomatický způsob stonání
- Pacient s MUS trpí stejně jako pacient s jasným somatickým nálezem, navíc propadá zmatku a úzkosti, když není možné jeho funkční omezení a tělesné obtíže vysvětlit objektivním nálezem
- Chybí primární zisk z nemoci (= vím, co to je), pacienta to jen unavuje víc
- **Projevy MUS:** pestré – kardiopulmonární, gastrointestinální, musko-skeletální, jiné obtíže (spánek, paměť, svědění, únava, slabost...)
- **Etiopatogeneze**
 - o **Predisponující faktory:** osobní historie, snížená resilience, snížená zdravotní gramotnost, zvýšená vnímavost, obtížná sociální situace, genetika
 - o **Vyvolávající faktory:** akutní tělesné onemocnění, sociální událost, tělesné nebo psychické trauma, radikální změna strany či životního stylu, obtížná sociální situace, genetika
 - o **Udržující faktory:** dlouhodobé snížení zátěže zhoršuje zdatnost, chyby ve stravě, chybné zdravotní či pracovní návyky, finanční odměna za trvající symptom (důchod), udržování patologické rovnováhy v rodině, trvající psychický stres, závislost, abnormální sledování informací o nemoci na internetu
- **Formy léčby MUS**
 - o **Vhodné aktivní formy léčby:** aktivní fyzioterapie, kondiční cvičení, joga, relaxace, psychoterapie, rodinná terapie, úprava životosprávy, ...
 - o **Nevhodné pasivní formy:** jen farmakoterapie, injekce, infuze, operace, pasivní fyzioterapie, magnetoterapie, ...

Psychosociální intervence u psychosomatických poruch: relaxace, medikace, hypnóza, biofeedback, sebeotevření se, strukturovaná psychoedukativní intervence

Relaxace:

- Progresivní svalová relaxace – pokles krevního tlaku, pokles bolestí hlavy, vhodná pro pacienty s roztroušenou sklerózou
- Autogenní trénink – zmírnění migrény, bolesti, pozitivní na: astma, hypertenzi, depresi, koronární
- Relaxované odpovědi – pozitivní vliv na hypertenzi
- Provázená imaginace – redukce stresu, rehabilitace po kardio onemocněních
- Brániční dýchání – redukce anxiety, zvládání agresivního chování
- Transcendentální relaxace – rychlejší zotavení po stresu
- Mindfulness-based stress reduction (MBSR) – snížení prožívání bolesti, zvýšení kvality života při nádorovém onemocnění

Psychosomatická onemocnění a psychologická problematika v jednotlivých oborech lékařství KARDIOVASKULÁRNÍ

- **Esenciální hypertenze:** krevní tlak dlouhodobě nad normální hodnoty (normální krevní tlak 120/ 80). Určující jsou hodnoty diastolického tlaku => celoživotní a z větší části nevědomý konflikt při vyjádření hostility, agrese, rozmrzelosti, vzpoury, někdy i závislosti, obavy ze ztráty lásky, proto vyjádření agrese, úporná vytrvalost zvládat nepřekonatelné překážky
 - o Léčba: medikace a relaxační techniky (autogenní trénink)
- **Ischemická choroba srdeční:** nutkaná potřeba kariérního růstu, nej. chování typu A

RESPIRAČNÍ PORUCHY

- **Astma bronchiale:** záchvaty dušnosti bez najetí příčiny => psychoanalytické hledisko intrapsychický konflikt týkající se závislosti na matce a nevědomé přání být matkou chráněn

PORUCHY TRÁVICÍHO ÚSTROJÍ

- **Ruminace:** častěji se vyskytuje v raném dětství. Jde o volní akt, při kterém se do úst dopraví ze žaludku část polknuté potravy. Vzniká jako kompenzace neuspokojeného aktu krmení, když matka při krmení dítěte mu neposkytne kromě potravy i emoční zázemí.
- **Aerofagie:** nadměrné nevědomé polykání vzduchu do žaludku, nadbytečný vzduch se vypuzuje říháním. Uplatňují se konflikty vyjádřené úsloví polykat vztek, hořkost – tedy symbolika agrese.
- **Crohnova choroba:** chronický zánět trávicí trubice, nejčastěji tenkého střeva (50 %), méně často tlustého střeva (30 %) a vzácně i jícnu nebo ústní dutiny (5 %) => Velkou roli hraje genetické předpoklady, životní prostředí, zvýšená imunita. Z vnějších faktorů se předpokládá vliv stravy, ale také psychologické faktory.
- Dále: **psychogenní nauzea a zvracení, peptický gastroduodenální vřed, ulcerózní kolitida, syndrom dráždivého tračníku**

METABOLIKÁ ONEMOCNĚNÍ

- **Diabetes mellitus:** Okolí především skrze konfliktní situace má na vývoj a udržování diabetu zejména u dětí významný vliv. (rodinná terapie)

PSYCHOGENNÍ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

- **Mentální anorexie:** Potlačení pudovosti a s tím spojených citů, 2) intenzivní úzkost z příliš těsného či symbiotického vztahu, 3) slabost vlastního já a sebeocenění (příčinou často trauma, sexuální zneužívání)
- **Bulimia nervosa:** emočně nezralá osobnost, ambivalentně závislá na rodičích, sklony k regresi a fixaci. Vyvolávající faktory jsou stresogenní vlivy a strach z obezity.
- **Obezita:** Jídlo se stává náhražkou nesplněných přání, citové deprivace, aj. Obézní lidé reagují na základě optických, čichových a chuťových vnějších podnětů, nikoliv na základně endogenních signálů.

PSYCHOSOMATICKÉ POR. V GYNEKOLOGII – sexuální poruchy bez organického nálezu

- **Anorgasmie:** nepřítomnost orgasmu při přiměřené sexuální stimulaci. Často jde o záležitost konstituční, někdy se jedná o traumatizující zážitek z dětství, prudérní výchovu, nepříznivými okolnostmi současného pohlavního života
- **Frigidita:** chybění sexuální touhy a vzrušivosti. Příčina může být konstituční. Dyspareunie: bolest při pohlavním styku. Může se jednat o skryté odmítání partnera.
- **Vaginismus:** křečovitý stah svalstva pánevního dna, často s addukcí stehů. To často znemožňuje koitus. Příčinou mohou být zážitky z dětství, antisexuální výchova, nesprávné počínání prvního partnera.
- Dále: **Dyspareunie, Sterilita, Dysmenorea, Amenorea, Klimakterium**
- **Poporodní stavy:** např.
 - o poporodní blues (emoční labilita, úzkost, pramenící z novorozence), do 10 dní po porodu
 - o poporodní deprese (pokles nálady, zahlcenost emocemi, sebevražedné myšlenky, beznaděj) do 4 týdnů po porodu
 - o poporodní psychóza (obavy, bludy, halucinace...) do 2-3 týdnů po porodu

POHLAVNÍ DYSFUNKCE U MUŽŮ

- **Hypersexualita:** může být také obranou proti depresi. U mužů je nazýván satyriasis, u žen nymfomanie.
- **Erekční dysfunkce:** K psychogenním faktorům patří: výkonové zaměření, prekoitální úzkost a obavy ze selhání, koncentrace na sexuální funkci, patologické emoce: deprese a anxieta.
- **Orgastické a ejakulační poruchy:** v pozadí jsou antikoncepční důvody (strach z oplodnění, potřeba frustrovat partnerku). Účinná pomoc je užití vibrátoru před zavedením penisu nebo manuální stimulace penisu ženou. Semansův nácvik: přerušování stimulace údu ženou při blížícím se výronu a obnovení dráždění, když ejakulace již nehrozí

PORUCHY V REVMATOLOGII

- **4 skupiny:** Zánětlivá revmatická onemocnění (revmatoidní artritida), Degenerativní onemocnění kloubů a páteře, Mimokloubní revmatické onemocnění (bolesti zad + vliv psychosociální situace), Metabolické kostní choroby (osteoporóza)
- **Typické znaky:** viditelné tělesné změny (vliv na sebepojetí), bolest (narušuje koncentraci i relaxování), pocit únavy, ztráta energie, ztráta funkčnosti (neschopnost pacienta není úměrná postižení svalů, ...), obavy ze závislosti na druhých lidech a ztráty soběstačnosti,

- Léčba: Podpůrná psychoterapie, projevení hlubokého zájmu o pacienta, usměrnění radou, příležitost k emocionálnímu uvolnění. Pomoc při umírnění bolesti

PORUCHY V DERMATOLOGII

- **Akné:** vede často k velké psychické zátěži. Omezení kvality života a s akné jako chorobou, emoční stres může vést k exacerbaci akné, těžká akné může vést k rozvoji psychiatrických chorob (snížená sebeúcta, sociální fobie a deprese) a primárně psychiatrické choroby, jako OCD a psychózy, mohou být způsobeny stížnostmi, které se soustřeďují na akné.
- **Psoriáza = lupénka:** neinfekční zánětlivé autoimunitní onemocnění kůže. Nejčastějším projevem je odlupování pokožky (až sedmkrát častěji než normálně). => Lupénka u pacientů stres vyvolává, na druhou stranu stres do jisté míry určuje, jakým směrem se průběh onemocnění bude ubírat a zároveň o 39 % vyšší riziko vzniku deprese, o 31 % častěji úzkostné stavy a riziko sebevraždy je vyšší o 44 %
- Další: **atopický ekzém, pruritus, bludné představy související s kůží**

PSYCHOSOMATICKÉ PORUCHY V DĚTSKÉM A DOROSTOVÉM VĚKU

- V dětství vznikají snadno, jsou globálnější a méně diferencované, jsou závažnější a těžší, mezi počátkem a manifestací je dlouhý časový interval a využívá se ekosystémové hledisko (rodinný systém).
- **Záchvatové projevy a kolapsové stavy:** Výskyt záchvatů a narušeného vědomí. Náhlý vznik s dramatickým rázem a dlouhým trváním. Patří zde záchvaty s neepileptickým podkladem. Typické jsou situační výskyty (jen doma, jen ve škole), zachování reaktivity i při poruše vědomí. Chybění únavy a vyčerpanosti, proměnlivý obraz záchvatů. Záchvaty lze přerušit. Typické jsou kardiofobické záchvaty a silná úzkost. spíše u adolescentů. Uplatňuje se se problematika zvládání úzkosti a agresivity v souvislosti s osamostatňováním se.
- **Bronchiální astma:** Dušnost se spojená s emočním distresem a interakcí mezi dítětem a mezi členy rodiny. Zvažuje se nadměrná závislost dítěte a protektivní i perfekcionista matky

SVÉRAZNÉ KULTURNĚ PODMÍNĚNÉ JEDNOTKY => brát v úvahu sociálního zhroucení a kulturní šok

- **KORO:** jihovýchodní Asie a Čína.
 - o Masivní úzkost a přesvědčení, že se penis zabořuje do dutiny břišní a dojde k jeho zmizení a smrti. Začíná náhlým děsem, spazmy v břiše a akrocyanózou.
 - o Většinou příznaky úzkostné neurózy nebo sch., vzácně i organické poškození mozku.
- **BRAIN FAG SYNDROM (ODE-ORI SYNDROM):**
 - o u nigérijských duševně pracujících kteří intenzivním studiem zvyšovali své znalosti
 - o Stížnosti: nepříjemné pálivé pocity v hlavě, někdy pocit, jako by tělem prolézal nějaký parazit, syčení a hučení v uších, neschopnost se koncentrovat a velká únava.
- **LATAH:** Převážně Malajsie u žen středního a vyššího věku (zpravidla podřízené).
 - o Porucha se projevuje: echopraxií, koprolálií a fugami
- **DHAT SYNDROM (SPERMATOREA):** Převážně Indie.
 - o intenzivní obava ze ztráty semene => polucemi, masturbací, souloží nebo unikáním semen do moči. Klinicky se projevuje celkovou slabostí, ztrátou chutí k jídlu, úzkostmi a pocity viny v důsledku morálně nepřijatelných sexuálních aktivit.
- **WHITICO:** psychotická porucha u Inuitů v oblasti Hudsonova zálivu.
 - o nutkání jíst lidské maso (může vést k vraždě), úzkostí a přesvědčením, že člověk je očarován příšerou z ledu a kostí + vegetativní příznaky (nauzea, zvracení, průjem).
- **PITKOBLOQ (ARKTICKÁ HYSTERIE)**
 - o začíná únavou, depresivní náladou, někdy zmateností a agitovaností, odhazováním nebo trháním oděvu, válením se ve sněhu, echolálií, echopraxií, někdy koprofágií. Na proběhlý stav je amnézie, porucha vzniká zřejmě jako reakce na stresovou událost.
- **AMOK:** převážně jihovýchodní Asie a Afrika.

Etiologie multifaktoriální, zpravidla komplikace somatického onemocnění. Počáteční stádia jako neurastenické s meditováním, poté pohybová bouře s agresí vůči sobě a ostatní. Neskončí-li sebevraždou, tak následuje dlouhý spánek s amnézií

4. Organické duševní poruchy a symptomatické poruchy, demence, delirium, organické poruchy nálady, mírná kognitivní porucha.

Gerontopsychiatrie a duševní poruchy ve stáří. Diferenciální diagnostika, rehabilitace.

ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY = skupina poruch seskupených na základě prokazatelné etiologie => **poranění, jiné poškození mozku, které vede k mozkové dysfunkci** (k poruchám jeho funkcí) => „organické“ znamená, že vycházejí z kvalitativní změny tkáně (mění se kvalita, struktura)

- **Organické duševní poruchy** = u nemocí, poranění nebo poškození postihující mozek přímo
- **Symptomatické duševní poruchy** = způsobeny chorobným procesem, který primárně postihuje jinou část těla, ale sekundárně působí také na mozek (př. intoxikace organismu)

Dělení podle RYCHLOSTI nástupu a DÉLKY průběhu (rozlišujeme formy):

- **akutní** (probíhající rychle a často krátkodobě – např. Deliria)
- **chronické** (probíhající dlouhodobě a vesměs pozvolněji – např. demence)

Podle ROZSAHU POŠKOZENÍ rozeznáváme poruchy:

- **generalizované** – postihující většinu nebo všechny psychické funkce (např. demence a deliria)
- **izolované** – postihující jenom určité funkce, např. pouze vnímání (v podobě organické halucinózy)

DEMENCE = charakteristická úbytkem kognitivních funkcí = paměť, myšlení, pozornost, ...
= syndrom v důsledku onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního rázu, dochází k narušení mnoha vyšších korových funkcí (= kogn. funkcí) ale **vědomí není zastřeno**

- riziko narůstá s věkem: do 65 let každý 688; nad 65 každý 13.; nad 80 každý 5.; 90+ každý 2.
- z 1000 žen věku 30–59 let 1 trpí demencí, z 1000 mužů stejného věku 2 muži → více u mužů

Obecně příznaky demence: (ABC => Aktivita, B (chování), C (kognitivní schopnosti))

- úpadky kognitivních funkcí → příznaky se časem zhoršují a rozšiřují do oblasti emotivity, chování, vnímání atd. → v pokročilém stadiu **vedou k úplné degradaci a úpadku osobnosti**
- porucha **paměti** (jeden z nejčastějších příznaků) => od lehkého zapomínání po těžké poškození krátkodobé i dlouhodobé paměti
- klesá **výkonost**, problémy s vykonáváním běžných činností, vážne logické i abstraktní **myšlení**
- problémy s **řečí**, časová a místní **dezorientace** (dotyčný zabloudí ve známém městě, později i ve vlastním bytě), špatný nebo zhoršující se racionální **úsudek**, ztrácí se **soudnost**
- poruchy **plánování, organizování**, obecného zpracování informací (nesprávně zakládá věci)
- mění se **motivace** člověka, činnosti mohou být bezcílné a monotónní, ztráta iniciativy
- objevují se poruchy **emocí** (od emoční oploštělosti až po patické nálady)
- narušeno **chování** s možností neadekvátních reakcí či agrese, ztráta schopnosti **sebepečce** (zanedbává hygienu) – později inkontinence, dotyčný zcela odkázán na péči druhých osob

Mozkové hmoty:

- **BÍLÁ** (obaly, rychlost přenosu => saltatorní, skoky mezi Ranvierovými zářezy)
- **ŠEDÁ** (nemají obaly, těla neuronů, pomalý kontinuální přenos informace)

Korové funkce (áčka): symbolické (frontální: řeč, myšlení, ..), gnostické, fatické (expenní), praktické
Dělení demencí:

- **Atroficko-degenerativní demence/ Primární neurodegenerativní demence**, etiologicky:
 - o **Pariero-temporální postižení** – DAT
 - o **Fronto-temporální postižení** – FTDL, Pickova ch, Amyotrofická laterální skleróza
 - o **Subkortikální postižení**: PN, Huntington, Parkinson pluc, multisystémová atrofie
- **Vaskulární demence** (někdy řazeny pod symptomatické), etiologicky:
 - o **VD**: multiinfarktová, strategicky umístěné infarkty, onemocnění malých cév s demencí
- **Smíšené**
- **Symptomatické (sekundární) demence** = („DEMENTIA“): D (demyelinizační onemocnění), E (endokrynopatie (žlázy s vnitřní sekrecí – štítná žláza), M (metabolické poruchy), E (epilepsie), N (nádory, nutriční poruchy (pelagra – pocení, močení), T (tumory, traumata), I (intoxikace), A (abscesy mozkové) => CF-J nemoc, Kuru, AIDS

Dg: test epizodické paměti (TEGEST, predikce konverze), kresba (dvojí linie, nenavazování, třes), ROR (4 aspekty: přesnost percepce, schopnost zpracovat a integrovat vícečetné stimuly, spolehlivost percepce, reakční čas)

Dif.dg.:

- D x (delirium): pozvolné (akutní), měsíce/roky (dny/týdny), progresivní (kolísavé), vědomí (zhoršující v noci), pozornost (narušená, fotofobie), paměť KD (KD i DD), tempo (zpomalené/zrychlené), spánek (narušený cyklus bdění/spánek), somatická choroba chybí (obv. přítomna), i(reverzibilní)
- x deprese: náhlý začátek, předchází duševní porucha /nejdříve deprese, pak kognitivní zhoršení), veget. tělesné příznaky, pacient neskrývá kog. zhoršení, „já nevím“ (bez motivace), novo/staropaměť stejně špatné (novo je u D horší), zřetelná měnlivost kog. výkonu (D stejně špatný), bez poruch orientace, zmatenosti, bloudění; reverzibilní, EEG normální
- Pseudodemence: depresivní, impulzivní faktitivní porucha (faksensyndrom)

MKN-10:

- **DAT (F00)**: s časným (.0) a pozdním začátkem (.1), atypický nebo smíšený typ (.2), NS (.3)
- **Vaskulární (F01)**: akutní začátek (.0), multiinfarktová (.1), subkortikální (.2), smíšená kortikální a subkortikální (.3), jiné (.8), nespecifikované (NS, .9)
- **u jiných nemocí jinde (F02)**: Pickova choroba (.0), Creutzfeldt-Jacobova nemoc (.1), Huntingtonova nemoc (.2), Parkinson (.3), virem HIV (.4), jiných, jinde (.8) + **neurčená (F03)**

DSM-V:

- **Velká kognitivní porucha** = demence (velká kog. porucha funkcí + snížení soběstačnosti)
- **Malá kognitivní porucha** = MCI F067 (porucha kog. funkcí + zachovaná soběstačnost), riziko konverze MCI do amnestické (DAT), neamnestické (FTLD, Lewy, subkorti. VD) dem.
 - **Amnestická forma** (kritéria Peterson): subjektivní, objektivní (pod 1,5 SD k normě) porucha paměti bez postižení dalších funkcí a bez narušení denních aktivit, není přítomna demence
 - **Jednodoménová**: PP, snížený mnestický výkon, ne demence, soběstačnost
 - **Vícedoménová**: PP, snížený mnestický výkon, deficit aspoň v 1 doméně kog. funkcí (zjevně snížený), soběstačnost, ne demence
 - **Neamnestická forma**: subj. i obj. porucha jiných kog. funkcí (prostor, vizuo mot.), ne demence, soběstačnost X vyhraněná lateralita
 - Jednodoménová:
 - o afatická (pojmenování, nalézání slov)
 - o agnostická (rozpoznání předmětů, osob)
 - o apraktická (koordinace pohybů, motorika)
 - o dysexekutivní (frontální oblast)
 - vícedoménová: subj. i obj. postižení 2 a více oblastí kromě paměti

X **benigní stařecká zapomínavost** (age related memory impairment = AAMI, nad 80 let)

Frontální (reaguje na náповědu) X **hypokampální** (nereaguje)

DAT: primárně kortikální s vlastním průběhem (frontál => parietál (motorika, prostor) => temporál)

- příčina zcela nejasná (marker rizika = pre-selinin), objevují se zrnka patologického amyloidu prekurzorový protein (APP) => degradace zánik neuronů (produkujících acetylcholin) => klesá produkce acetylcholinu (deficit vliv na učení, paměť, spánek) a serotoninu => vznikají Alzheimerovy plaky, Tau protein hypofosforován a tvorba neurofibrálních klubek => konečný důsledek je atrofování mozkové tkáně => končí smrtí (důsledek nemoci, přidružené potíže)
- dříve odhalí psychologické metody, střední stádium i CT, MR (atrofie) => léčitelná (ale nevléčitelná), kognitiva (cíleně, dlouhodobě = galantamin), antipsychotika (nežádoucí projevy a důsledky) + stimulace, aktivizace, trénink, soc. interakce, animoterapie (srst)
- dg: alespoň 2 z (Paměť, myšlení a úsudek, vizuo-spac, řeč (psaní, čtení), chování, osobnost)
- amnestická x neamnestická (kortikální atrofie, progresivní afázie (řeč, logopedická varianta), frontální varianta (exekutiva))

VASKULÁRNÍ DEMENCE:

- 2. nejčastější, cévní postižení mozku => důsledek okluze (ucpání) nebo hemoragie (krvácení) => energeticko-metabolická nedostatečnost nervových buněk (rizikové faktory: arterioskleróza, hypertenze, chronický stres, kouření, diabetes, životní styl) => schodovitě (náhle) zhoršení (nové nálezy infarktů), náhled zachován po delší dobu jak DAT (deprese) => riziko sebevraždy; metoda CT, nootropika (piracetam)
- Akutní začátek (cévní příhoda), multiinfarktová = kortikální (mnohočetné infarkty, bílá i šedá), subkortikální (zpomalení psy funkcí + narušení hybnosti, bílá), smíšená kortikální i subkortikální (podobná multiinf. Ale výraznější bradypsychismus, bílá i šedá), jiná (př. vznikají dutiny v mozku naplněné vodou)
- Subkortikální: lakunární (hemiparéza, motorické senzorické poruchy), binswangerova nemoc (exekutiva, potíže s vybavností => benefit nápovědy)

DALŠÍ DEMENCE:

- **FTLD:** fronto-temporální lobární degenerace = změna chování, degradace společenského vystupování, změna náhledu, emoční oploštělost => zlom osobnosti, exekutiva a pozornost, ztráta spontaneity
 - **subtypy:** frontální (chování! gatismus: hygiena), temporální (řeč => sémantická: porozumění, non-fluentní afázie: hesitace, parafráze, agramatismy, apraxie mluvidel)
- **Lewyho tělíska** (LBD): 3. nejčastější, kmenový výskyt Lewyho tělísek, kortiko i subkortiko, vizuální halucinace (pickovy vize), ztráta vědomí a pády
- **Parkinson:** podkorová, motorika (hypokineticko-hyperkinetický syndrom), hypokineze, rigidita, klidový třes, poruchy stoje a taxy => nedostatek dopaminu, GABA a dalších
 - **P+:** bez tremoru, subkortikální, efekt L-DOPA (výživa): obrna, degenerace, atrofie
- **Pickova choroba** (po 40. roce, vzácná, atrofie čelních a spánkových laloků, Pickova tělíska), **Creutzfeldt-Jacob** (pestrá neurologická symptomatika, smrt během 1-2 let), **Huntington** (genetická, mezi 20-30 lety, mimovolní pohyby mimických svalů, končetin a těla, smrt po 10-15 letech), **Parkinson** (doprovod pokročilého Park., postižení hybnosti a bazálních ganglií), **AIDS** (atrofie, demyelinizace => zpomalení přenosu informací, bílá hmota)
- Toxické (alkoholová – podobná DAT), farmakogenní (benzodiazepiny, barbituráty), ...

DELIRIUM (F05, symptomatická porucha)

- jedna z **nejčastějších psychických poruch**, pravděpodobnost **výskytu zvyšují a průběh zesilují:** stresové situace, nepříznivé okolnosti prostředí, zvýšené nároky na adaptaci
- Život ohrožující stav => **nutnost hospitalizace, nespecifická odpověď na různé příčiny:**
 - o **organické poškození mozku** (změny prokrvení, nádory, infekce, demence, krvácení)
 - o **somatogenní faktory** (onemocnění srdce, cév, plic, jater, ledvin, celková dehydratace, metabolický rozvrat, stavy po operaci)
 - o **infekce** (provázené vysokou teplotou, vážné infekce postihující mozek i virózy)
 - o **senzorická deprivace** (oční potíže, operace očí)
- intenzita, délka, kolísání, průběh a prognóza je **variabilní, individuální, pestrá a proměnlivá**
- **základní atribut = kvalitativní porucha vědomí, přidružené = poruchy dalších psychických funkcí** (pozornost, paměť, vnímání, myšlení, orientace, emotivity, cyklus bdění-spánek, psychomotorika, chování), **narušený kontakt s realitou, častý neklid, agresivní prvky, neschopnost posoudit stav, kontext, situaci**

Druhy: hyperaktivní (nápadné, bouřlivé, prudké), hypoaktivní (nenápadné), smíšené

Delirium nevyvolané alkoholem a jinými látkami: bez přítomnosti demence (.0), nasedající an demenci (.1), jiné (.8), NS (.9)

DALŠÍ ORGANICKÉ PORUCHY:

- okruh jiné, způsobené poškozením mozku, dysfunkcí nebo somatickou nemocí (F06):
 - o organická halucinóza, katatonní porucha, porucha s bludy, poruchy nálady, disociativní, emoční labilita (astenie), lehká porucha poznávání

- okruh poruch osobnosti a chování způsobené onemocněním, poškozením a dysfunkcí mozku (F07):
 - o organická PO: nedostatečné tlumení impulzů, změny v chování
 - o postencefalický syndrom: pestré symptomy, bakteriální nebo vir
 - o poskomoční syndrom: poranění hlavy, závratě, bolesti hlavy, únava, ...

ORGANICKÉ PORUCHY NÁLADY = mohou směřovat k pólu depresivnímu i manickému a mohou mít také bipolární nebo smíšený průběh

GERONTOPSYCHIATRIE = odvětví psychiatrie zabývající se diagnostikou, terapií, prevencí a výzkumem psychických poruch u seniorů => ve vyšším věku se vyskytuje poměrně široké spektrum duševních poruch

- výrazně roste podíl organických (a symptomatických) faktorů v etiologii těchto poruch
- nejčastější klinické formy duševních poruch ve stáří jsou **demence, deprese a deliria**

DUŠEVNÍ PORUCHY VE STÁŘÍ

Deprese: nejzávažnější, nejčastější porucha ve stáří

- **malé deprese:** méně jak 5 symptomů deprese: dysthimie, deprese a p přízpůsobení a PTSD
- **velké deprese:** více jak 5 znaků deprese (min 14 dní u obou typů), znaky: narušeno sociální a pracovní fungování, vyskytují se zde depresivní fáze, periodické a těžké deprese i bipolární p
- **organická afektivní deprese:** prokázat organickou příčinu, nejčastěji to bývá cerebrovaskulární onemocnění (CMP), neurodegenerativní onemocnění (Parkinson, DAT)

Lehká porucha poznávání = mild cognitive impairment: častá porucha, není vždy diagnostikována

- příznačné že je přítomna porucha paměti jak subjektivní, tak objektivní, měřitelná psychologickými metodami, nedosahuje však stupně demence => oproti demenčním pacientům jsou pacienti s lehkou poruchou poznávacích funkcí schopni vykonávat běžnou denní rutinu, jsou soběstační, nemají podstatné poruchy aktivit denního života

Návykové poruchy: nejsou výjimkou – zneužíván je především alkohol, benzodiazepiny, analgetika

DIF.DG obecně: Při změnách osobnosti můžeme mít podezření na demenci a schizofrenii. Při organických změnách osobnosti je velmi důležité, že u ní existuje objektivní lékařský nález

- **Delirium** – porušeno vědomí a průběh je měnlivý
- **Demence** – deteriorace intelektu
- **Organic. por. nálady** – v popředí stojí por. nálady
- **Organická por. s bludy** – Dominují bludy
- **Organická halucinóza** – Převažují halucinace
- **Funkční porucha** – U organické por. os. existuje prokazatelný organický faktor.
- **Zapomnětlivost:** normálním stárnutím narušuje každodenní činnosti. Demence narušuje sociální a pracovní funkce
- **Schizofrenie:** může být spojena s deteriorací intelektu, liší se chyběním zřetelné mozkové patologie
- **Simulace a předstíraná porucha:** Projevy simulace jsou měnlivé v čase i v různých situacích (při karetní hře početní úkony bezchybné, při psychol. vyšetření velmi špatné)

REHABILITACE

- **Fyzioterapie na lůžkovém oddělení:** Nutné zachovat důstojnost pacientů, nejlépe nestřídat fyzioterapeuty, týmová spolupráce lékařů, zdravotních sester, fyzioterapeutů a hlavně ošetřujícího personálu a rodinných příslušníků => individuální přizpůsobení technik cvičení
- **Kognitivní rehabilitace:** Různé cvičení, zlepšující fungování jednotlivých úrovní (kognitivních) funkcí => soustředění pozornosti, myšlení, paměti (zrakové i sluchové), čtení, psaní apod, cílem je zlepšit jednotlivé schopnosti, a tak omezit či zabránit vzniku problémů, ke kterým v důsledku této poruchy dochází
- **Senzorická stimulace:** snižování funkčnosti všech smyslových orgánů => zhoršení rychlejší, pokud nedochází k pravidelné senzorické stimulaci => **Př. Hmatová stimulace** Je vhodná spíše pro účastníky v počátečním nebo středním stadiu demence a zejména pro ženy. Účastníci ohmatávají kousky různých látek různé struktury buď za kontroly zraku, nebo se zavřenýma očima, snaží se vnímat rozdíly v jemnosti povrchu.

- **Orientace v realitě:** Poruchy chování, dokonce i agresivita mohou být důsledkem toho, že člověk postižený demencí se nedokáže orientovat, porozumět a pochopit smysl stále se měnícího světa, který jej obklopuje. Orientace realitou je edukační technikou, která umožňuje pacientovi trpícímu kognitivní poruchou rozumět situacím, které jej obklopují, po dobu co nejdelší.
- **Orientace čas, místo, osoba:** Ošetřující již ráno informuje pacienta, že je ráno, o čase, lokalitě a o tom, co budou dělat. Nic se nepovažuje za známé a samozřejmé, nutné vytvoření prostředí, které pacientům orientaci usnadní, např. barevné označení společných prostor a pokojů, označení dveří a místností, které se často používají – toalety s nápisem, obrázkem, kuchyň nápisem a například obrázkem příboru.
- **Reminiscenční terapie:** Cíl je zlepšení stavu pacienta, posílení lidské důstojnosti, zlepšení komunikace a pomoc rodinnému pečovateli. Jedná se o metodu, která využívá vybavování starších vzpomínek jako prostředku k aktivizaci.
- **Kinezioterapie:** Kinezioterapie podněcuje aktivitu jedince, zvyšuje sebeúctu, snižuje úzkost, depresi, percepci stresu a reaktivitu na stres, zvyšuje odolnost vůči zátěžím. V demenci narušená pravolevá orientace, proto končetiny označujeme „jedna“ a „druhá“. Cvičení vždy ve stejném čase, nejlépe denně. Mezi další vhodné kinezioterapeutické aktivity patří zejména procházky. Někteří autoři doporučují i tai chi a jógu, protože se zde jedná o pomalý a vedený pohyb.
- **Taneční a pohybový program:** Pro pacienty postižené demencí je nejvhodnější formou taneční terapeutická hodina, která probíhá v kruhu. Mají tak možnost se vzájemně pozorovat i sledovat a napodobovat terapeuta, který je součástí jejich kruhu. Aktivity, které probíhají v kruhu, napomáhají při překonávání bariér, dodávají všem pocit jistoty, jednoty a také odvahy k předvádění nezvyklých pohybů. Pomáhají také k vyjádření a vzájemnému předávání emocí.

5. Neuropsychologická problematika, psychické poruchy při mozkových lézích dle jednotlivých oblastí mozku, problematika afázie. Neuropsychologické testy.

Parietálních (temenní) mozkový lalok

- nacházejí se zde **korová centra kožní citlivosti** (senzitivity a chuti)
- 1) **primární korová oblasti senzitivity**: zpracování senzitivních info z kožních čidel (dotek, bolest, chlad, teplo) i hlubokých mechanoreceptorů (uloženy ve svalech a vnitřních orgánech), vlákna se kříží
- 2) **sekundární senzitivní oblast**: integruje senzitivní vjemy, * prostorovou (mapu) těla vnímání/uvědomování

Poškození temenního laloku:

- **Symptomy ložiskové korové iritace (dráždění) temenního laloku**
 - o **Paroxysmální kontralaterální hemiparestézie (senzitivní Jacksonova epilepsie)**
Mají ráz brnění, mravenčení, ztrnutí a podobně. Vědomí při nich postižený neztrácí, pokud ovšem nedojde ke generalizaci iritačního děje.
 - o **Gustatorické pseudohalucinace** (spontánní vjem pachuti, zpravidla nepříjemné, jsou téměř vždy předzvěstí resp. začátkem generalizovaného epileptického záchvatu
 - o **Paroxysmální konjugovaná deviace bulbů a hlavy na stranu kontralaterální** – stočení oka nebo ohnutí hlavy
- **Obecné symptomy poškození temenního laloku**
 - o **Kontralaterální hemihypestézie až anestézie** – snížená citlivost až necitlivost na polovině těla
 - o **Kontralaterální chabá hemiparéza** – snížení hybnosti jedné poloviny těla
 - o **Konjugovaná deviace hlavy a bulbů ke straně léze**
 - o **Kontralaterální hemiataxie** – zhoršená koordinace jedné poloviny těla
 - o **Kontralaterální homonymní kvadrantanopsie** - výpadek zorného pole v ¼ zorného pole kontralaterálně
- **Symptomy poškození temenního laloku nedominantní hemisféry**
 - o **Ztráta prostorové orientace** - Pacient ztrácí schopnost se orientovat (Ve vlastním bytě například neví, kde je WC)
 - o **Opomíjení kontralaterální poloviny prostoru** – selektivní porucha uvědomování si podnětů z poloviny prostoru kontralaterálně k mozkové lézi (hl. napravo), v praxi tyto podněty člověk „ingoruje“, nereaguje na ně a nepřizpůsobuje jim chování (neoblékne ji, nenakreslí, nepřečte)
 - **Hemiasomatognózi** => pouze na vlastní tělo (nemyje tuto část těla, ...)
 - **Anozognózi** => opomíjení funkčního deficitu (hemiparézy, hemiplegie) – neuvědomuje si svůj deficit a domáhá se jít domů
 - **hemiakinézie** (pohybová chudost) anebo **anozodiaforie** (chybění citového doprovodu vlastní i závažnější funkční poruchy).
 - Postihne-li neglektce i okolní prostor, pacient ignoruje předměty a osoby v levé polovině svého okolí.
 - o **extinkce** (zaniknutí, vymizení) - pouze při simultánní aplikaci dvou podnětů => dojde k vymizení jednoho z podnětů (umístěného v polovině zorného pole kontralaterálně k lézi) - méně závažná porucha vědomé percepce, někdy při postupném odeznívání neglect syndromu nebo dlouhodobě zůstává

Temporální (spánkový) mozkový lalok

- nacházejí se zde zejména **korová centra sluchu a rovnováhy** => analýze zvuku (co slyším), s asociačními oblastmi k širšímu zařazení (kdo/co se ozývá) a prostorové analýze (kde se to ozývá, blíží se to/vzdaluje)
- 1) **Primární sluchová oblast** (horní část, tzv. Herschlovy závity): rozlišuje nízké/vysoké tóny
- 2) **Sekundární sluchová oblast**: podrobnější analýza slyšeného, vztah k paměti a řeči
- 3) **Korové centrum rovnováhy**
- 4) **Wernickeovo senzitivní centrum řeči**: porozumění řeči (nezbytná i funkce smyslových center – př. sluch)

Projevy poškození temporálních laloků

- **Symptomy ložiskové korové iritace spánkového laloku**
 - o **Pohybové automatismy při porušeném vědomí** - často charakter motorických stereotypů spojených s vegetativními funkcemi (pomlaskávání, přezvykování, polykání, odhalování intimních míst až kompletní mikční nebo defekační děj, sexuální aktivita, ... => na vše úplná amnézie)
 - o **Mráкотné stavy** - až řadu hodin. Pac. schopen i komplikované činnosti (řízení motorového vozidla, cesta veřejným dopravním prostředkem, ...) => na stav amnézie
 - o **Iluze**
 - abnormního vnímání sebe i okolí různého typu – nejčastěji derealizace, kdy pacient vnímá vše jakoby ve filmu,
 - poruchy vnímání času (život může utíkat velmi rychle před očima, jindy jako by se zastavil)
 - iluze nikdy neviděného, neslyšeného nebo neprožitého, nebo naopak iluze charakterizované pocitem, že vše, co nemocný právě vidí, slyší nebo zažívá, již jednou viděl, slyšel nebo zažil.
 - Senzorické - sluchové nebo čichové => většinou libého charakteru
 - o **Čichové pseudohalucinace** – často úvod k epileptickému záchvatu, obvykle jako nepříjemný zápach (např. pálicí se gumy). Pokud s pseudohalucinacemi chuťovými (většinou nepříjemného rázu) => tzv. uncinátové krize
 - o **Sluchové pseudohalucinace** - jednoduché (hučení, pískání) nebo složité (překřikující se hlasy, ...) zvuky
 - o **Poruchy rovnováhy** - rotační i nesystematické, také v úvodu epileptického záchvatu
 - o **Epigastrické dysestázie, nauzea a abdominální vegetativní symptomy**, (jako jsou například střevní škroukání a říhání, jsou spolu s mydriázou (rozšíření zorniček), čichově-chuťovými halucinacemi, strachem a panickou reakcí
 - o **Paroxysmální agresivita nebo hrubě deviantní sexuální aktivita**
 - o **Paroxysmální hemidystonie**
- **Obecné symptomy poškození spánkového laloku**
 - o **Změna osobnosti** – často podceňována, povahové změny, ↓ zájem o dřívější zájmy, ↓ pracovní výkonnost, ↓ pečlivost a svědomitost, ↓ zájem o zevnějšek a hygienu
 - o **Horní kontralaterální homonymní kvadrantanopsie s centrální úsporou** – člověk nevidí na horní čtvrtinu obou očí na druhé straně než je léze, ale centrální část vidění je v pohodě, patří k nejčastějším, nemocný si ji často neuvědomuje,
 - o **Kontralaterální homonymní hemianopsie s centrální úsporou** – viz předchozí ale na půlku obou očí
- **Symptomy poškození spánkového laloku dominantní hemisféry**
 - o **mnestické poruchy verbálního typu, amnézie** => tranzitorní globální amnézii, může být kombinována se zmateností nebo jinou psychopatologickou symptomatikou
 - o **Mutismus s negativismem** – vzácně, působí dojem bezvědomého a totálně afatického, se aktivně brání jakémukoli vyšetření včetně pasivního otevření očí
- **Symptomy poškození spánkového laloku nedominantní hemisféry**
 - o **Mnestické poruchy** – častěji neverbálního typu
- **Syndromy poškození spánkového laloku**
 - o **Syndrom unkohipokampální iritace (Jacksonův)** - čichové a chuťové pseudohalucinace, iluzemi „již viděného, slyšeného nebo zažitého“ a derealizačními „snovými stavy“
 - o **Syndrom Korsakovův**: retrogradní amnézie (před onemocněním), anterogradní amnézie (neukládání nových myšlenek), někdy zakrývané absurdními konfabulacemi

- o **Syndrom tranzitorní globální amnézie** - akutně vzniklá ztráta paměti s neschopností akceptovat a uchovat i současné paměťové vjemy (několik hodin až dnů, většinou vymizí, ale amnézie na toto období)
- o **Syndrom Klüvera a Bucyho** - apatie se ztrátou pocitu strachu, studu a agresivity, bulimie, zvýšená sexuální aktivita a emoční oploštění.
- o **Syndrom falešné zuřivosti** (sham rage) - nemotivovaná agresivita => Pac. napadá kohokoli, kdo se k němu přiblíží (kouše, plive a ničí předměty)
- o **Geschwindův syndrom** – u pac. S epilepsií temporálního laloku a hyposexualitou, hypergrafií, hyperreligiozitou a iritabilitou v mezizáchvatovém období

Čelní (frontální) mozkový lalok

- jsou zde především korové **motorické oblasti** a korové centrum **čichu**
 - 1) **Primární motorická oblast**: centrum volního řízení hybnosti kosterních svalů: **motoriky**
 - 2) **Frontální okohybné pole**: řízení jemných pohybů očí, sledování viditelného cíle nebo pracuje na podkladě vnitřních podnětů (ne/vědomých: př. při přemýšlení, smýšlenek tendence uhýbat pohledem určitým směrem)
 - 3) **Frontální asociační oblast**: propojuje, integruje informace, hlavně myšlenkové operace (procesy) spojené s řešením problémů, specifické formy lidského chování
 - 4) **Brockovo motorické centrum řeči** (levá mozková polokoule): důležité pro realizaci řeči s dalšími oblastmi mozku např. motorické oblasti ovládající funkci jazyka, mimických a dýchacích svalů
 - 5) **Primární čichová oblast**: analýza čichových informací (z Talamu bez přepojení)

Projevy poškození čelního laloku

- **Symptomy ložiskového korové iritace čelního laloku**
 - o **Kontralaterální klonická křeč** – křeč (záškuby) může začít postižením kterékoli svalové skupiny v závislosti na lokalizaci léze, bývá rytmická a záchvatová, vzácně nerytmická se záškuby recidivujícími řadu dní i týdnů.
 - o **Tonicko-klonická deviace hlavy a bulbů** – například úvodem generalizovaného epileptického záchvatu tonicko-klonických křečí s bezvědomím. Rázovitý je tzv. rotační záchvat, v jehož úvodu se nemocný vstojе otáčí kolem své osy.
 - o **Pohybové automatismy při zachovaném vědomí** - zpravidla jednostranné, kontralaterální k ložisku => Zachovaným vědomím a lateralizací se liší od automatismů temporálních
 - o **Záchvatová zástava řeči s tonickou křečí mluvidel**
 - o **Záchvatová ztráta vědomí** - doprovázena pádem a záhy s generalizovanými křečemi tonicko-klonického typu, těžko klinicky odlišitelná od epileptických záchvatů z ohnisek v jiných mozkových lalocích (lokalizační symptomy - močová inkontinence, předcházející změny nálady a efektivity, případně vegetativní symptomy). Při frontální lézi je záchvat uváděn jednostrannou motorickou aktivitou (tonického nebo klonického typu), pacient se také někdy přetáčí v průběhu záchvatu na břicho. Bizarní motorické projevy (např. střídavé rotace hlavou do stran, zvedání pánve imitující koitální pohyby, pohyby dolních končetin připomínající šlapání na kole, zaujímání strnulé pozice podobné postoji šermíře, vokalizační projevy připomínající vytí nebo skučení zvířat a někdy až nesrozumitelná artikulace) => pozor na záměně za psychogenní původ
 - o **Kontralaterální hemiparéza až hemiplegie**
 - o **Konjugovaná deviace hlavy a bulbů ke straně léze** – viz výše
 - o **Kontralaterální hemiataxie s hemihypotonií** – porucha koordinace pohybů (trhavé pohyby u poloviny končetin na druhé straně léze)
 - o **Kontralaterální pozitivita úchopového fenoménu** - mimovolně a pevně uchopí jakýkoliv předmět vložený do dlaně
 - o **Bradypsychie**

- o **Euforie**
- o **Apatie**
- o **Moria**
- o **Gatismus** - společensky neúnosné chování s inkontinencí a nezájmem o tělesnou hygienu, mnohdy jako by si libovali v manipulaci s fekáliemi
- o **Inkontinence moče a stolice** - pomočení nebo pokálení bývá charakterizováno odchodem fyziologického množství exkretu ve fyziologických intervalech, někdy dokonce jen ve dne resp. během bdění).
- o **Homolaterální anosmie** – ztráta čichu na nosní díрку na straně léze
- **Symptomy oboustranné destrukce čelních laloků**
 - o **Oboustranná pozitivita úchopového a sacího fenoménu** - fylogeneticky i ontogeneticky staré reflexy (nezbytné v prvních fázích života), => později u zdravého člověka nevybavitelné, Sací fenomén = našpulení úst, případně s pohyby čelisti a hrdla provádějícími sání, vybavitelné dotykem rtů nebo jejich okolí smotkem vaty, úchopový reflex vede podráždění dlaně k sevření ruky jako při úchopu.
 - o **Spastický pláč a spastický smích** - vůlí neovlivnitelné emoční projevy, dostavující se při běžném hovoru případně i spontánně = emoční inkontinenci
 - o **Akinetický mutismus** - Pacient působí sice vigilním dojmem, má otevřené oči, ale je zcela nehybný, inkontinentní a neschopen komunikace (i řadu měsíců/let)
- **Syndromy čelního laloku**
 - o **Syndrom motorické Jacksonovy epilepsie** - záchvatové klonické křeče postihující kontralaterální polovinu těla. Začíná v určité části těla (obličej, horní/dolní končetiny) a šíří se do sousedních částí
 - o **Motorický Rolandický syndrom** – kontralaterální (= na druhé straně než je léze) centrální hemiparéza bez poruchy citů
 - o **Syndrom kontralaterální centrální hemiparézy** (=snížení hybnosti poloviny těla) s **převažujícím postižením dolní končetiny, bez poruchy řeči i v případě léze dominantní hemisféry**
 - o **Syndrom prefrontální** => řada psychických příznaků. Podle místa poškození jsou přítomny poruchy iniciativy a spontaneity (apatie, abulie), bradypsychie, poruchy pozornosti, krátkodobé paměti a myšlení (poškození laterální prefrontální oblasti), desinhibice v sociálním chování, nepřiměřeně familiární chování, euforie, spastický pláč a smích, moria, puerilismus (dětské chování), gatismus nebo Ganserův syndrom (nepřiměřené až nehorázné odpovědi na kladené otázky). Při závažné léze => rozvoj demence.
 - o **Syndrom bazofrontální** = kombinace prefrontálních symptomů s anosmií, případně s atrofií optického nervu a městnavou papilou na druhostranném optickém nervu. Obvykle provází benigní nádory vyrůstající z báze přední lební jámy
 - o **Syndrom akinetického mutismu** = kvadruplegie, inkontinence a úplná ztráta řečových a kognitivních funkcí při zachované vigilitě

Týlní (okcipitální) mozkový lalok

- korová centra **zraku** (vnímání barev, rozlišování a sledování pohybu, info o (ne)známých tvářích)
 - 1) **Primární zraková korová oblast**: zpracovává zrakové info ze sítnice (křížení vláken zrakového nervu)
 - 2) **Sekundární korová oblast**: třídění a rozbor zrakových info, srovnává a zařazuje zrakové vjemy do souvislostí a ukládá je do paměti

Projevy poškození týlních laloků

- **Symptomy ložiskové korové iritace týlního laloku**
 - o **Scintilace:** Jsou to jiskřičkám podobné světelné body v zorném poli, obvykle obou očí, které vznikají při mechanickém podráždění kůry (rána do hlavy).
 - o **Zrakové pseudohalucinace:** mohou být úvodem epileptického záchvatu, při cévní mozkové příhodě, často v rámci aury u migrény (velmi pestrá barevnost optického vjemu => pac. připodobňují k barevným vodopádům, ...)
 - o **Zrakové halucinace (pravé):** Od pseudohalucinací se liší zpravidla složitostí vjemů (jde o zvířata, postavy nebo i obličeje lidí, mnohdy v pohybu, deformované barevně, prostorově i co do velikosti) a především tím, že je postižený pokládá za skutečnost, projev intoxikace (halucinogeny) nebo často symptom toxického deliria
- **Symptomy ložiskového poškození týlního laloku**
 - o **Horní kontralaterální homonymní kvadrantanopsie s centrální úsporou**
 - o **Kontralaterální homonymní hemianopsie s centrální úsporou**
 - o **Oboustranná homonymní hemianopsie – korová slepota**
 - o **Disociace konjugovaných pohledů** - neschopnost plynule sledovat pohybující se předmět při zachované schopnosti zaměřit pohled libovolným směrem.
- **Syndromy poškození týlního laloku**
 - o **Zánikový syndrom týlního laloku** - obvykle kontralaterální homonymní hemianopsií se zachovanou reakcí zornic na světlo i z oslepené poloviny zorného pole.
 - o **Syndrom léze okcipitálního laloku dominantní hemisféry** - kontralaterální (obvykle pravostranná) homonymní hemianopsie s agnózií barev, objektů nebo písma (alexii)
 - o **Syndrom oboustranné léze okcipitálních laloků** - úplná slepota, ale se zachovanou fotoreakcí zornic (tzv. korová slepota)
 - o **Syndrom Antonův** - Úplná korová slepota je zde provázena anozognózií, nemocný ji ignoruje a popírá
 - o **Syndrom Bálintův** = apraxie pohledu (neschopnost vnímat současně všechny předměty v zorném poli, postižený vnímá pouze jeden předmět)

Dyskoneční syndromy

- **Interhemisferální diskoneční syndromy** (vyvolány přerušením spojení mezi odpovídajícími regiony obou mozkových hemisfér.
 - o **Syndrom léze přední části corpus callosum** - apraxie pouze levostranné končetiny
 - o **Syndrom léze zadní části corpus callosum** – alexií (částečná nebo úplná neschopnost číst), agnózií pojmenování barev při jejich správném rozlišování a agraphií, omezenou na poruchu opisování při zachované schopnosti spontánního psaní
 - o **Syndrom ageneze corporis callos** – někdy porucha poznávání předmětů v levé polovině zorného pole nebo hmatem levé ruky, jindy bez symptomů
 - o **Syndrom oboustranné lingvobukální a „sympatické“ levostranné apraxie**
- **Intrahemisferální diskoneční syndromy** – Příklad: kondukční (převodní) afázie, ideomotorická apraxie či slovní hluchota

Schizofrenie – možná navíc

- virová hypotéza a porucha zrání mozku (virová infekce matky kolem 5. měs. ruší vývoj mozku)
- organické poškození mozku a psychopatologie ve vztahu ke schizofrenii:

Anatomická lokalizace léze	Psychopatologie
---------------------------------------	------------------------

Frontální lalok- mediální část	Katatonní a hebefrenní příznaky, ztráta iniciativy, volní a intelektové aktivity, zárazy v myšlení, mutismus
Frontální lalok- laterální část	Poruchy zpracování info, přehlčení senzorickými podněty, zmatenost, poruchy pracovní paměti, chudost řeči
narušení okruhu bazální ganglia-frontáln í kortex	Senzorické poruchy, agitovanost, hyperaktivita, apatie, emoční oploštělost, katatonní stavy
Temporální lalok	Nepřiměřená emoční reaktivita, agresivita, afázie, paranoidita, halucinace, poruchy paměti, magické, religiózní myšlení
Amygdala, hipokampus	Komplexní halucinace, poruchy řeči a myšlení, paměti a učení, sociálně-emoční agnózie

Epilepsie => otázka 2

Afázie

- různé formy v závislosti na oblasti mozku, která je poškozená
- centrální porucha vyjadřování a chápání jazyka podmíněná poškozením mozku
- dif. dgn: dysartrie, agnozie, apraxie, alexie, mutismus
- trvání: **akutní** (4-6 týdnů od poškození, cca 1/3 zde mizí), **postakutní** (do 1 roku), **chronická**
- terapie: obrázkový slovník (opakování, pojmenování, přiřazování slov),
 - 1) motorická (expresivní): Brocovo centrum (frontální lalok)**
 - neschopnost produkovat mluvu, zachováno porozumění řeči, ani neopakuje předříkané
 - vyráží ojedinělá slova, slabiky, perseveruje, komolí slova (parafrázie), hrubky (agramatismus)
 - nedostatky řeči si uvědomuje
 - 2) senzorická (receptivní): Werneckovo centrum (spánkový lalok)**
 - neschopnost rozumět řeči, chyby si neuvědomuje a zlobí se na své okolí, že mu nerozumí
 - automatismy, nelogičnost, směsice nesmyslů (slovní salát)
 - 3) amnestická**
 - porucha vybavování názvů, slov pro označení věcí, osob, situací, činností
 - rozumění řeči neporušeno, často porucha čtení a psaní
 - 4) globální**
 - nejtěžší motorická porucha řeči, nerozumí a není schopen přiměřeného řečového projevu
 - doprovázena alexií, agraphií, akalkulií
 - 5) kondukční, centrální afázie**
 - slabě opakuje s chybami, plynule mluví, dobře rozumí

Neuropsychologické testy

- Afázie:
 - **Žetonový test:** 6-12, 16-97 let, hodnocení hl. míry porozumění, 20 žetonů (kruhy čtverce, malé velké, 5 barev) => „vezměte malý bílý čtverec,“ => hodnocení porozumění částem
 - **Mississippský screeningový test afazií (MAST-CZ):** rychlá dg v akutním stádiu (5-10 min), 9 subtestů: automatická řeč, pojmenování, opakování, fluence při popisu fotografie, diktát, porozumění alternativním otázkám, rozumění slovu (identifikace objektů), rozumění mluvené instrukci, rozumění čtené instrukci
 - **Bostonská zkouška pro diagnostiku afázie, 3. vydání:** vychází z Luriji, komplexní vyšetření afázie
 - **Bostonský test pojmenování, 2. vydání:** 60 obrázků s kresbami (od běžných po málo frekventovaná slova)
- **Exekutivní fce:** => více otázka 29
 - o plánování: **Rey-Osterriethova figura**

- paměť, obkreslení složitého obrazce, který v sobě zahrnuje řadu elementů a jako celek nenese žádný symbolický význam
- obkreslení => 3 min. pauza => reprodukce
- Pro dif. Dg. porovnání kvality kopie a reprodukce (dobrá kvalita obou forem při poruchách grafomotoriky – narušení koordinačních schopností, motorické kontroly; kvalitní kopie x selhání reprodukce vlivem mnestického deficitu; nekvalitní obě formy při rozsáhlejších poruchách percepce).
- dále **Porteusovy labyrinty** a **Testy věží**: Londýnská a Hanojská
- o abstraktní myšlení: **Test přísloví** (vysvětlit přísloví)
- o formování konceptu, sociálního úsudku: podobnosti ve WAIS-R („Co mají společného stůl x knihovna“)
- o kognitivní výkonnost: **Testy verbální fluence** („Co nejvíce slov začínajících na písmeno ...“)
- o Kognitivní flexibilita a psychomotorická rychlost: **Test cesty část B** (střídavé čtení čísel a písmen)
- o Formování konceptu, kognitivní flexibilita (ustanovení a udržení kognitivního zaměření): **Wisconsinský test třídění karet** (citlivý na poruchy frontálního laloku. Přiřadit kartu s určitými symboly podle jednoho z kritérií ke zbývajícím kartám. Kritériem je tvar, barva, počet, v příběhu se dynamicky mění.
- **Screeningové baterie:**
 - o **Halstead-Reitanova neuropsychologická baterie (HRNB)**
 - vyšetření laterální dominance, test taktilního rozpoznání tvarů, screeningový test afázií, test oscilace prstu (tapping), síla stisku, Test cesty (Trail Making Test), senzoricko-percepční vyšetření, test rytmu, test percepce zvuků řeči, test taktilního výkonu či test kategorií
 - má široký záběr, nemusí se administrovat celá, někdy postačí jen její části, čehož se v praxi využívá hojně
 - **malá** pružnost, časová náročnost, nehodí pro pečlivější vyšetření př. senzorických/motorických handicapů
 - **administrace** včetně WAIS-R a MMPI cca 6-8 hodin
 - o **Luria-Nebraska neuropsychological battery (LNNB)**: verze od 15 let (+ dětská verze 8-12), kvalitativní + kvantitativní vyhodnocení
- **Demence:**
 - o **Minimental state test examination**: 30 otázek a úkolů, které testují například orientaci pacienta v čase a prostoru, krátkodobou paměť, čtení a psaní, konstrukčně-praktické dovednosti, ... (do 27 – norma, do 25 hraniční nález, do 18 lehká demence, do 6 středně těžká demence, pod 6 těžká demence)
 - o **Addenbrovský kognitivní test**: součástí je i minimental

Patologické stárnutí: Test hodin (paměť, vizuálně-konstrukční schopnosti, výkonové funkce (představivost a vlastní provedení), málo bodů: demence, neglect, apraxie, poruchy zorného pole, delirium)

6. Duševní poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek, akutní stavy, syndrom závislosti, odvykací stavy, intoxikační psychózy. Diagnostika závislosti, etiopatogeneze, terapie.

MKN-10 (F10-19): PORUCHY VYVOLANÉ ÚČINKEM PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK

- Akutní intoxikace (.0)
- škodlivé užívání (.1)
- syndrom závislosti (.2)
- odvykací stav (.3)
- odvykací stav s delíriem (.4)
- psychotická porucha (.5)
- amnestický syndrom (.6)
- psychotická porucha reziduální s pozdním nástupem (.7)
- jiné (.8)
- nespecifické (.9)

PORUCHY VYVOLANÉ UŽÍVÁNÍM:

- Alkohol (F10)
- opioidů (F11)
- kanaboidů (F12)
- sedativ a hypnotik (F13)
- kokainu (F14)
- jiných stimulancií včetně kofeinu (F15)
- halucinogenů (F16)
- tabáku (F17)
- organických rozpouštědel (F18)
- více drog a jiných látek (F19)

PSYCHOAKTIVNÍ LÁTKY = ovlivňující tělesné i psychické procesy

- **Návykové látky = drogy** (i/legální): přírodní (opium), semisyntetické (kokain, heroin), syntetické (amfetaminy, extáze, léky)
- **Budivé** (kokain, pervitin), **tlumivé** (alkohol, morfin, heroin), **halucinogenní** (LSD, extáze)

(.0) Akutní intoxikace = přechodný stav (hodiny) po užití látky, závažnost a účinky podle látky

(.1) Škodlivé užívání = zdravotní a psychické, nepříznivé sociální důsledky užívání

(.2) Syndrom závislosti = skupiny fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů kdy má užívání látky pro jedince větší význam než jiné jednání

- MKN-10 kritéria: během roku dojde ke 3+ jevům nebo ke všem během ½ roku
 - o Craving (silná touha) = bažení
 - o Potíže sebeovládání (začátek a konec užívání)
 - o Odvykací stav při vysazení
 - o Zanedbávání jiných aktivit a zájmů
 - o Pokračování v užívání přes negativní a škodlivé důsledky

(.3) Odvykací stav = stav při vysazení nebo snížení dávek psychoaktivní látky, u které je závislost

- **Prostý x Komplikovaný s křečí**
- **S delíriem:** pestré somatické i psychické příznaky, delirium předchází nebo doprovází OS, trvání v rozsahu hodin až týdnů, závažnost nízká až extrémní (hrozí smrt)

(.5) Psychotická porucha = v souvislosti s požitím do 48 h, přechodná

- **toxická psychóza** (bludy + halucinace), **toxická halucinóza** (pouze halucinace)

(.6) Amnestický syndrom = výrazné narušení paměti, konfabulace (dotváření paměťových děr)

(.7) Psychotická porucha reziduální s pozdním nástupem = po období přímé intoxikace, souvislost s dlouhodobým opakovaným působením látky, psychotické symptomy až po odeznění intoxikace

- Častá komorbidita s poruchami: afektu, osobnosti, jinými závislostmi (časté recidivy po léčbě, prakticky nemožné kontrolované pití)
- Léčba: psychoterapie, komunity, podpůrná farmaka (antabus) => cíl dosažení náhledu, detox

PORUCHY VYVOLANÉ ALKOHOLEM (F10)

Vývoj závislosti na alkoholu:

1. **Počáteční fáze:** psychická závislost, dobrá nálada (pití spojené s příjemným), „trénink“
2. **Prodromální, varovná:** stoupá tolerance, první palimpsesty (okénka)
3. **Rozhodující, krucióální:** ztráta kontroly, racionalizace (odůvodňování), somatická závislost (pije, aby mu nebylo špatně), klesá tolerance (kolabují systémy), odvykací stavy
4. **Terminální, konečná:** pije cokoli, co obsahuje alkohol, klesá tolerance, výrazné tělesné důsledky, chýtrání a úpadek osobnosti (zanedbává vše kromě alkoholu) => až demence, epi

Diagnostika závislosti na alkoholu, Jellinek:

- **Typ alfa:** psychogenní typ = alkoholem řeší problémy, odezní potíže – nepije, bez závislosti
 - **Typ beta:** sociogenní typ = sociální konformita, vyhoví, jinak nemá potřebu pít, bez závislosti
 - **Typ gama:** společenské pití (psychická závislost), schopnost abstinence, zvýšená tolerance, riziko ztráty kontroly = prodromální fáze (vybírá si, co bude pít + palimpsesty) => riziko Z
 - **Typ delta:** samotářské pití, neschopnost abstinence, somatická závislost + odvykací stav => neustálé udržování intoxikace => častější u žen, závažné tělesné i psychické důsledky
 - **Typ epsilon:** dipsomanie = alkoholismus (kvartální, pití v tahu => dlouhá abstinence + pití)
- (1) **Alkoholová halucinóza** = znakem **sluchové halucinace** (prodromální fáze slyšení vytrvalých zvuků, po napití odezní) => bludný kruh, riziko sebevraždy
- riziko vysazení léků: antipsychotika tlumivé (působí jako handicap) => V = návrat halucinací
- (2) **Alkoholická epilepsie** = odráží míru a hloubku poškození CNS (menší počet epi záchvatů – menší míra poškození CNS => vyšší možnost reverzibility stavu) => vede k trvalé epilepsii (trvalé léčbě)
- (3) **Delirium tremens** = odvykací stav při závislosti na alkoholu (snížení hladiny alkoholu v krvi)
- Jednoznačný průkaz závislosti na alkoholu (specifické), nebezpečný (nutná hospitalizace)
 - příznaky: **somatické** (začínají první, třes, křeče, epi záchvaty, úrazy i vnitřní krvácení, poruchy prokrvení, pocení) a **psychické** (porucha vědomí, dezorientace časem, místem, halucinace = **mikrozoopsie** drobných tvorů, většinou hmyz + bludy, sugestibilita, porucha chování = delirium zaměstnanosti – dělá něco, co neodpovídá kontextu)
 - trvání 2-5 dní, pokud déle => narůstá riziko smrti (pokud stav odezní a začne znovu, odkazuje na hluboké porušení CNS) => spojeno s edémem na mozku (problémy s retencí paměti, problémy buď odezní nebo vůbec)
 - opakované DT => vzniká Korsakova psychóza, alkoholová demence
- (4) **Korsakovo alkoholická psychóza** = po slouhém, systematickém abúzu nebo po opakovaném deliriu tremens => masivní narušení paměti (vštipivost, retence => konfabuluje), dezorientace časem, místem
- (5) **Alkoholická paranoidní psychóza** = dg paranoidní schizofrenie, ale spouštěčem abúzus alkoholu => bludy (s tendencí k systematizaci) a halucinace, př. často nevěra partnera s persekční tendencí (nevěrný partner se nemocného pokouší zlikvidovat)

NEALKOHOLOVÉ PORUCHY, psychoaktivní látky:

OPIOIDY = opium, morfin a léky => syntetizován heroin, metadon, koden => subutex (buprenorfin)

- Účinek: Tlumivé látky s výrazných euforickým efektem
- Aplikace: šňupání, inhalace, per os (louhy, čaje), intravenózně převažuje (pod jazyk subutex)
- Akutní intoxikace: útlum, apatie, somnolence, blaženost/úzkost => až zástava dechového automatismu, snížené okysličení krve = cyanotické zbarvení kůže, zvracení, svědění, mióza (.)
- Závislost: po několika týdnech, nejrychleji heroin (intravenózně), správně podávané léky (1%)
- Odvykací stav: po pár hodinách, nauzea a křeče, dehydratace, průjem = není život ohrožující
- Biologická léčba: akutní intoxikace (naxolon – antagonist opioridů), absták (hospitalizace), substituce (metadon) + symptomatická léčba
- Riziko = malá terapeutická šíře (malý rozdíl mezi účinnou a smrtelnou dávkou)

HALUCINOGENY = houby (psylocybin), kaktus (meskalin), syntetické LSD

- Akutní intoxikace: set, setting, bad trip (úzkost, panika), percepční (změna barev, tvarů), psychické (derealizace, snový stav), somatické (závrať, nauzea, mravenčení), (O)
- Závislost: slabá psychická, fyzická nevzniká
- Riziko: flashbacky na průběh intoxikace

KANABIOIDY = konopí (látky tetrahydrokanabinol, listy – marihuana, pryskyřice – hašiš)

- Účinek: halucinogení, euforie, uvolnění, zaostření smyslů
- Aplikace: kouření (nejčastěji – bezprostřední účinek), per os
- Akutní intoxikace: závisí na setu (rozpoložení) a settingu (prostředí), sevřenost/úzkost => zklidnění a blaženost (smích a smyslové vjemy) => zmatenost, únava, otupělost, červené oči
- Závislost: vzniká psychická
- Odvykací stav: vzácně, není závažný ani specifický (neklid, poruchy spánku, ...)

- Biologická léčba: antidepresiva, neuroleptika, benzodiazepiny
- Riziko: provokace latentní duševní poruchy (schi), poruchy paměti, abulický syndrom

HYPNOTIKA, SEDATIVA = předepisované, dostupné léky (benzodiazepiny: diazepam, analgetika)

- Účinek: úleva od bolesti, zklidnění, anxiolytický, myorelaxace, uvolnění svalových křečí
- Aplikace: per os (někdy v kombinaci s alkoholem)
- Akutní intoxikace: podobná opilosti
- Závislost: buď jako primární nebo sekundární užívaná droga
- Odvykací stav: nespavost a neklid až epi, halucinace a delirium (hrozí i úmrtí)
- Biologická léčba: nutná abstinence (i alkoholu)
- Riziko: abúzus vyvolává to, co měly léky léčit + poruchy kognitivních funkcí

STIMULANCIA = amfetamin, efedrin => syntetizace pervitinu, tanečních drog

- Účinek: stimulace, nabuzení,
- Akutní intoxikace: poruchy chování, vnímání, euforie, pohybové stereotypy (vykroucenost)
- Závislost: vzniká rychle
- Odvykací stav: craving bez ohrožení života (neklid, únava)
- Riziko: anorektický účinek (riziko MA, MB), dehydratace (taneční drogy), pocity pronásledování (stíha), vyčerpání organismu, riziko selhání srdce

KOKAIN = listy koky (drahá droga), intranasálně, injekčně, kouření (crack)

- Závislost: rychlý nástup i odeznění, aplikace několikrát denně => impotence
- Akutní intoxikace: euforie, nabuzení, agresivita, afrodiziakum (snižuje soudnost)
- Odvykací stav: sklíčenost, craving, sny, únava

TABÁK = **nikotin** (jed), nejrozšířenější psychoaktivní látka

- Akutní intoxikace: nauzea, zvracení, pocení, zrychlený tep
- Závislost: vzniká rychle (až 85 % závislých), podobně jako tolerance
- Riziko: somatické negativní doprovody užívání (rakoviny, impotence)

ROZPOUŠTĚDLA = inhalace těkavých látek (toluen, benzín, aceton, chloroform)

- Akutní intoxikace: apatie, letargie, hrubost a agrese, poruchy pozornosti, útlum
- Riziko: poruchy imunity, krvetvorby, záněty sliznic, poškození jater a ledvin

UŽÍVÁNÍ LÁTEK NEVYVOLÁVAJÍCÍ ZÁVISLOST (F55) = behaviorální syndromy

- Nadbytečné, dlouhodobé a neopodstatněné nadužívání
- Nevzniká závislost, ale riziko poškození: tělesné, psychické, materiální, sociální
- Abúzus: steroidy, projímadla, bylinné přípravky, analgetika (naopiátová – ibalgin), vitamíny, minerály, potravinové doplňky, ...

VZNIK ZÁVISLOSTI:

Biologické teorie: bio podmíněné znaky vytvářející dispozice ke vzniku a rozvoji závislosti

- **Genetické:** DNA obsahuje přímou dispozici (hledá se „gen alkoholismu“)
- **Dopamino-endorfinová teorie:** průkaz opiátových receptorů při abúzu alkoholu
- **Neurobiologický model:** drogy nahrazují přirozené „odměny“ za chemické, které jsou snadněji získatelné, a proto následně preferované => mozkový systém odměny

Sociologické teorie:

- **Teorie distribuce potřeby:** využívá **Ledermannovu křivku logonormálního rozložení** spotřeby (předpoklad vztahu objemu spotřeby a % alkoholických problémů) => 50 % spotřeby alkoholu připadá na 10 % jedinců a zbylých 50 % je rozloženo na zbylých 90 % lidí
- **Teorie anomie:** rozpad dosud platných sociálních norem (války, revoluce, převraty) má podněcující vliv na spotřebu alkoholu ve společnosti (čili i na nárůst závislosti)
- **Bales** (vymezil 4 typy chápání užívání alkoholu):
 - o **Abstinentní:** A ohrožuje sociální normy a hodnoty
 - o **Rituální:** A jako rituální nebo náboženské obřady
 - o **Konviviální:** A jako upevnění sociálních vztahů

- o **Utilitární:** A jako uvolnění, prostředek k osobnímu uspokojení

Psychologické teorie:

- **Behaviorismus, teorie učení:** zpevňující odměna, posiluje tendenci užívání + observační uč.
- **Klasické, operantní podmiňování:** vliv podnětů z prostředí, nevědomé zpevňování chování

Integrativní model = funkční skloubení různých proměnných do tetraedru

- **Urbanův interakční model, faktory:**
 - o **Farmakologický** = **droga** (zásadní subsystém)
 - o **Environmentální** = **prostředí**
 - o **Somatický, psychický** = **organismus**
 - o **Provokující** = **podnět** (udává systém do pohybu, setkání účinku drogy)

DIAGNOSTIKA:

Dotazníkové metody:

- **MAST** (Michigan Alcohol screening test) orientační zjištění závažnost a následky abúzu
- **MALT** (Mnichovský alko. test) přehled příznaků spojených s abúzem alkoholu
- **ADG** (alkohol, drogy, gamgling)
- **HODOR:** ověřuje hodnotovou orientaci

Výkonové metody:

- **Ravenovy progresivní matice** (intelekt), **Bentonův test** (organicita)
- **MPDT** (minnesota percept diagnostic test), **WAIS-R** (profil struktury inteligence)

Projektivní metody: **ROR** (nejrozšířenější), **TAT** (detekce motivace)

TERAPIE:

- **Ambulantní péče:** široká nabídka služeb (poradny, ordinace)
- **Lůžková:** režimové, rehabilitační programy (převažují zdravotnické oddělení)
- **Terapeutické komunity (Jones):** společenství terapeutů, personálu a pacientů, společenství, spolupráce, pravidla

Fáze terapie:

- **Detoxikační:** příjem pacienta, komplexní vyšetření (psychiatrické, psychologické, biomedicínské, neurologické, interní), léčba somatických poškození (pozůstatků abúzu), motivace k léčbě a dolečování
- **Vlastní léčebná:** režim oddělení, systém pravidel => skupinová/individuální práce

Skálův Apolinář: léčebný systém, behaviorální přístup k alkoholismu = nemoci

Léčebná centra:

- **Kontaktní centra (K-centrum):** nealkoholové drogy, hygiena-ošetření-jídlo, poradenství
- **Detoxikace:** zvládání odvykání, minimalizace rizik a škodlivých důsledků užívání
- **Substituční léčba:** nahrazení méně škodlivou látkou (méně účinnou), různě dlouhá
- **Ústavní péče:** hospitalizace
- **Následná péče:** denní stacionáře, ambulance, terapeutické komunity

7. Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy. Historické typy schizofrenie, akutní a přechodné psychotické poruchy, další psychotické poruchy. Etiopatogeneze, diferenciální diagnostika, farmakoterapie, rehabilitace.

Schizofrenie = závažné psychotické onemocnění, mnohotvárná psychopatologie, průběh i odpověď na léčbu, sklon k chronicitě, vleklý průběh, variabilita symptomů (hlavně poruchy vnímání – halucinace, myšlení – bludy, emoci – emoční oploštělost, chování – apatie, bezcílnost, negativismus)

Historie schizofrenie

- Francie, Benedict Augustin **Morel** (1853) – popsán stav „náhlého znehybnění všech duševních schopností“ – **démence précoce**
- 1893: **Emil Kraepelin** v klasifikaci duševních poruch nové širší rozlišení mezi **dementia praecox** a poruchou nálady. Kraepelin se domníval, že „dementia praecox“ je onemocnění mozku, konkrétněji pak *forma demence*, odlišující se od jiných forem této nemoci (jako Alzheimerova choroba), které se obvykle objevují v pozdějších letech života.
- **Hecker (1871)**: popsal **hebefrenii** – poruchy myšlení a řeči s neologismy, propukalo po pubertě a končilo celkovou mentální slabostí (demencí)
- **Kahlbaum (1874)**: popisuje **katatonii** – *onemocnění mozku, psychické symptomy podobné obrazu mánie, melancholie, otupění a zmatenosti, nakonec pak úpadku mysli, mohou však jednotlivě nebo ve větším počtu i chybět*
- **1911: Bleuer** – poprvé užil termín schizofrenie „*Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*“) – popsal skupinu schizofrenií – nesoulad duševních projevů, „**rozštěpení**“ psychických funkcí
- **50. léta 20. stol** – vývoj **chlorpromazinu** – pokrok v léčbě

Bleuer – příznaky schizofrenie (4A): Rozdělil na základní a akcesorní

1. **Autismus** (sociální stažení)
2. Porucha **Afektivity** (nepřiměřenost, oploštělost)
3. Porucha **Asociací** (asociační přeskoky, paralogie)
4. **Ambivalence** (protichůdné emoce a postoje)

+ Akcesorní příznaky – halucinace, bludy, tělesné příznaky, poruchy paměti, proměna osobnosti

Schneider – příznaky 1. a 2. řádu

1. řád:

- Ozvučování myšlenek
- Slyšení hlasů ve formě konverzace nebo diskuse
- Slyšení hlasů, které doprovázejí vlastní počínání poznámkami
- Odnímání myšlenek a další ovlivňování myšlenek, vysílání myšlenek
- Všechny další prožitky, že někým jiným jsou ovlivňované vůle, emoce, impulsy

2. řád:

- Ostatní smyslové klamy
- Bludné nápady
- Bezradnost
- Popletenost
- Depresivní a euforické rozlady, prožitky citového ochuzení a jiné

Pozitivní a negativní příznaky (Jackson)

POZITIVNÍ PŘÍZNAKY		NEGATIVNÍ PŘÍZNAKY
Bludy, halucinace		Plochý afekt, apatie, ztráta motivace
Patologická desinhibice	korových funkcí	Generalizovaná ztráta funkcí
V normální psychice nejsou		Normální psychika je o ně ochuzena

Diagnostika

- Přítomnost alespoň jednoho z následujících příznaků v **trvání delším než 1 měsíc**:
 1. slyšení vlastních myšlenek, vkrádání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek
 2. bludy kontrolovanosti a ovlivňování, prožitky pasivity, které se jasně vztahují k pohybům těla, jednání nebo citění, bludné vnímání.
 3. halucinované hlasy, které komentují chování pacienta, případně o něm rozmlouvají
 4. bludná přesvědčení, která se vymykají dané kultuře
- **Pokud není přítomen některý z předchozích příznaků**, je třeba, aby byly přítomny **alespoň dva z příznaků následujících**:
 1. přetrvávající halucinace, buď doprovázené bludy, nebo se vyskytující týdny až měsíce
 2. formální poruchy myšlení (inkoherece, nepřiléhavost řeči, zárazy, neologismy)
 3. katatonní projevy (vzrušenost, setrvávání v nastavených pozicích, flexibilis cerea, stupor)
 4. negativní příznaky v podobě apatie, ochuzení řeči, autismus, emoční oploštění až vyhaslost
 5. nápadné změny v chování (ztráta citových vztahů, zájmů, sociální stažení, nečinnost, bezcílnost)

Psychodiagnostické metody

- Dotazníkové metody: MMPI-II
- Projektivní metody: ROR, TAT, HAND test, Kresba postavy
- **Přístup Matrix** (Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia)
 1. Pozornost/vigilance (Opakování čísel)
 2. Pracovní paměť (řazení čísel a písmen, TMT B)
 3. Rychlost zpracování informací (Stroop, TMT A, Verbální fluence)
 4. Verbální učení a paměť (AVLT, Logická paměť – VMS-III A)
 5. Zrakové učení a paměť (ROCFT, BMVT)
 6. Logické myšlení a řešení problému (Věže, WSCT)
 7. Sociální kognice (TAT, Podobnosti, porozumění)
 - o **MATRIX se zaměřuje na kognitivní deficit**:
 - Lehký: poruchy paměti a pozornosti
 - Střední: viz lehký + poruchy vizuálně-motorických dovedností
 - Těžký: viz střední + poruchy řídicích fcí a poruchy řeči

Doporučená baterie psych. testů u Schizofrenie:

- | | |
|------------------------------|-------------------------|
| o Paměťový test učení | o Podobnosti (WAIS-III) |
| o ROCFT | o Verbální fluence |
| o Logická paměť+rekognice | o TMT |
| o Opakování čísel (WAIS-III) | o Číselný čtverec |
| o Kostky (WAIS-III) | o BDI-II |

Projevy v kresbě postavy (dle Koubka)

- **1. typ**: Anatomické znázornění, kostlivci, s prvky nedostačivosti v podobě tenkých končetin a specificky s vyznačením kloubů, přítomnosti některých znaků organicity.
- **2 typ**. Masivní mužská figura, s velkou hlavou, připomínající Golema, ženská figura neatraktivní, bez ženských znaků, často s prodlouženými končetinami = projektivní potřeba mateřské ochrany.
- **3. „Typ slepého mládence“**, slabé, nejisté linie, strnulý postoj, štíhlá, vytáhlá postava, oči bez zřítelnic, ženská postava malá, znázorněná nejasnou skicou.

Projevy schizofrenie v ROR

- Problém organizovat psychologická data, zredukovat a modulovat chaotický proud informací – kognitivní fragmentace, zvýšená distraktibilita, poruchy myšlení
 - o u paranoidní SCH – hyperkonceptualizace, rigidita, neschopnost sebekorekce vnějšími vstupy
 - o Disociace mezi přilehlými myšlenkami – DR (irelevantní, rozvolněné)
 - o DV – idiosynkratická vyjádření

- o Perseverace – neschopnost udržet relevantní zaměření pozornosti
- o Parafázie, dvojí mluva, neologismy, idiosynkratické verbalizace – u SCH (méně)

Typy schizofrenie

F20.0 Paranoidní schizofrenie:

- nejčastější, **pozitivními příznaky** (hlavně perzekuční bludy a sluchové halucinace); časté intrapsychické halucinace (přesvědčení o vlastních telepatických schopnostech, odnímání myšlenek, nebo vkládání cizích myšlenek)
- Symbolické nebo magické myšlení, Afektivita podrážděná, může být i agresivita proti domnělým nepřítelům

F20.1 Hebefrenní schizofrenie: => „dezorganizovaná schizofrenie“

- Charakterizována vrtkavostí, necílenou nebo potrhlou aktivitou, nepřiměřeně nezbednými a nevypočitatelnými projevy, které vedou k fragmentaci chování,
- Dezorganizované myšlení, chování často manýrované, strojené, pseudofilozofování, nápadný a nepřiléhavý projev i ustrojení, grimasování, ztráta vztahů, klackovité až hulvátské chování

F20.2 Katatonní schizofrenie: dnes vzácná forma, v popředí jsou poruchy psychomotoriky

- **Produktivní** forma – neobvyklé pohyby, impulzivní činy, povelový automatismus, nadměrná vzrušenost, bezcílný neklid, stereotypie v motorickém i verbálním projevu; i impulsivní pacienti
- **Neproduktivní** (stuporózní) forma – katatonní stupor (nereaguje, neztrácí vědomí, riziko metabolického rozvratu), negativismus, tělo v nastavených polohách (flexibilitas cerea, katalepsie)
- Nejúčinnější je ECT; dobrá prognóza, Halucinace a systemizované bludy nejsou typické

F20.6 Simplexní schizofrenie: málo časté, nenápadné

- hlavně negativní příznaky – v popředí změny chování s úpadkem vůle, zlostejněním, zpovrchněním, ztrátou zájmů a oploštěním emocí, autismus, alogie
- Změna osobnosti v mládí, Nemají zjevné psychotické příznaky (v DSM IV – schizotypální osobnosti, tj. jako porucha osobnosti), nejhorší prognóza

F20.3 Nediferencovaná schizofrenie – nevyhraněná, může se podobat více formám

- Příznaky buď nejsou dostačující pro jeden podtyp schizofrenie nebo splňují kritéria pro více

F20.5 Reziduální schizofrenie

- Chronický stav po odeznění akutní symptomatiky schizofrenní ataky, málo intenzivní příznaky
- Hlavně podivínství, lenoství, nemotivovaná toulavost, zanedbávání sebe i okolí a zformování nových, často deformovaných vztahů mezi jedincem a skutečností

F20.4 Postschizofrenní deprese

- Depresivní stav, který může přetrvávat a objevuje jako dozvuky schizofrenní nemoci.
- Některé schizofrenní symptomy musí být stále přítomny, ale nejsou již v

DD: Jiné paranoidní a halucinatorní psychické poruchy (s bludy, akutní a přechodné, indukovaná s bludy), poruchy osobnosti (paranoidní), disociativní poruchy, elipsie, mozkové nádory či somatická onemocnění (např AIDS)

Průběh (povaha postpsychotického stavu závisí na včasnosti a povaze léčby)

1. Premorbidní stadium – uzavřenost, potíže s navazováním kontaktů, snížená vřelost emocí a malá polarita => nenápadné

2. Prodromální stadium – rychlý nebo pozvolný přechod, změny v chování, napětí, úzkost, uzavřenost, stažení se do sebe, bizarnosti až agrese

3. První psychotická epizoda (Ataka) – náhlá změna vztahu ke skutečnosti, zneschopnění pacienta, často hospitalizace, bludy halucinace + další symptomy

4. Aktivní choroba = třetinová nemoc (1/3: jedna ataka – vyléčení, 1/3: atakovitý průběh – ve vlnách, 1/3: chronicko-progredientní průběh – postupně se zhoršuje)

5. Úzdrava/ reziduální choroba = závažnější výsledný stav po proběhlém onemocnění

Etiopatogeneze: není známa, předpoklad multifaktoru

- **teorie zátěže a dispozice:** Dědičná nebo získaná vloha disponuje k selhání adaptivních funkcí duševního života, což vede k nepřizpůsobivému prožívání a chování při zátěži; to prohlubuje snížení odolnosti jedince, a nakonec vyústí do klinické manifestace onemocnění.
- **Genetické faktory:** výrazné (35-58 % - monozygotní, 9-27 % - dvouvaječná dvojčata)
- **Dopaminová hypotéza:** předpoklad neurochemického základu sch., východiska: účinky psychofarmak mají vliv => společný znak je působení na dopaminergní systém (dopad na pozitivní symptomy pravděpodobně blokací dopaminu), lze sch. vyvolat psychostimulancií
- **Neurovývojový model:** předpoklad „mlčící léze“ v časném vývoji mozku => projevy až v adolescenci při zvýšených nárocích na integraci (významná část osob s sch. prodělala poruchu vývoje mozku desítky let před projevem sch.
- **Psychosociální hypotézy: stres** je spouštěcí, ale ne rozhodující faktor vzniku onemocnění.
 - o **4 kritéria pro stres indukující schizofrenii:** 1. situace vyžaduje akci/rozhodnutí, 2. složitost, dvojznačnost poskytovaných informací k řešení, 3. situace přetrvává bez vyřešení, 4. není možnost úniku

Léčba

Fáze léčby:

1. **Akutní** – žádoucí neprodlená farmakoterapie (90 % pacientů souhlasí s perorální aplikací)
2. **Stabilizační** – po odeznění akutních příznaků, min. 6 měsíců pokračovat s léky + další léčba
3. **Stabilní** – prevence relapsu, udržení remise, podávání minimálních účinných dávek s minimalizací vedlejších účinků– dvě strategie: **kontinuální udržovací léčba** a **cílená léčba**, která je zahájena až při prvních známkách hrozícího relapsu (kontinuální účinnější)

Farmakoterapie – nezbytná, ale sama nestačí

- nežádoucí účinky klasických neuroleptik:
 - o *akutní extrapyramidové příznaky* (parkinsonská hypokineze, rigidita, tremor, dystonie, akatizie)
 - o *pozdní (tardivní) extrapyramidové motorické poruchy* (dyskineze, dystonie)
 - o *maligntní neuroleptický syndrom*
- 1. **konvenční antipsychotika**
 - **bazální (sedativní) antipsychotika:** chlorpromazin, chlorprotixen, clopenthixol, levopromazin,
 - **incizivní antipsychotika:** droperidol, flupentixol, haloperidol, oxyprothepin, prochlorperazin,
- 2. **atypická antipsychotika:** amisulprid, sulpirid, klozapin, olanzapin a risperidon
=> začíná se buď risperidonem (2-6 mg) nebo olanzapinem (10-20 mg)

Elektrokonvulzivní terapie: katatonní schizofrenie, při výrazné depresivní symptomatice a maligním neuroleptickém syndromu, agitovanosti nebo riziku sebevraždy

Psychoterapie

- Usiluje o **posílení vnitřních zdrojů** ke zvládnutí a adaptaci u těch pacientů, kteří se vyznačují značnou zranitelností, a současně o **zabezpečení dostatečného stupně sociální podpory** tak, aby mohli co nejlépe odolávat nárokům z vnějšího prostředí.

Psychoterapie: dvě zaměření

- **Psychoterapie orientovaná na výsledek** („outcome oriented“) – které si kladou za cíl, co nejvíce přímo ovlivnit symptomy a další projevy poruchy. Mezi ně patří např. KBT nebo nácvik sociálních dovedností
- **Psychoterapie orientované na proces** („process oriented“) – které se primárně zaměřují např. na posílení ego funkcí, schopnosti symbolizace, proces zpracování informací, zvýšení sebedůvěry. Do této skupiny kupříkladu patří přístupy psychodynamické, podpůrné nebo kognitivní rehabilitace.

Základní psychoterapeutické přístupy ke schizofrenii:

- **Individuální/skupinová psychoterapie**
 - o **PŘÍSTUP SYŘIŠŤOVÉ** – průkopnice skupinové terapie u psychotiků, vytvoření klíčového sociálního vztahu (intenzivní závislost na terapeutovi), obnovit sociální roli klienta => **bludy** izolovat od ostatního, nevyvracet, ale vyhledávat vhodnou strategii proti nim (jako spojenec), **NE** reprodukce dětských traumat, **NE** přímá analýza problému

- **Supportivní psychoterapie** neboli podpůrná psychoterapie nepracuje se symbolickými obsahy psychotických prožitků, zaměřuje se na okolní realitu, upravuje kontakt pacienta s rodinou a poučuje o medicínském modelu. Posiluje obrany a akceptování léků, buduje pozitivní přenos k terapeutovi a vyhýbá se negativnímu přenosu.
- **Investigativní psychoterapie**, které se také může říkat odkrývající nebo dynamická investigativní (odkrývající, dynamická) psychoterapie se snaží o porozumění významu psychotických symptomů a integrování psychotické zkušenosti. Jejím cílem jsou pozitivní osobnostní změny a dozrání jedince.
- **Nácvikové psychoterapeutické přístupy a psychosociální intervence**, zaměřují se na praktická řešení sociálních a psychologických problémů, využití metod behaviorální terapie, rodinné terapie a psychoedukace (zvýšení informovanosti, zlepšení náhledu a schopnosti nemoc zvládat, snaha o naučit klienty rozpoznat 1. příznaky relapsu), ve většinou nutná i antipsychotickou medikací

F21 Schizotypní porucha => může přecházet do schizofrenie

- nesplňuje kritéria pro schizofrenii (**podobají prodromálním příznakům schizofrenie**), trvale/epizodicky, alespoň 2 roky
- excentrické chování, anomálie myšlení a afektivity, chování, vzezření podivné, výstřední zvláštní, nepřiměřené, omezené emoční reakce, chudý vztah k lidem, sklon k soc. stažení
- **dif.dg** – simplexní schizofrenie, schizoidní a paranoidní PO (není od nich jasně ohraničena)
- **léčba** – při zintenzivnění příznaků, osvědčují se antipsychotika užívaná v léčbě schizofrenie

F22 Trvalé duševní poruchy s bludy

- bludy tvoří jedinou nebo nejvýznamnější klinickou charakteristiku => jediný soubor bludů => trvá dlouho (někdy i celý život, počátek s životní událostí), řeč, chování, afektivita OK
- **dif. dg** – nesmí se vyskytovat onemocnění mozku, sluchové halucinace, příznaky schizofrenie – bludy kontrolovanosti, vysílání myšlenek, otupělá afektivita
- **léčba** – není příliš úspěšná – lze zkoušet antipsychotika, v případě depresivní symptomatiky antidepressiva, pokusit se o psychoterapeutické ovlivnění, riziko sebevraždy

F23 Akutní a přechodné psychotické poruchy

F23.0 Akutní polymorfní psychotická porucha bez schizofrenních symptomů

- měnlivé halucinace a bludy, intenzivní emoční projevy, extáze, úzkost, podrážděnost => do 3 měsíců odezní

F23.1 Akutní polymorfní psychotická porucha se symptomy schizofrenie

- Polymorfnost příznaků, typické schizofrenní příznaky => vymizení do 1 měsíce

F23.2 Akutní psychotická porucha podobná schizofrenii (schizomorfní)

- Typické schizofrenní příznaky, mírná proměnlivost, => do 1 měsíce vymizí

F24 Indukovaná porucha s bludy

- sdílí ji dvě osoby s emočně blízkým vztahem (jen 1 osoba pravá psychotická nemoc)
- **léčba**: oddělení obou osob či více osob
- **dif. dg** – organická porucha s bludy, simulace

F25 Schizoafektivní poruchy

- současně kritéria pro schizofrenní onemocnění i poruchu nálad středního až těžkého stupně
- TYPY: manický, depresivní, smíšený typ

ZNAK	SCHIZOFRENIE	SHIZOAFEKTIVNÍ
Heredita	Bývá	Bývá častější
Počátek onemocnění	Mladší věk	Spíše střední věk
Průběh onemocnění	Progredientní	Periodický
	fázický	
Začátek onemocnění	Subakutní pozvolný	Akutní

Emoční složka	Nesplňuje F30/F32	kritéria	Splňuje kritéria
Negativní příznaky schiz.	Jsou		Nejsou
Vliv terapie	Pozvolný		Rychlý
Vliv rezidua	Ano		Ne
Prognóza	Spíše nepříznivá		Spíše příznivá

8. Poruchy nálady, afektivní poruchy, problematika deprese a manie. Diferenciální diagnostika, terapie, farmakoterapie. Problematika sebevražd a krizové intervence.

PORUCHY NÁLADY

- Poruchy nálady anebo afektu (ve smyslu radostné nebo smutné), jež neodpovídá reálné životní situaci, narušuje uvažování, jednání i somatické funkce člověka
- **Základní komponenty** jsou depresivní epizody a stavy, (hypo)manické epizody a smíšené epizody => zátěž depresivní epizodou je vyšší než řada somatických onemocnění
- **Příčina** (1 nebo 2), **polarita** (uni/bipolární), **intenzita** (lehká, střední, těžká – (ne)psychotická), **trvání** (krátkodobé: cyklotymie, dlouhodobé: dystymie)

AFEKTIVNÍ PORUCHY (F30-39)

- **Časté, zasahují všechny oblasti lidského bytí => až smrtelné**
 - o Ovlivňují: **racionalitu, výkonnost, motivaci, pozornost, motoriku, vztahovost, ...**
 - o Projevují se v **prožívání a chování**
- Poruchy nálady tehdy, když se **kolísání nálady vymyká běžnému kolísání nálady** => je přespříliš/málo emocí (do určité míry je kolísání zcela fyziologické)
- Deprese (většinou se rozvíjí pomalu) a mánie (většinou rychlý nástup)
- příčiny: multifaktorové
 - o hypotézy:
 - genetická predispozice (nikoli 1 depresivní gen)
 - stavba a funkce mozku - mediátorové, receptorové, postreceptorové (serotonin, NA, DOP, ...)
 - změny regulační triády (NS – HS - IS)
 - osobnostní charakteristiky, rodinná konstelace, životní události, ...
 - o Kognitivní model – vychází z KBT
 - rané zkušenosti z dětství => vytvoří dysfunkční předpoklady => přijde kritická událost => ta aktivuje dysfunkční psychické předpoklady (BLUDNÝ KRUH DEPRESE)
 - Bludný kruh deprese: černé, pesimistické myšlenky => chování (stahování se, vyhýbání se) => tělesné projevy (úzkost, tlak v žaludku) =emoce (cítí se blbě)

MÁNIE = chorobné zvýšení nálady (nutnost hospitalizace), projevy:

- Vyšší nálada (**euforická i rezonantní – zlostná**), **energie, aktivita, myšlení (rychlost, obsah – myšlenkový trysk, střídání témat) a řeč** (hlasitost, rychlost), **sebevědomí, sebejistota**
- **Nižší potřeba spánku** (1-2 hodiny), bez pocitu únavy
- Mění se **chování** (odbržděnost, výstřednost, vyšší tendence navazovat vztahy => promiskuita), oblékání, **úprava zevnějšku** => nedbalost, nápadnost, **sociální a sexuální aktivity** (apetence a realizace), **jídlo a pití** (eventuálně drogy), zvýšená činorodost, přehršel nápadů, větší tendence utrácet peníze => **neschopnost se korigovat, nemá náhled**
- U plně vyjádřené mánie dochází k **elaci** = vzestupu nálady nezávislé na vnějších okolnostech
- **Hlavní rizika**: sociální a materiální důsledky + trestní činy + zvýšená úrazovost + nadužívání psychoaktivních látek + agresivita
- čas (dg): min týden X kratší čas, výrazné příznaky

Typy (Orel): Hypomanie, MF bez a s psychotickými příznaky (odpovídají x neodpovídají náladě)

Typy (Procházka): agitans, rezonanc, simplex (euforická, dominuje)

- Manický syndrom: zvýšená aktivita či motorický neklid, nadměrná hovornost, myšlenkový trysk, ztráta zábrán vedoucí k nepřiměřenému až rizikovému chování (utrácení, flámování, snížená potřeba spát, jíst...)

Hypománie: schodek pod mánií – není nutná hospitalizace, nadprůměrně dobrá nálada alespoň 4 dny, schopnost stále korigovat chování, nižší potřeba spánku, ne tak významné narušení života

Dif.dg.: psychická porucha způsobená psychoaktivními látkami, schizofrenní porucha, poruchy nálady způsobené somatickým onemocněním, hyperkinetické poruchy dětí

DEPRESE = chorobné klesání nálady (ohroženější ženy než muži)

Projevy:

- Klesá **nálada** (depresivní – smutek, nemotivovanost, bez potěšení), **energie, motivace, aktivita, myšlení** (rychlost, obsah, intelekt – nerozhodnost, černé, suicidální myšlenky) **řeč**
- Snížená **kvalita spánku, sociální a sexuální aktivity, jídlo a pití** (není chuť k jídlu, u menšiny dochází k zajištění deprese) => výrazná změna váhy
- Klesá **sebevědomí a sebejistota, změny v chování** (útlum, neklid), **oblékání a úpravě zevnějšku** (zanedbaná hygiena)
- Čas: min 2 týdny

Typické:

- **Ranní pesima** (nejhorší stavy ráno) a **poruchy spánku** (časné probouzení a obtížné usínání)
- **Anhedonie**: neradostnost (neschopnost prožívat radost)
- někdy i **anxiety** (úzkost bez obsahu), **fobie** (konkrétní), **iritabilita** (podrážděnost)
- **Presuicidální syndrom**: suicidální myšlenky, **tentamen suicidii** (sebevražedný pokus), **suicidium** (dokonaná sebevražda) => zabránit smrti, zachovat život, poskytnout čas a pracovat na změně (nesoudit, nemoralizovat, neodsuzovat, nebát se tématu)
- **Lakrimozita**: pláč/bez slz => „slzy vyschly, už nejde plakat“
- **Deprese vyvolává tělesné potíže**: sevření, tlak na hrudi, bolesti těla, potíže s trávením, zhoršení stávajících nemocí (interní, kožní, kloubní) => sevřené postavení těla
- U **hluboké deprese psychotické symptomy** => bludy (depresivní, sebeobviňující, nihilistické, prezekuční) a halucinace (méně časté)

Dělení (podle příčin):

- **endogenní** – porucha chemie mozku (pravděpodobně dopaminem)
- **reaktivní** – reakce na nějakou stresovou událost
- **organické** – organickým poškozením mozku (např. úrazy, nádory, krvácení, endokrinní poruchy, poruchy jater či slinivky břišní (např. diabetes mellitus))
- **farmakologické** – některé léky či přípravky (např. hormonální antikoncepci)
- V současnosti se od dělení na endogenní a reaktivní **upustilo**, téměř vždy lze nalézt souhru vnitřních dispozic a vnějších faktorů, pokud se jedná o přímou reakci na událost nebo životní situaci (úmrtí blízké osoby, rozchod, ztráta zaměstnání), hovoří se někdy místo o depresi o poruše přizpůsobení, diagnostická kritéria však přesné rozlišení neumožňují

Typy (Orel):

- **Larvovaná = maskovaná deprese**: „Deprese bez deprese“ – projevy překryty **tělesnými problémy** (klouby, srdce), pacientům je stále špatně, potíže nálady negují => těžké vysvětlit a přijmout, že somatické bolesti mohou být psychickým problémem (často u dětí a starších lidí) => **důkaz deprese je účinnost nasazených antidepresiv**
- **Reaktivní deprese**: nadměrný stres, ztráta blízkého člověka, velká změna
- **Sezónní**: častěji v podzimních měsících, léčba fototerapií
- **Poporodní deprese**: prudké hormonální změny
- **Deprese v menopauze**: hormonální změny

Deprese a epilepsie:

- **iktální deprese**: velmi krátké depresivní projevy (pocit viny, anhedonie, suicidální myšlenky) vyskytující se během záchvatů
- **Periiktální deprese**: předcházejí navazují na prodělaný záchvat a trvají 1 - málo dnů
- **Interiktální deprese**: morózní nálada, která bývá spojena nejen s anxiitou, zvýšeným neuroticismem, ale také s hostilitou, iritabilitou až agresivitou => **obtíže bývají dlouhodobé**, proměnlivé s asymptomatickými periodami = **interiktální dysforické poruše** – dystymie)

Kognitivní deficit: až 50 % depresivních pacientů, nespecifický (proměnlivý)

- Hypotéza: **Pravoemisférová dysfunkce**: 70 % pacientů s poškozením v pravé hemisféře vykazalo depresivní symptomatologii, zatímco nikdo z pacientů s poškozením levé hemisféry

- **Motivační hypotéza:** kog. deficit jako sekundární, vlivem snížené motivace, únavy
- **Nejčastěji zasažené oblasti:** Pozornost, paměť, vnímání, usuzování, řeč, exekutiva

Výklady deprese: př. teorie naučené bezmocnosti, PA: reakce na ztrátu objektu, kognitivní trias

Dif.dg: Deprese je popisována nejen jako samostatná nemoc, ale i jako jeden z příznaků jiných nemocí, jakými jsou například Addisonova choroba (deprese se střídá s nadměrnou podrážděností), Parkinsonova nemoc (pacient upadá do stále hlubších a dlouhodobějších depresí)

- poruchy nálady při tělesném onemocnění (nádory, poškození mozku), negativní vlivy léků a dalších chem. látek, demence, schizofrenie, dystimie, porucha přizpůsobení, simulace, funkční zármutek

MKN-10:

- **Depresivní epizoda F32 = Výskyt jediné epizody**, po odeznění příznaků se nemusí vrátit
- **Lehká (mírná)** => s/bez somatických příznaků
- **Středně těžká** => s/bez somatických příznaků
- **Těžká bez psychotických p** – nutná hospitalizace
- **Těžká s psychotickými** (ne/odpovídají náladě) – nutná hospitalizace
- **Jiná, nespecifikovaná**
- **periodická (rekurentní) F33.0: pokud se alespoň 1x zopakuje** – deprese se vrací
 - o Antidepresiva se musí překrývat i s dobou, kdy depresivní fáze odezněla (1/2-1 rok poté) => zvýší se pravděpodobnost, že už se deprese nevrátí
 - o Klasifikace podle aktuální a současné fáze
Podkategorie: současná fáze lehká/středně těžká s/bez somatických x těžká s/bez psychotických x současně v remisi x jiná a nespec.

BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHA (F31)

- bipolární průběh, střídají se fáze deprese i mánie s různou měrou a v různém poměru
- o bipolární poruše hovoříme, i pokud se opakovaně objevuje manická ataka nebo hypománie
- Dalšími projevy poruchy může být i rychlé **cyklování nálad** (více než 4 fáze v jednom roce) či **ultrarapidní cyklování** (fáze se mnohokrát střídají během dne); a **forma smíšená**, kdy pacient zažívá symptomy obou protipólů (manie i deprese)
- Ve všech fázích velké nebezpečí sebevraždy (především při vynořování z deprese, má sílu)
- typy:
 - o Bipolární afektivní porucha, současná fáze hypomanická
 - o Bipolární afektivní porucha, současná fáze manická bez psychotických symptomů
 - o Bipolární afektivní porucha, současná fáze manická s psychotickými symptomy
 - o Bipolární afektivní porucha, současná fáze lehká nebo střední deprese
 - o Bipolární afektivní porucha, současná fáze těžká deprese bez psychotických symptomů
 - o Bipolární afektivní porucha, současná fáze těžká deprese s psychotickými symptomy
 - o Bipolární afektivní porucha, současná fáze smíšená
 - o Bipolární afektivní porucha, v současné době v remisi

Dif.dg: Periodická depresivní porucha, Emočně nestabilní porucha, Závislost na psychoaktivních látkách, Schizofrenie, Úzkostné poruchy, ADHD, Organická bipolární porucha

Komorbidita: Zneužívání návykových látek, Úzkostné poruchy (panické poruchy, fobie, GAD, OCD), Poruchy osobnosti (hraniční, disociální, narcistická, histriónská)

TRVALÉ PORUCHY NÁLADY = TRVALÉ AFEKTIVNÍ PORUCHY (F34)

- změna nálady nedosahuje výšek mánie ani hloubek deprese
- déle než dva roky, může začínat už v dětství nebo adolescenci
- těžko ovlivnitelné a řešitelné
- CYKLOTYMIE
 - o střídá se období subdeprese (nedosahuje intenzity deprese) a s obdobím mírné elace nálady většinou bez vazby na objektivní životní události
 - o (pubertu nepovažujeme za cyklotymii, přestože cyklotymické rysy může vykazovat)
- DYSTYMIE

- o vleklý depresivně laděný stav = subdeprese
- o únava, pokles energie, snížená sebedůvěra, pesimistické ladění, nespokojenost, celková rozladěnost, sociální stažení a snížení výkonnosti
- o vesměs zvládá běžný život

Dif.dg: Depresivní manická epizoda, Duševní poruchy spojené s tělesným onemocněním, Spojené s psychoaktivními poruchami, Specifické poruchy osobnosti a akcentované osobnostní rysy, Psychotické spektrum

JINÉ AFEKTIVNÍ PORUCHY/PORUCHY NÁLADY (F38)

- Jiné jednotlivé (jediné) afektivní poruchy
 - o např.: Smíšená afektivní porucha - současný výskyt příznaků deprese a mánie u jednoho člověka, nebo jejich rychlé střídání
- Jiné periodické afektivní poruchy – rekurentní krátká depresivní porucha
- Jiné specifikované afektivní poruchy

DG:

- Sebeposuzovací škály a dotazníky deprese, BDI-II, Zungova škála, Projektivní metody
- Dále součástí MMPI-II (deprese, hypomanie), SCL-90, Objektivní posuzovací škály, HAMD
- ROR: zúžení osobnosti, chudá představivost a šablonovitost, inhibice myšlení a chování, anxiózně-dysforické ladění, u bipolárních poruch syntonie (**vyhledají afektivní rezonanci, chtějí afekt vyjádřit, diferencovaně popsat, je v popředí prožívání**)

TERAPIE + FARMAKOTERAPIE

- **Kognitivně behaviorální terapie** - edukace o poruše a léčbě, plánování aktivit, nácvik zklidnění dechu a relaxace, kognitivní rekonstrukce, nácvik komunikace, expozice zátěží, řešení problémů a příprava na budoucnost.
- **Interpersonální terapie** – objasnění jednotlivých problémů, práce se sociální izolací...
- **Manželská terapie, Krátká dynamická psychoterapie** (ne pro depresivní stavy)
- **Logoterapie** – hledání smyslu bytí, **Psychoedukace**
- **Rehabilitace a psychoterapie** klientů s kognitivním deficitem

Psychoterapie pomáhá obnovit přirozený pocit kontroly nad svým vnímáním, myšlenkami a představami, emocemi, chováním

Terapeut pomáhá: Porozumět tomu co se děje, oddělit zdravé prožívání od nemocného, omezit-ohraničit-zmírnit-odstranit patologické prožitky, znovuobnovit řebříček hodnot, podpořit a rozvinout vše zdravé, nalézt důvěru v sebe sama, vytvořit pocit bezpečí a přirozené kontroly nad svým životem, najít cesty jak překonat současné životní problémy

- čím horší příznaky tím větší význam biologické léčby, u slabších příznaků možná léčba bez biologické, většinou se však překrývají
- biologická:
 - o depresivní fáze: antidepresiva 2. generace (SSRI), antipsychotika 2. generace (u těžkých stavů automaticky kombinováno), jiné (pokud se objevuje úzkost, problémy se spánkem)
 - o bipolární průběh: stabilizátory nálady, ECT, fototerapie, TMS
 - o manická fáze: antipsychotika 2. generace, stabilizátory nálady, ECT výjimečně
- psychoterapeutická: individuální / skupinová

SEBEVRAŽDA

= vědomé a úmyslné ukončení života

- **Sebezabití** – chybí vědomý úmysl jedince dobrovolně umřít, zabije se sám, ale nechtěně (srazí ho auto)
- **Sebeobětování:** vyšší cíl, chce někoho zachránit nebo mu pomoci
- **Sebevražedný pokus** (tentament suicidii): nepovedená sebevražda, někdy může být jen demonstrativní (volání o pomoc)
- **Bilanční:** po racionálním zvážení
- **Patická:** v důsledku duševní poruchy

Rizikové faktory: psychiatrické onemocnění, sebevražedný pokus v minulosti, či v okruhu známých, osamocení a ztráta sociálních vazeb, stavy nejistoty a ohrožení životního běhu člověka (př. nezaměstnanost, nevyléčitelné onemocnění apod.), dluhy či kriminální tresty, hráčství, drog. Závislosti, varovné signály: rozdávání majetku, negativní poznámky o budoucnosti, poznámky o budoucnosti „beze mne“, zvýšený zájem o smrt a umírání, o to, co bude po smrti, příznaky těžké deprese

Ringelův presuicidální syndrom:

- **Zúžení subjektivního prostoru:** neví kudy kam, pocity odcizení, bezvýchodnosti situace, emoce se ubírají jen směrem zoufalství a nelze je regulovat, ztráta hodnot => IZOLACE
- **Zablokovaná nebo proti sobě zaměřená agrese:** pocit neschopnosti, bezcennosti, hněv => AUTOAKUZACE, AUTOAGRESE
- **Naléhavé sebevražedné fantazie:** přináší úlevu, lákavé, vypadají jako jediná možná cesta => SUI MYŠLENKY, SNY A FANTAZIE

Při podezření na vysoké riziko sebevraždy je možná i nedobrovolná hospitalizace

KRIZOVÁ INTERVENCE

- **navázání kontaktu**
- **zachovat klid** (neprojevat zděšení, nepropadat panice)
- **krátké zhodnocení situace** – pokud vše nasvědčuje sebevražedným úmyslům, nebát se otevřeně zeptat: „To zní jako byste uvažoval o sebevraždě. Je to pravda?“, „Chystáte se spáchat sebevraždu?“ - „Kdy jste se naposled zabýval otázkou své smrti?“ – pokud odpoví že to chtěl udělat před lety, je dobré zjistit, proč to tehdy neudělal („Co vás od sebevr. odradilo?“) - pokud klient připustí aktuální sebevražedné úmysly, je vhodné, aby o svých záměrech a pocitech řekl něco více: „Jak to chcete udělat?“ „Už jste v tomto ohledu něco podnikl?“ „Kdy to chcete udělat?“
- **zhodnocení ohrožení a okamžitá redukce nebezpečí** (přimět aby odložil zbraň, vysypal zbytek léků do WC, přivodil si zvracení apod.)
- **odpustit si hlubokou analýzu příčin** – neptat se „proč vlastně?“ apod., spíše se **zaměřit na aktuální podněty** „Co se stalo v tento den, v posledních hodinách? Co bylo tou poslední kapkou?“
- NE – neobviňovat, neodsuzovat, nebagatelizovat, nemoralizovat, nehádat se s klientem
- **vyjádřit opravdový zájem o klienta**
- **identifikovat záchytný bod** – co je pro klienta stále důležité (rodina, zvířecí mazlíček, práce...?)
- **určit motivující faktor** – čeho chce svým jednáním dosáhnout, je to impulzivní/plánovité, co chce změnit
- **nabídnout jinou alternativu**- otevřeně hovořit o tom, že sebevražda je pouze jedna z možností, ale nezvratná
- **nabídnout specifický plán a možnost pomoci**
- nepřemlouvat, aby nespáchal sebevraždu- dát najevo, že stojíme na straně života, ale nechat mu otevřenou možnost volby
- **uzavřít kontrakt o nespáchání sebevraždy** – smlouvu o přežití, což umožní získání času a prostoru pro vhodnou terapii, vhodná pro klienty, kteří jsou schopni jednat rozumně (ne pro psychotiky, závislé, lidé hrající roli „rebelujícího dítěte“ apod.) - rozhodující: „Jak dlouho jste si jist, že nespácháte sebevraždu, ať se stane cokoliv?“

Dělení sebepoškozování:

- Komunikativní, Návykové a nakažlivé, Kulturní, Faktitivní

9. Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem, somatoformní poruchy. Rozdělení, historické koncepce pojmu neuróza. Diferenciální diagnostika, vývojové aspekty, terapie.

HISTORIE POJMU NEURÓZA

- **1789:** poprvé použil pojem **neuróza** skotský lékař **William Cullen** – definuje jako psychickou a tělesnou slabost
- **1829:** Beard – pojem **neurastenie** – nervová slabost, v 19. století byla používána tato diagnóza pro popis vyčerpání CNS u pracovníků pracujících „mozkem“ (brain fog)
- **1871:** DaCosta – „**dráždivé srdce**“ – symptomy podobné onemocnění srdce, chybí však zjevné fyziologické symptomy, DaCosta zkoumal mezi vojáky během Americké občanské války

Psychoanalytická teorie

- Neurotický člověk prožívá **nevědomý konflikt** (ten může vyústit až v nemoc), hlavním symptomem neurózy je úzkost (důsledek nahromaděné libidinózní energie v těle a řešení v sexuálním styku)
- v dalším období uváděl jako zdroj úzkosti konflikt mezi pudovými pohnutkami a společenskými normami => ochrana obranné mechanismy
- Freud rozlišoval **automatickou** (primární) a **signální** (vázanou) úzkost – automatická vždy, když je jedinec zaplaven přívalem podnětů, především emocí

Teorie Junga

- neurózu nelze jednoduše izolovat, protože neuróza je chorobně narušená psýché, **nesoulad mezi vědomým postojem a nevědomou tendencí** -> tuto disociaci je nutné překonat asimilací obsahů nevědomí

Teorie Horneyové - kniha „*Neuróza a lidský růst*“

- neuróza = protiklad lidského růstu, dítě se rodí do světa s **bazální úzkostí** – ovlivněno neurózami zatíženými dospělými
- úlohu v rozvoji neurózy hraje kultura
- **3 neurotické postoje:** 1) pohyb směrem k lidem 2) proti lidem 3) směrem od lidí

Úzkost a strach – běžné emoce

- **Úzkost** je nepříjemný emoční stav, jehož příčinu nelze přesněji definovat. Je často doprovázena vegetativními příznaky, které mohou vést po delší době k únavě nebo vyčerpání.
 - o **Spontánní úzkost** – rozvíjí se nečekaně; při velké intenzitě spontánní panika
 - o **Situační nebo fobická úzkost** – vyskytuje se za určitých okolností a je možné její vznik předvídat; při velké intenzitě situační nebo fobická panika
 - o **Anticipační úzkost** nebo anticipační panika – rozvíjí se při pouhé myšlence na určitou situaci
- **Strach** jako emoční a fyziologickou odpověď na rozpoznatelné nebezpečí a trvá pouze po dobu jeho existence

F40 Fobické úzkostné poruchy

F40.0 Agorafobie

- abnormní obavy nejen z velkých, ale i uzavřených prostor (dříve klaustrofobie)
- Snaha vyhnout se specifickým místům a situacím = **vyhýbavé chování**
- **Psychické příznaky:** úzkost, nedefinovatelný strach, strach opustit domov, z jízdy dopravním prostředkem, z omdlení, ze smrti
- **Tělesné příznaky:** zrudnutí, nucení na stolici či na moč, pocit na zvracení, třes
- **Vegetativní příznaky:** bušení srdce, zvýšený pulz, pocení, chvění, třes, sucho v ústech
- **Farmakologická:** tricyklická antidepresiva, SSRI, IMAO, RIMA, anxiolytika (pozor na toleranci a závislost)
- **Psychoterapeutická:** KBT a další, důležitá postupná expozice, expozice in vivo

- **DD:** specifické situační fobie, separačně úzkostná porucha, sociální fobie, Akutní reakce na stres, PTSD, Velká depresivní porucha, jiná somatická onemocnění (přítomné u Parkinsona, srdečních poruch, ...)

F40.1 Sociální fobie

- strach z kontaktu s jinými lidmi, ze zesměšnění, z kritiky, odmítnutí, **vyhýbavé chování** (situacím, kde jsou středem pozornosti, hrozí kontakt s opačným pohlavím, jídlo na veřejnosti) => narušení běžných společenských aktivit
- **Tělesné příznaky** úzkosti: zrudnutí, nucení na stolicí či na moč, pocit na zvracení, třes,
- **Vegetativní příznaky:** bušení srdce, zvýšený pulz, pocení, chvění, třes, sucho v ústech
- **Léčba psychoterapeutická:** kognitivně-behaviorální terapie (KBT) a další
- **Léčba farmakologická:** IMAO, RIMA, SSRI, benzodiazepiny, b-blokátory
- **DD:** normální plachost, agorafobie, panická ataka, generalizovaná u. p., separační porucha, specifická fobie, dysmorfofobie, porucha s bludy, poruchy osobnosti (trochu jiné poselství => svět je nebezpečný), schizofrenie, PPP

F40.2 Specifické (izolované) fobie

- ohraňované obavy ze specifických objektů, situací nebo činností
- 1. strach ze zvířat
- 2. situační fobie
- 3. fobie z poranění
- **Léčba psychoterapeutická:** kognitivně-behaviorální terapie (KBT), paradoxní intence (logoterapie)

F41 Jiné úzkostné poruchy

F41.0 Panická porucha (epizodická paroxysmální úzkost)

- náhle vznikající a nepředvídatelné, periodicky se opakující záchvaty masivní úzkosti, které nejsou omezeny na žádnou specifickou situaci nebo souhrn
- Trvání ataky: obvykle 5-20 min. (i déle)
- **Psychické příznaky:** úzkost, nedefinovatelný strach, strach z omdlení, ze smrti, z náhlého propuknutí nemoci (infarktu), ze ztráty kontroly nad sebou, pocity neskutečnosti okolního světa nebo svého těla
- **Tělesné příznaky:** Bušení srdce, bolesti na hrudi, pocity dušnosti => rychlé povrchní dýchání, nadměrné pocení, polévání horka a chladu, sucho v ústech, nevolnost, nutkání na stolicí či močení, bolesti břicha, mravenčení prstů/rukou, třes, točení hlavy, pocity na omdlení
- **Léčba psychoterapeutická:** psychodynamické postupy, kognitivně-behaviorální terapie (KBT)
- **Léčba farmakologická:** anxiolytika (tolerance a závislost na nich), antidepresiva (vhodnější pro dlouhodobou léčbu) – TCA, RIMA, SSRI – obv. nižší dávky
- Etiopatogeneze: Strach z opuštění a strach z připoutanosti k druhé osobě, **Psychoanalýza** (spojeno se úplnou/relativní ztrátou rodiče v dětství), K-B (jedinec si vysvětluje tělesné pocity jako signály katastrofy)
- **DD:** somatické onemocnění, úzkost vyvolaná léky (např stimulancia, příliš mnoho kávy)

F41.1 Generalizovaná úzkostná porucha

- zahrnuje výraznou a chronickou úzkostnou symptomatologii, trvající alespoň 6 měsíců, při nepřítomnosti panických atak, 5-9% populace (ženy 2krát častěji)
- Vysoká komorbidita s jinými duševními poruchami (deprese, jiné úzkostné poruchy)
- **Léčba farmakologická:** anxiolytika (tolerance a závislost na nich), buspiron (parciální agonista 5-HT receptorů), antidepresiva (TCA, IMAO, RIMA, SSRI) antihistaminika
- **Léčba psychoterapeutická:** psychodynamické postupy, KBT

	PANICKÁ PORUCHA	GAD
ETIOPATOGENEZE	Větší genetická zátěž	Výraznější psychosoc. vlivy
POČÁTEK ONEMOCNĚNÍ	Konec 3. decenia	Začátek 3. decenia
SYMPTOMATIKA	Vegetativní hyperaktivita	Vzrušivost, zvýšená bdělost
KOG. CHARAKTERISTIKA	Katastrofická interpretace těl. prožitků	Nadměrné starosti o běžné životní události

SOMATICKÁ KOMORBIDITA	Hypertenze	Hypotyreosa
----------------------------------	------------	-------------

F41.2 Smíšená úzkostně depresivní porucha

- **Úzkostná porucha:** anticipační úzkost, fobie, vyhýbavé chování, obavy a starosti, neklid, psychická tenze, tělesné napětí, tenzní bolesti, fyziologický arousal
- **Depresivní porucha:** ztráta zájmu, apatie, zpomalenost, bezmocnost, ranní pesima, dyskoncentrace, sebeponižování, sebevýčitky, abulie, anhedonie
- **Společné:** tenze, únava, dysforie, podrážděnost, citlivost na kritiku
- **DD:** organická, návykové látky, somatické onemocnění, vyvolané léky, OCD, PTSD, poruchy přizpůsobení, depresivní porucha, Bipolární porucha, psychotické poruchy

Etiologie úzkostných poruch

- **Etiopatogeneze úzkostných poruch:** komplex faktorů biologických, psychosociálních a behaviorálně podmíněných
- **Psychoanalytická teorie:** příčiny poruch v dětství (potlačení sexuálního a agresivního pudu)
- **Attachment model:** zdůrazňuje význam potřeby po pevné vazbě s blízkou osobou
- **Behaviorální teorie:** úzkost je podmíněnou reakcí na některé zevní stimuly
- **Kognitivní teorie:** příčinou úzkosti je katastrofická interpretace myšlenek nebo běžných tělesných vjemů
- **Existenciální teorie:** úzkost a strach jsou reakcí na uvědomění si dočasnosti své existence a smrtelnosti
- **Biologické teorie:** s rozvojem strachu a úzkosti souvisí řada somatických faktor (genetický základ, masivní hyperaktivita β -adrenergního systému, zvýšená aktivita locus coeruleus, GABA-benzodiazepinová hypotéza (hyposenzitivita tlumivých GABA receptorů))

F42 Obsedantně-kompulzivní porucha

F42.0 Převážně obsedantní myšlenky nebo ruminace

F42.1 Převážně nutkavé akty (kompulzivní rituály)

F42.2 Smíšené obsedantní myšlení a jednání

- **Obsese** = vtíravé myšlenky nebo představy, které jedinec pocítuje jako cizí, neodpovídající jeho skutečným zájmům a přáním: strach z nákazy, strach, že něco důležitého nebylo uděláno, impulsy k násilnému a agresivnímu chování, starosti o ztrátu něčeho důležitého, nepohoda způsobená asymetrií nebo nepořádkem
- **Kompulze** = nutkavé jednání, Skrytý rituál – mentální kompulze
- **Celoživotní prevalence OCD:** 2-3%
- **Komorbidity:** s depresivní poruchou, také se sociální fobií a jinými úzkostnými poruchami
- **Léčba farmakologická:**
 - o antidepresiva ovlivňující serotoninergní systém – SRI, SSRI
 - o kombinace SRI s anxiolytiky nebo neuroleptiky
- **Léčba psychotherapeutická:** Klinické vedení postiženého a jeho rodiny
 - o **KBT postup při OCD:** 1. Orientace a edukace (úleva pochopením problému) 2. Hodnocení (mapujeme symptomy) 3. Kognitivní rekonstrukce (pochopení souvislostí, náhled) 4. Expozice a zábrana rituálům 5. Plánování času (zaplnit čas, který se uvolnil chyběním rituálů) 6. Řešení problémů (aktuální životní problémy, konflikty) --- účinnost KBT u OCD srovnatelná s farmakoterapií!
- **Nejčastější druhy obsesí a kompulzí:**
 - o **Kontaminace:** umývání, čištění, ...
 - o **Katastrofy, zavinění:** kontrolování, modlení se, ujišťování
 - o **Exaktnost, preciznost, symetrie:** opakované činnosti, upravování
 - o **Religiózní:** modlení, zpovídání se
 - o **Obavy ze ztráty či vyhození důležité info:** hromadění, sbírání
 - o **Somatické:** kontrola těla, moči, stolice, teploty
- **Etiologie:** genetické faktory, psychodynamika (regrese z oidipální do anální fáze), mechanismem dvoustupňového zpevnění, z neurotransmiterů má největší vliv serotonin

- **DD:** úzkostné, deprese, PPP (výběrovost v jídle), tiky a stereotypy, anankastismus (OCD egodystonní)

F43 Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení – navazují na stresující zážitek, životní změnu

F43.0 Akutní reakce na stres

- Přechodná, hodiny až dny, příznaky během několika minut po události (max. do 1 hodiny)
- Odpověď na výjimečný fyzický nebo duševní stres (ohrožení bezpečnosti, tělesné integrity)
- Riziko rozvoje větší, pokud přítomno fyzické vyčerpání nebo organické faktory (např. stáří)
- ustrnutí, tunelové vidění, nebo agitace, hyperaktivita, dále vegetativní příznaky úzkosti
- **Léčba:** KKI, první psychická pomoc (5T, bezpečí), případně anxiolytika, hypnotika

F43.1 Posttraumatická stresová porucha (PTSD)

- u disponovaných osob jako opožděná reakce na mimořádně intenzivní stresovou událost
- Jedná se o reakci dlouhodobou – rozvíjí se **do 6 měsíců** od stresující události
- Opakované prožívání katastrofické události; vyhýbání se situacím a místům, ve kterých se zážitek přihodil; pocíťování úzkosti; poruchy spánku a koncentrace, nadměrná ostražitost; sklon k úlekovým, panickým či agresivním reakcím; otupělá afektivita a odcizení lidem
- Celoživotní prevalence: 1-9%, porucha častěji postihuje svobodné, rozvedené, ovdovělé, ekonomicky handicapované a sociálně izolované osoby
- Komorbidita s OCD, agorafobií, panickou poruchou a depresivními stavy
- Typ **intruzivní** (proč já? – pozitivní příznaky) a **avoidantní** (negativní příznaky – potlačování agrese, izolace)
- **Terapie:** specifické postupy v rámci krátké dynamické a kognitivně-behaviorální terapie
- **Léčba:** antidepresiva (TCA, IMAO, RIMA, SSRI), antimanika (Lithium, karbamazepin, valproát), β-blokátory, benzodiazepiny, neuroleptika
- **Etiopatogeneze:** genetika, vyvolává traumatická událost, neurotransmitery: nonadrenalin (reaguje vzrušivostí CNS), endogenní opiátový (negativní symptomatologie), serotoninergní dysfunkce (pozitivní symptomatologie)
- **DD:** porucha přizpůsobení, akutní stresová porucha, disociativní, poruchy osobnosti, odvykací stav, psychotické p., neurokognitivní p., velká deprese, úzkost + OCD, návykové látky

F43.2 Poruchy přizpůsobení

- důsledek životní události, na kterou pacient reaguje nepřiměřenou intenzitou i délkou trvání. Obtíže se projevují přibližně po 1 měsíci a mohou vést až k pracovní neschopnosti.
- Symptomy se mohou různit:
 - o **depresivní** – bývá krátkodobého charakteru (do 1 měsíce) a protahovaná (do 2 let);
 - o **úzkostná** – mísí se úzkostná a depresivní rce, také poruchy jiných emocí (trvá několik měsíců)
 - o **poruchy chování** – doprovázeny agresivitou a asociálním chováním.

F44 Dissociativní (konverzní) poruchy – dříve konverzní hysterie

- jasný časový vztah mezi začátkem příznaků a stresovými událostmi, problémy nebo potřebami
- narušení normální integrující funkce vědomí a k reakcím, jako jsou konverze a disociace
- **Primární zisk** = osvoboduje postiženého od úzkosti => udrží skryté konflikty mimo vědomí
- **Sekundární zisk** = praktické výhody plynoucí z ovlivňování nebo z manipulací jinými lidmi
- **Neurobiologie disociace:**
 - o osa hypofýza-nadledvinky
 - o aktivace opioidních mechanismů
- vazba na posttraumatickou stresovou poruchu
- **Léčba:** systematická psychotherapie, často hypnóza; psychofarmaka jen přídatně

F44.0 Dissociativní amnézie

- Typická funkční porucha paměti, týká se traumatických událostí (pohlavní zneužití, znásilnění, sebevražedný pokus, nehody...)
- na ohraničený časový úsek (minuty až roky), častější u žen, v adolescenci a časně dos.
- amnézie je dost rozsáhlá, učení nových věcí nepostiženo
- i když tam vzpomínky „nejsou“, ovlivňují chování a cítění lidí – odcizení, demoralizace
- většinou spontánní remise (hlavně v bezpečném prostředí), většinou osoby silně hypnabilní

- **lokalizovaná** – určitý časový úsek
- **selektivní** – určité události
- **systematizovaná** – určité informace (např. související s osobou)
- **kontinuální** – od určité doby do přítomnosti
- **generalizovaná** – široká, nemůže si vzpomenout

F44.1 Dissociativní fuga

- Vigilambulantní mráкотný stav, jedinec neočekávaně opustí domov, bezúčelně cestuje, nepamatuje si svou identitu – reakce na silný stres (vzácně – katastrofy, války)
- okolí se může jevit jeho chování jako normální, při cestování zachovává péči o sebe, na několik dní ale může přijmout novou identitu

F44.2 Dissociativní stupor

- útlum psychomotoriky bez somatického vysvětlení po stres. události (rozlišit od stuporu!)

F44.3 Trans a stavy posedlosti

- jako by se postižené osoby zmocnil jiný jedinec, duch, božstvo, „cizí síla“
- v některých kulturách, zejména primitivních, se objevuje častěji – např. rituální obřady
- dif. dg.: schizofrenie, organické duševní poruchy, mánie, intoxikace

F44.4 Dissociativní poruchy motoriky

- ztráta nebo narušení pohybů končetin, ataxie, bizarní chůze, dyskineze, akineze, dysartrie
- častěji u histriónské a hraniční poruchy osobnosti
- blízcí mohou trpět somatickým onemocnění s podobnými příznaky jako má pacient

F44.5 Dissociativní křeče

- pseudozáchvaty, mohou se podobat epileptickým záchvatům, ale zřídka dojde k pokousání jazyka, pohmožděninám v následku pádu, inkontinenci

F44.6 Dissociativní poruchy citlivosti a poruchy senzorické

- zřídka úplná ztráta zraku, spíše rozmazání, tunelové vidění, psychogenní hluchota méně častá

F44.7 Smíšené dissociativní poruchy

F44.8 Jiné dissociativní poruchy

- **Ganserův syndrom** – pseudodemence, přibližné odpovědi ($1 + 1 = 3$)
- **Mnohočetná porucha osobnosti** – v jedinci jakoby existovaly dvě nebo více samostatných osobností, každá osobnost kompletní s vlastními vzpomínkami, chováním a preferencemi. Změny mezi nimi často vázané na stresující události nebo při terapii (relaxace, hypnóza, odreagování). Anamnéza: zneužívání v dětství, chronický průběh. Často doprovázena fugou.

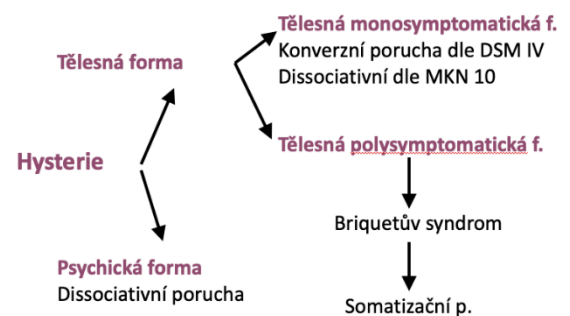
Etiopatogeneze – raná traumatizace (Sexuální, tělesně zneužívání v dětství, Dlouhodobé emoční odmítání od rodičů, opuštění rodiči, tělesné napadení, rodinné klima vzbuzující vztek, ale i potlačující možnost projevení)

F45 Somatoformní poruchy

- **opakovaná stížnost na tělesné symptomy** spolu s trvalým vyžadováním lékařského vyšetřování i přes opakované negativní nálezy
- Pokud existuje nějaká tělesná nemoc, pak nevysvětluje rozsah a podstatu potíží

F45.1 Somatizační porucha

- Mnohočetné recidivující a často se měnící tělesné symptomy **alespoň 2 roky trvající**
- Většina dlouhou komplikovanou anamnézu kontaktu s obvodními lékaři i specialisty.
- jakékoli části těla nebo systému => Průběh chronický a kolísavý a je často spojen s narušením sociálních rodinných a interpersonálních vztahů.
- **Psychoterapie**: podpůrná, behaviorální, dynamická, individuální i skupinová: akceptace souvislosti psychiky a příznaků, naučit se mírnit příznaky, naučit se vyjadřovat své emoce, řešit životní problémy adaptivně, spojovat zhoršení příznaků s aktuálním stresem
- **Farmakoterapie**: neexistuje lék, který by prokazatelně kladně ovlivňoval tyto potíže, antidepressiva: TCA (nejlepší efekt u bolestivých příznaků), SSRI (lepší tolerance), SNRI, IMAO, anxiolytika: návykovost, neuroleptika: sulpirid, atypická neuroleptika



F45.1 Nediferencovaná somatoformní porucha

- Somatoformní obtíže mnohočetné, variabilní a přetrvávající, ale úplný a typický klinický obraz somatizační poruchy ještě není vytvořen, trvá méně než 2 roky

F45.2 Hypochondrická porucha

- Přetrvávající zabývání se myšlenkami, že pacient má jednu nebo více závažných a progresivních somatických nemocí => trvalé somatické potíže (alespoň **půl roku**)
- Normální nebo běžné pocity a jevy často pacienti interpretují jako abnormální a zneklidňující.

F45.3 Somatoformní vegetativní dysfunkce

- Symptomy prezentovány jako by byly způsobeny tělesnou nemocí s vegetativní inervací, tj. kardiovaskulární, gastrointestinální, dýchací a urogenitální systém.
- 1. skupina příznaků: založeny na **objektivních známkách vegetativního podráždění** (palpitace, pocení, červenání, třes a strach a obavy z možnosti somatické choroby)
- 2. skupina: **subjektivní stesky nespecifického typu** (prchavé bolesti, pocity pálení, tíže, napětí a pocity naplnění nebo roztažení)

F45.4 Perzistující somatoformní bolestivá porucha

- **Přetrvávající, těžká a zneklidňující bolest**, která nemůže být plně vysvětlena fyziologickým procesem nebo somatickou poruchou a objevuje v souvislosti s citovým konfliktem

F45.8 Jiné somatoformní poruchy

F48 Jiné neurotické poruchy

F48.0 Neurastenie

- **1. typ:** časté stížnosti na velkou únavu po duševním vypětí. Popisováno jako nepříjemné dotírání asociací nebo vzpomínek odvádějící pozornost, potíže se soustředění, nevykonnost myšlení
- **2. typ:** důraz na tělesné pocity a fyzickou slabost a vyčerpání po minimální tělesné námaze, doprovod svalové bolesti a neschopnost relaxovat.

F48.1 Depersonalizační a derealizační syndrom

- Depersonalice autopsychická a somatopsychická
- Derealizace (allopsychická depersonalizace)
- Často součástí před EPI, sch, OCD, ale i organických poruch např. RS

Etiopatogeneze: Teorie sociální komunikace (využití příznaků k manipulaci a kontrole vztahů + alexithymie, neschopnost jiné adaptace), **Psychodynamický přístup** (traumatizace v dětství - sexuální či agrese, chronický traumatický průběh života, vývojová nedostatečnost), **Behaviorální pohled** (učení se od rodičů, v rodině)

Diagnostika

Dotazníky a sebeposuzovací škály anxiety: MMPI, 16 PF, EOD, DOPEN

Jednodimenzionální dotazníky: Taylorové Manifest Anxiety Scale (MAS), který vznikl jako derivát z MMPI. Eysenckův Maudsley Medical Questionnaire (MMQ), Anxiety Scale (IPAT), State Trait Anxiety Inventory (STAI), Škála klasické sociálně situační anxiety a trémy (KSAT), Dotazník neuroticismu (N-5), Self-Rating Anxiety Scale (SAS), De Bonis Anxiete Traite-Eat inventory (BATE), Lebowitz Social Anxiety Scale (LSAS). Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS).

Projektivní : ROR, TAT

ROR: Znaky dle Wagnera

- Odraz mnohočetné poruchy osobnosti v ROR
- Tito jsou charakterističtí protichůdnými tendencemi v prožívání, chování a potřebách
- Zjistili: zvýšený počet pohybových odpovědí (nad 6). Popisy představ rolí jedince, a dále pohyby s projekcí úzkosti
- Různorodost barvových odpovědí (pozitivní vs. negativní odpovědi např. růžový motýl vs. Krev), představuje konfliktní emoční prožívání a tendenci ke štěpení
- 1. Velký počet pohybových determinant M, FM, m (aspoň 6)
- 2. Nejméně 2 kvalitativně různorodé lidské pohybové vjemy
- 3. Projekce útlaku do aspoň jedné pohybové odpovědi ve formě vjemu zahrnujícího útok, nátlak nebo destrukci (např. žralok útočí na malé ryby)
- 4. Aspoň 3 chromatické determinanty, přičemž CF+ C > FC

Aspoň jeden pozitivní (*např. květ*) a aspoň jeden negativní chromatický vjem (*např. krev*)

10. Poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, bulimie, nechutenství, další typy poruch příjmu potravy, dělení, etiopatogeneze, vývojové aspekty, terapie.

MKN-10 patří pod BEHAVIORÁLNÍ SYNDROMY SPOJENÉ S FYZIOLOGICKÝMI PORUCHAMI A SOMATICKÝMI FAKTORY (F50 - F59) = poruchy příjmu potravy (F50)

F50 poruchy příjmu jídla

- Mentální anorexie (F50.0), Mentální bulimie (F50.2)
- Přejídání/Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami (F50.4), (F50.5)

= poruchy tělesného schématu, v poslední době nárůst výskytu, spektrum poruch psychogenně navozeného maladaptivního jídelního chování (většinou se jedná buď o odpírání si jídla, nebo přejídání se) => v důsledku abnormálního vzoru příjmu potravy je poškozeno fyzické zdraví a emoční pohoda

- příjem jídla nezbytný – tělesný i psychosociální (odměna a trest, společenské chování, kult štíhlosti, ...) význam

příčiny: vycházejí z bio-psycho-sociálně spirituálního spektra

- bio, genetické: založena na rysech osobnosti. U MA se jedná o úzkostné, obsedantní, perfekcionista a vyhýbavé nebo hraniční rysy. U MB je častá emoční labilita a impulzivita, případně histriónské rysy. Při vzniku mentální anorexie tvoří genetický podíl 50-90%, u mentální bulimie 35-83%.
 - o Podstatnou roli hrají také biologické změny v pubertě a adolescenci:
 - o **Fáze prepuberty** (11-13 u dívek, později u chlapců) – první projevy sekundárních pohlavních znaků, růstová vlna, u dívek menarché.
 - o **Fáze puberty** (cca do 15 let) – změny CNS
 - o **Adolescence** (15-20/22 let) – psychická stabilizace, terciální pohlavní znaky
- Psychologické: vývojová krize, bránění se dospělosti, nedostatek podpory v dětství, napětí v rodině, ideály výkonnosti, rodinná terapie: volání o pomoc (konfliktní rodina), KBT: naučené chování udržované pozitivním oceňováním, ideál štíhlosti
- Sociokulturní: zvýšená pozornost štíhlosti a tělesným proporcím obecně ve společnosti, spojováno s lepším profesionálním uplatněním a osobní pohodou, vliv sociálních sítí
- Psychosomatika: primárně kortikální dysfunkce (kortikálně-limbické okruhy zodpovědné za jídelní chování), snaha kontrolovat stres vede ke zvýšené pozornosti na tělesné schéma

MENTÁLNÍ ANOREXIE (F50.0)

- začátek nejčastěji v pubertě, častější u dívek než u chlapců (ale u chlapců se také objevuje)
- cíl: úmyslné snižování váhy a udržování výrazné podváhy (o více než 15 % oproti normálu)
- **BMI** (poměr váhy v kg a čtverce výšky v m²): $\leq 17,5$
- prostředky: extrémní omezení příjmu potravy, navozování zvracení, užívání projímadel a léků, zvýšení fyzické aktivity
- duševní příznaky: strach z tloušťky, zkreslené vnímání vlastního těla (chybí náhled), vtíravé myšlenky na vlastní váhu, zájmy se omezují na oblast jídla a kalorií, psychické změny a izolace od druhých, typické tajení a skrývání poruchy
- Abnormální stravovací návyky často přetrvávají i přes normalizaci hmotnosti a menstruačních funkcí. Porucha, u které dochází k nejrozsáhlejšímu somatickému poškození
- důsledky: mění nekvalita vlasů, kůže, poškození vnitřních orgánů, může dojít k rozvratu vnitřního prostředí a orgánovému selhání, u žen amenorea (zastavení menstruace), může dojít až ke smrti (mortalita 15 %) => průběh variabilní, možný přechod do MB
 - o epizoda s úplnou remisí, chronický průběh, opakující se epizody

léčba: někdy nutná až JIP a intravenózní výživa => obtížná spolupráce

typy:

- restriktivní: odpírání jídla
- purgativní: zvracení, laxativa, diuretika

rizikové faktory: Ženské pohlaví, Distribuce tělesného tuku: vyšší riziko u žen s tělesným tukem uloženým nejvíce na bocích a hýždích, Genetické studie v rodinách ukazují na vztah mezi poruchami příjmu potravy a poruchami nálady, Sociální tlak na udržení štíhlosti, Napjaté rodinné vztahy, hyperprotektivní a dominantní matka, pasivní a emočně vzdálený otec, neurotická, introvertní, úzkostná osobnost, Vnitřní nejistota, extrémní perfekcionismus, zaměření na výkon

Dg kritéria dle MKN-10 (musí být všechny přítomné):

- Tělesná váha je udržována min. 15 % pod předpokládanou váhou. Prepubertální pacienti při růstu nespĺňujú očekávaný váhový prírůstek.
- Pacient cíleně snižuje váhu dietami, zvracením, užíváním diuretik, anorektik, laxativ či excesivním cvičením
- Ke specifické patologii patří strach z tloušťky přetrvávající i při výrazné kachexii, zkreslené vnímání vlastního těla a vtíravé, ovládací myšlenky na udržení nízké váhy.
- Endokrinní porucha hypotalamo-hypofyzární-gonádové osy je u žen vyjádřena amenoreou (může být skryta po užívání HA), u mužů ztráta sexuálního zájmu
- Začátek onemocnění před pubertou vede k opoždění nebo zastavení růstu (růst, vývoj prsů, primární amenorea, dětské genitály u chlapců). K dokončení puberty dochází po uzdravení, i když menarché může být opožděna

Léčba:

- Cílem léčby nejprve fyzická stabilizace a posléze zapojení do psychoterapie
- U nemocných s velmi nízkou hmotností je nutná hospitalizace
- Po realimentaci a zvládnutí rozvratu vnitřního prostředí pracujeme s patologií jezení a zaměřujeme se na prožívání tělesných pocitů

MENTÁLNÍ BULIMIE (F50.2)

- opakující se záchvaty neutišitelného hladu a neodolatelné touze po jídle => nadměrná konzumace jídla, spojené s touhou po kontrole vlastní váhy => vede ke zvracení, fyzickému cvičení, užívání projímadel a léků, nastupuje většinou až v dospělosti
- objevuje se buď samostatně, nebo v návaznosti na mentální anorexii
- Počátek pomalý a nenápadný nejčastěji mezi 16. – 25. rokem, epizody mohou být evokovány stresem, anebo mohou být plánované, rychlý a utajený příjem potravin s vysokou kalorickou hodnotou, mnoho případů klinicky nerozpoznáno (časté je popírání a utajování potíží, odmítání odborné pomoci). Typický je strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti

Průběh: Typicky začíná snahou kontrolu váhy. Následně se rozvine v neustálé se zabývání jídlem, které je doprovázeno silnou a neodolatelnou touhou po jídle. Zároveň pacient prožívá chorobný strach z tloušťky a snaží se tedy příjem kalorické potravy zvrátit vyprovokovaným zvracením, projímadly, diuretiky nebo léky na hubnutí. Tyto epizody přejídání se opakují nejméně 2x týdně po dobu 3 měsíců. U MB je typická dynamika chování: přejídání -> výrazný pocit viny (záchvat je prožíván jako úplná ztráta kontroly) => vyprázdnění (vedoucí k uvolnění tenze). Důsledkem je fluktuace váhy. V případě, že k vyprázdnění dochází zvracením, je častý zánět slinných žláz a kazivost zubů

- epizoda s úplnou remisí, chronický průběh, opakující se epizody
- MB příznivější průběh než MA, většina se uzdraví, mortalita není zvýšená

Typy:

- **Purgativní:** pravidelné zvracení, zneužití laxativ, diuretik => elektrolytická porucha i jiné somatické komplikace
- **Nepurgativní:** držení diet, hladovek, intenzivní cvičení, bez zvracení a purgativních metod

Rizikové faktory: Obezita a držení diet v rodině (hlavně u matky), Nadváha v dětství, Výkonová orientace rodiny (zj. sport), Poznámky rodičů týkající se vzhledu nebo stravování, Zdravotní problémy spojené s nutností dietního opatření, Ženské pohlaví, Pozor také na eventuální komorbiditu PPP s abúzem

Dg. kritéria MKN-10: Charakterizována opakovanými záchvaty přejídání velkým množstvím kalorické stravy, tzv. „binge eating“ a přehnanou patologickou kontrolou tělesné váhy. Obecně začíná

spíše později než MA. Mohou se střídát restriktivní a bulimické subtypy. Pro definitivní diagnózu musí být přítomny všechny níže uvedené symptomy:

1. Neustálé se zabývání jídlem, neodolatelná touha po jídle a záchvaty přejídání s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby
2. Snaha potlačit kalorický účinek jídla jedním z následujících způsobů: vyprovokovaným zvracením, hladovkami, anorektiky, laxativy, diuretiky, u diabetických pacientů pak manipulací inzulinem
3. Specifická psychopatologie spočívá v chorobném strachu z tloušťky ve snaze udržet si nižší než premorbidní váhu (optimální či zdravou)

Atypická MA a MB => pro dg. chybí jeden a více klíčových rysů, klinický obraz mírného stupně

DG:

Kvantitativní diagnostické metody

- EAT – Eating Attitude Scale – dotazník určen pro diagnostiku MA, ale i PPP obecně
- EDI – Eating Disorders Inventory
- EDE – Eating Disorder Examination

Kvalitativní diagnostické metody

- Klinický rozhovor
- Psaní deníku – pacient si každý den zapisuje události, které souvisí s jeho nemocí a kontextem nemoci
- Kresba ostrova rodiny, začarované rodiny, stromu nebo skupiny stromů

DIF.DG:

- Somatické choroby:
 - o Primární porucha horního GIT vedoucí ke zvracení
- Neurologické poruchy:
 - o Klein-Levinův syndrom – nadměrná spavost a přejídání
 - o Prader-Williho syndrom – zvýšená chuť k jídlu, obezita, mentální retardace, hypotomie, hypogenitalismus
 - o Poškození ventromediálního hypotalamu
- Psychické poruchy:
 - o Obsedantní a depresivní poruchy
 - o Mánie
 - o Oligofrenie
- MB x MA = u MB není přítomen závažnější úbytek váhy a amenorea

Komorbidity:

- Závislost na alkoholu (impulzivní chování)
- Hraniční porucha osobnosti

LÉČBA

- U MB mají pacienti zpravidla větší náhled a častěji si přejí se sami uzdravit
- Chybí kachexie, není tedy nutno zvyšování hmotnosti
- Řeší se obvykle ambulantní (KBT a psychofarmaka: antidepresiva, které mají antibulimický účinek, především fluoxetin ze skupiny SSRI)
- Základem léčby je dohoda o postupu, cílech a zdůraznění vlastní zodpovědnosti.
- U PPP je obecně bezprostředním cílem nutriční rehabilitace, navození normálního jídelního režimu a odstranění somatických i psychologických následků malnutrice. Pro zajištění somatického zdraví je vhodné dohodnout odstupňovaný plán s odpovídajícími váhovými hodnotami, nebo určit hraniční hmotnost, pod níž budou zavedena nátlaková opatření. Nutná je spolupráce odborníků: psychiatrů, psychologů, internistů, endokrinologů, gynekologů i stomatologů a specialistů v nutričním poradenství.
- Vzhledem k propojení psychické i somatické problematiky, která je pro PPP typická, jsou kladeny na terapeuta vysoké nároky, a to především z hlediska multidisciplinárních znalostí.

Farmakoterapie: U pacientů s MA, u kterých depresivní stavy přetrvávají i po zvyšování váhy se předepisují antidepresiva, v případě výrazné obsedantní, anxiózní či psychotické symptomatologie se předepisují malé dávky antipsychotik (sulpirid, risperidal, olanzapin), anxiolytika lze selektivně a krátkodobě podávat před jídlem ke zmenšení anticipační úzkosti, u MB ukázaly studie účinnost antidepresiv IMAO i SSRI, které pomáhají redukci bulimické symptomatologie

Psychoterapie: Musí být komplexní, nicméně nejčastěji se primárně řeší vztahové problémy, nízké sebevědomí a nízká frustrační tolerance, univerzální terapeutický program neexistuje, ale zásadní je kvalitní terapeutický vztah pracující s motivací klienta

- v posledních letech se často uplatňuje psychoedukace, KBT s použitím svépomocných manuálů, interpersonální terapie, psychodynamické přístupy (motivační terapie, kognitivně-analytická terapie a terapie skupin tvořených několika rodinami)
- u mladších adolescentů a dětí je důležitá rodinná terapie a poradenství. Uplatňuje se i rodinná léčba zahrnující společný program pro několik rodin postižených pacientů

Prediktory úspěšné léčby: časný začátek PPP, krátké trvání, dobrá adaptace, histriónské rysy

Prediktory komplikující léčbu: dlouhé trvání, nízká hmotnost, narušené vztahy s rodinou, předcházející léčba, nedostatek pozitivního programu (invalidní důchod), nízký intelekt, deprese, manželství (vdané pacientky jsou více rezistentní), zvracení, příslušnost k nízké společenské třídě

PŘEJÍDÁNÍ SPOJENÉ S JINÝMI PSYCHICKÝMI PORUCHAMI (F50.4)

- často vede k následnému zvyšování hmotnosti a k obezitě, diagnostická kritéria jsou široká
- spojené s řadou psychických poruch – reakce na stres, poruchy přizpůsobení, úzkostně-depresivní symptomatiky, ... Přejídání vede k nárůstu váhy a poruchám jídelního chování, v důsledku toho pak může dojít ke sníženému sebehodnocení, poruchám nálady, úzkostným stavům, nejistotám v osobních vztazích, sociální izolaci, somatoformním poruchám

ZVRACENÍ SPOJENÉ S JINÝMI PSYCHICKÝMI PORUCHAMI (F50.5)

- diagnostická kritéria jsou široká, spojené s řadou psychických poruch – reakce na stres, poruchy přizpůsobení, úzkostně-depresivní symptomatiky, ...
- hypochondrická porucha (zvracení jedním ze symptomů), emoční poruchy (nauzea)

JINÉ PPP (F50.8)

- **PIKA** = požívání nestravitelných předmětů, látek, které nejsou určeny k jídlu
- **PSYCHOGENNÍ ZTRÁTA CHUTI K JÍDLU**

NESPECIFICKÉ PPP

- **Ortorexie** = nový fenomén, posedlost zdravou stravou = zdravá strava je náplní života (není to samostatná diagnostická jednotka), rodiče často přenášejí na děti => strava nebývá vyvážená
- **Bigorexie** = svalová dysmorfická porucha, dysmorfofobie, Adonisův komplex, obrácená anorexie) – pocit nedostatečné svalové vyvinutosti, potřeba být větší, silnější. Tráví přehnané množství času v posilovnách, užívají doplňky stravy až anabolické steroidy, konzumují nadměrné množství stravy za účelem nabrání svalů
- **Drunkorexie**: cílem redukovat stravu (snížit počet kalorií), aby si člověk mohl dovolit konzumovat více alkoholických nápojů (zejména tvrdých)

Prostá obezita = obezita – patologické zmnožení tukové tkáně v organismu

- typické pro západní vyspělý svět (týká se i zvířat chovaných člověkem)
- mezi PPP neřadíme, přestože může vést k poruchám sebehodnocení, nálady a sociální izolaci
- Léčba: nutné omezení množství stravy, ale i zvýšení fyzické aktivity, aby nedocházelo k úbytku svalů, psychoterapie: hledání náhradního uspokojení (dopaminový systém)

PPP u obézních osob:

- **Záchvatovité přejídání (Binge Eating Disorder, BED)** - konzumace většího množství jídla, než je obvyklé, a to v krátkém časovém období (méně než 2 hodiny), pocit nepříjemné plnosti, rychlá konzumace jídla, velké množství bez pocitu hladu, spojeno s pocity úzkosti, po

přejezení následuje pocit viny, deprese, znechucení sám sebou. Alespoň 2x týdně. Není spojeno s kompenzatorním chováním jako u jiných PPP

- **Noční přejídání (Night Eating Syndrome, NES)** - večerní jezení (aspoň 25 % denního příjmu kalorií je konzumováno po večeři), a/nebo probuzení spojené s příjmem potravy aspoň třikrát týdně
- **Kontinuální jedení (Grazing)** - kontinuální konzumaci menšího množství potravy bez volní kontroly. Subjektivně negativní vnímání ztráty kontroly nad svým jídelním chováním a nadměrným příjmem potravy.

Podpůrně k dg poruch příjmu potravy

Škála orální závislosti (ROD): teoretické podhoubí

- Orální stádium probíhá v prvních osmnácti měsících života, kdy je středem sexuální touhy oblast úst, rtů a hrdla
- Instinktivními potřebami tohoto období jsou pasivní příjem orálního uspokojení v orálně-inkorporativní vývojové fázi a aktivnější orální uspokojování během **orálně-agresivní fáze**
- K uspokojujícím, malému dítěti velmi příjemným, aktivitám v této oblasti pak náleží sání, žvýkání, kousání nebo dávání předmětů či rukou do úst.
- Projevy **orální inkorporace** (sání, brání věcí do úst) a orální agrese (kousání a přežvýkávání) postulují utváření pozdějších osobnostních vlastností. Orální inkorporace se hypoteticky projeví v dychtivosti po poznání, nenasytosti nebo sběratelství, orální agrese může být identifikována v tendenci k sarkastickým poznámkám, argumentativnosti nebo agresivnosti.
- Projevy orální inkorporace (sání, brání věcí do úst) a orální agrese (kousání a přežvýkávání) postulují utváření pozdějších osobnostních vlastností. Orální inkorporace se hypoteticky projeví v dychtivosti po poznání, nenasytosti nebo sběratelství, orální agrese může být identifikována v tendenci k sarkastickým poznámkám, argumentativnosti nebo agresivnosti
- V orální fázi se děti při dosahování svých potřeb spoléhají na druhé a tyto pocity závislosti na druhých mohou u člověka přetrvávat a objevit se kdykoli ve spojitosti s pocity úzkosti nebo nejistoty
- Dítě má orální sexuální potřeby, které jsou neodkladné a intenzivní a jejichž uspokojení je závislé především na matčině prsu. Pokud je průběh zrání dítěte narušen, může dojít k fixaci v tomto stádiu, jejíž důsledkem je znesnadnění postoupení do dalších vývojových etap a vznik orálního charakteru, který sám o sobě není považován za patologický, ale nezralý

Dva druhy narušení:

- V prvním případě jde o shovívavost, dítě je příliš rozmazlováno, stane se orálním optimistou, plným naděje, společenským, velkorysým, závislým.
- V druhém případě se jedná o deprivaci, kdy potřeby dítěte nejsou uspokojovány (např. je příliš brzy odstaveno), stane se orálním pesimistou, selhávajícím, pasivním, nenávisně agresivním

Škála orální závislosti: Rysy orálního charakteru (TOD)

- Orální charakter, k jehož vzniku může dojít v důsledku fixace v orálním stádiu, se vyznačuje určitými osobnostními rysy, u nichž jsou v psychoanalytické literatuře často zdůrazňovány protiklady
- Freud (1925) např. připisoval orálním osobnostem **bipolární rysy** jako velkorysost/lakotu, spojené s tendencí dávat/brát, mezilidskou nezávislost/závislost, snahu o dosažení blízkosti/distance ve vztahu k druhým nebo aktivitu/pasivitu
- U **Abrahama** (1927) se objevují např. optimismus/pesimismus, naivnost/podezíravost, obdiv/závist, domýšlivost/sebeznevažování, manipulativnost/pasivita
- V momentech ohrožení nebo frustrace tíhnou jedinci fixovaní na orální vývojové stádium k obranným mechanismům popření, projekce a inkorporace
- Z kognitivního pohledu, „popření je zablokování pozornosti vůči ohrožujícím aspektům světa nebo vlastního já, projekce je vnímání vlastních ohrožujících či špatných aspektů v okolí a inkorporace je přijímání představ druhých jako svých vlastních“

- **TOD** je nástroj empiricky odvozený od koncepce orální závislosti v psychoanalýze. Konstrukt je založen na myšlence, že fixace v orálním stádiu se projevuje v dospělosti jako potřeba být opečovávaný nebo excesivně spoléhat na druhé osoby
- Původně ji vyvinuli Masling, Rabie a Blondheim, kteří ji popsali v ROR i v TAT. V **ROR se jedná o 16 kategorií**, v **TAT o 9 kategorií orálních témat**
 - o TAT: zdůraznění orální aktivity (líbání, kouření), zdroje potravy (jídlo), poskytovatelé nebo objekty související s jídlem (zemědělec), pasivní závislost (čeká, až někdo něco), beznaděj/deprese/osamění, víra ve štěstí/magii (duch co ho vyléčí), přítomnost rodičovských figur a pečovatelských, nepřiměřené optimistické zakončení příběhu, prosby o pomoc

11. Sexuální dysfunkce a deviace, poruchy pohlavní identity, preference, diferenciální diagnostika, symptomatologie, terapeutické možnosti, sexuální terapie.

Dle MKN:

F50-F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

F52 Sexuální poruchy, kt. nejsou způsobeny organickou nemocí nebo poruchou

F60–F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých F60-F69

F64 Poruchy pohlavní identity

F65 Poruchy sexuální preference

F66 Psychické a behaviorální poruchy spojené se sexuálním vývojem a orientací

Sexuální funkce = schopnost dosahovat uspokojení přiměřeným způsobem

- **funkce**: reprodukční, rekreační, komunikační funkce sexu.
- Průběh **Sexuálního reakčního cyklu** (individuální, mohou být výkyty) – Master a Johnsonová
- 1) **Touha (apetence)**: charakterizována sexuálními fantaziemi a touhou po sexu
- 2) **Vzrušení**: typické příjemné pocity doprovázené u ženy lubrikací a u muže erekcí
- 3) **Plató**
- 4) **Orgasmus (vyvrcholení)**: orgasmus, spojený u ženy s rytmickými stahy circumvaginální svaloviny, u muže s ejakulací
- 5) **Uvolnění (rezoluční fáze)**: fyziologické funkce se vrací do normálního stavu.
- 6) **Refrakční fáze**: stimulace nevede k nastartování nového cyklu, délka této fáze je individuální a s věkem se prodlužuje

Sexuální dysfunkce: stav, kdy je narušena jedna či více fází sexuálního reakčního cyklu z důvodu anatomických, patofyziologických či psychologických.

- a) Primární – nefunguje od začátku
- b) Sekundární – až po nějaké době
- a) Situační – pouze za určitých podmínek, okolností
- b) Generalizovaná – nezávisle na partnerovi, situaci, okolnostem
- mohou u mužů i žen projevit na **úrovni**:
 - o Apetence: od nadměrného zájmu po chlad a dotykový odpor (averzi) či nechut' k sexu
 - o Vzrušení: u muže se obvykle jako porucha erekce, u ženy jako nedostatečná lubrikace
 - o Orgasmus: u muže jako předčasná, opožděná nebo chybějící ejakulace, u ženy chybějící orgasmus
 - o Uspokojení: člověk může zažít orgasmus, a přesto nemusí cítit uspokojení ze sexuálního styku, může mít problémy se zažíváním důvěrného vztahu s druhým
- **Aspekty sexuality**: Biologický, emoční, vztahový, racionální, spirituální

F52 Sexuální poruchy, které nejsou způsobeny organickou nemocí nebo poruchou

.0 nedostatek nebo ztráta sex. žádostivosti

- frigidita = pohl. chladnost; snížená sex. žádostivost (chybí touha a vzrušivost)
 - o Není vzrušení: lubrikace, nedostavují se příjemné pocity, nevolní se poševní vchod, pohlavní orgány nejsou citlivé, většinou v sobě zahrnuje také anorgasmii (není to ovšem pravidlem)
- asexualita = absence touhy po sex. životě, vztahová/sexuální
- Jde o základní problém, nikoliv sekundární k jiným sex. Poruchám
- původ lze hledat v hlubokých manželských (partnerských) a sexuálních konfliktech. Nutno odlišovat, zda je libido muže slabé primárně či sekundárně (konflikty, zevšednění, únava, stres).

.1 odpor k sexualitě a nedostatek prožitku

- Představa sexuálního aktu produkuje obavy nebo úzkosti, vyhýbá se sex. aktivitě (sexuální averze), nebo sex. odpověď i orgasmus správně pociťovány, ale je nedostatek dostatečného potěšení (nedostatek sex. uspokojení)
- Sexuální averze: odpor se týká soulože a mazlení nebo jakékoli tělesnosti ze strany partnera
 - o **Racionální psychoterapie:** vytvořit si příznivé prostředí pro sexuální aktivitu, vytvořit si kladné zaměření na partnera, vnímat příjemnost tělesného kontaktu, seznámit se o samotě s vlastními pohlavními orgány a vyzkoušet jejich citlivost, zabývat se o samotě více sexuálními představami, požádat partnera o delší předeheru, přizpůsobit svůj typ sexuální reaktivity technice, vyzkoušet různé polohy, být ta aktivní, zvýšit otevřenou komunikaci s partnerem o sexu
 - o **Jiné terapeutické postupy:** Hypnoterapie, dynamická terapie, autogenní trénink, systematická desenzibilizace, trénink svalů pánevního dna, autostimulační trénink, zlepšení kondice partnerského vztahu.

.2 selhání genitální odpovědi

- **U muže: poruchy erekce** (obtíž se vznikem nebo udržením erekce dostatečné pro úspěšnou soulož => nelze uskutečnit nebo je nesnadná)
 - o Primární porucha: trvá od začátku pohlavního života.
 - o Sekundární porucha: pokud se obtíže objeví až po období úspěšného sexuálního života.
 - o Generalizovaná porucha: za všech okolností.
 - o Selektivní porucha: pouze někdy za určitých okolností.
 - o **Psychogenní faktory** – Situační (soulomí, otěhotnění, vyrušení, pohlavní nákaza), Traumatizující (strach, pocity viny, méněcennosti, trapnost), Partnerské problémy, Současná životní situace a poruchy (deprese, přepracování, únava), Osobnost muže (muži bázliví, úzkostní, nejistí, se sklonem k hypochondrii)
 - o **Psychoterapie:** racionální psych., dynamická psych., hypnoterapie, tréninková psych., KBT
 - o **Léčba:** Viagra, podtlakové erektory, cévní operace, penilní endoprotézy (vločka dovnitř do penisu)
- u ženy o suchost vagíny nebo nedostatečnou schopnost lubrikace.
- porucha ženské sex. vzrušivosti, poruchy erekce, psychogenní impotence

.3 poruchy orgasmu

- buď se neobjevuje nebo je opožděn = potlačený / psychogenní / retardovaný (opožděný)
- Anorgasmie: Chybí pocitové vyvrcholení – orgasmus, kombinuje se s frigiditou i poruchou vzrušivosti => Někdy je žena schopna vzrušení, touží po sexu ovšem nedosahuje orgasmu, Nutno rozlišit, zda je anorgasmie vázaná na soulož či masturbaci.
 - o Některé ženy orgasmus nepostrádají X Jiné ženy ano (podrážděnost, bolesti hlavy, napětí, bolesti podbřišku, zlost na partnera...)
 - o Příčina a fixace problému: Pruděrní výchova, sexuální traumata, vynucování sexuality, nepříznivé okolnosti v přítomnosti, vztah k partnerovi, chybí účinná sexuální stimulace

.4 předčasná ejakulace

- neschopnost ovládat dostatečně ejakulaci pro potěšení obou partnerů ze soulože
- **Předčasná ejakulace:** soulož nelze prodloužit déle než 1 minuta (průměrná doba soulože v ČR 15/16 minut), nestačí k uspokojení partnerky, chybí volní kontrola
 - o **Příčiny:** nízká frekvence pohlavního styku, strach a úzkost při styku, návyk na rychlou ejakulaci (situační vlivy, chladná žena => Rychle to mít za sebou), konstituční faktory
 - o **Psychoterapie:** racionální (tlumení vzrušení, přestávky, žena nahoře, častější styk) Funkční trénink (učit se prodlužovat latenci – sám nebo s partnerkou)
 - o Léčba: SSRI, znecitlivující gely
- **Retardovaná:** vznik v pořádku, vzrušení je stabilní, dlouhá latence ejakulace
- **Chybějící:** nedojde k ejakulaci žádným způsobem nebo při masturbaci ano a sexu ne
 - o Situační vlivy: podněty nejsou silné, partnerka působí tlumivě.

- o Někdy dojde k ejakulaci, ale nedojde k orgasmu, existuje i suchý orgasmus nebo retrográdní ejakulace (výron semene do močového měchýře)
- o Psychogenní příčiny: poruchy v partnerském vztahu, ambivalentní vztah, ortodoxní náboženská výchova, strach z otěhotnění, sexuální deviace, homosexualita
- o Terapie: využití všech forem stimulace, hledání primárního problému, trénink s vibrátorem, trénink s partnerkou, vzrušit sexuálními fantaziemi

.5 neorganický vaginismus

- Spasmus (reflexivní křečovitě stažení) svalů pánevního dna obklopující vaginu, který způsobuje uzavření vchodu do vaginy => znemožnění průniku penisu do pochvy, charakter obranného mechanismu, vyvolán očekávaným nebo jen představovaným stykem, apetence, vzrušivost i orgasmus jsou zachovány
- **Příčiny:** vytvoření obranného reflexu, který dále funguje autonomně, nepříjemný zážitek, postoj k partnerovi a sexu, konflikty mezi partnery, lesbická orientace, prudérní výchova.
- **Psychoterapie:** Relaxační techniky, sugesce, hypnóza

.6 neorganická dyspareunie

- koitální dyskomfort, frikční koitální pohyby penisu v pochvě vyvolávají nepříjemné pocity (*dyspareunie*) až bolest (*algopareunie*).
- Dyspareunie (neboli bolest během soulože) se vyskytuje u žen i u mužů. Může být způsobena lokální patologií a pak musí být správně zařazena pod patologický stav. Tato položka je určena pro použití, pouze pokud neexistuje žádná primární neorganická sexuální dysfunkce (např. vaginismus nebo suchost vaginy).
- Uvažuje se o sekundárním zisku, vyhnutí se styku s partnerem.

.7 Nadměrné sexuální nutkání: Nymfomanie (ženy) a Satyriasis (muži)

- **Hypersexualita:** závislost na sexu, nutkavé sexuální chování, impulzivní sexuální chování – nutno rozlišovat a podle toho terapie – hlavně KBT
 - **Závislost na sexu** – nadměrné soustředění na sex, ztráta kontroly, následné pocity studu, sexu obětováno vše ostatní, progresivní problém => **terapie:** překonání osamělosti, alternativní zvládání stresu
 - **Nutkavé sexuální chování:** kompulzivní, potřeba zbavit se stresu, úzkosti, navodit uvolnění => Funguje jen dočasně, pak přesně opačný efekt => bludný kruh => **terapie:** hledá způsoby jak přerušit nutkavé chování
 - **Impulzivní chování:** neschopnosti odolat impulzu, před uskutečněním narůstá napětí, poté uvolnění teze, spojitost s dalšími impulzivními poruchami (kleptomanie, pyromanie) =.
- Terapie:** směřuje k ovládnutí impulzů

Poruchy sexuální apetence:

- **Muži:** nedostatek sexuální touhy, závislost na sexu, nutkavé sexuální chování, impulzivní sexuální chování, poruchy erekce, předčasná/retardovaná/chybějící ejakulace
- **Ženy:** Frigidita, anorgasmie, sexuální averze, vaginismus, dyspareunie

Psych. aspekty sexuálních dysfunkcí

- výkonová motivace, strach z neúspěchu, snížené sebehodnocení, nedostatek informací – strach, idealismus – křesťanství, dysmorfofobie, kreativita, rodina, média
- srovnávání s ostatními (porno – zkreslení představ, primární prevence) => norma znamená pro každého něco jiného – nelze srovnávat (zároveň znát, co je ne-/zákonné)
- **Dál se zajímat o:** životní styl, kvalita partnerského vztahu, porod, manželské problémy, problematická výchova v primární rodině, nemoc, stres, psychiatrická diagnóza a jejich léčba, dřívější zkušenosti, spánek, trauma, nezpracovaná vlastní pohl. identita, nepřiznaná sex. Orientace, nedostatek soukromí, individuální rozdíly, partnerský nesoulad v sex. Životě, ne/plánované těhotenství, obavy z pohlavně přenosných chorob / z těhotenství, nevhodná stimulace, delší sex. abstinence

Vliv somatických onemocnění: kardiovaskulární – krevní řečiště, onkologická onemocnění a jejich léčba, diabetes mellitus, mozková onemocnění a jejich léčba, traumata a zákroky malé pánve-porušení nervů, krev. řečiště

F64 Poruchy pohlavní identity

- **Pohlavní identita:** subjektivně vnímaný pocit sounáležitosti či naopak rozporu s vlastním tělem, s jeho primárními a sekundárními pohlavními znaky i se sociální rolí přisuzovanou danému pohlaví
- **Pohlavní role:** Zevní projevy pohlavní identity
- **Gender:** podmíněný kulturně a sociálně, individuální poměr: maskulinita/feminita, více variant genderu
- **Ontogeneticky:** formuje před 4 rokem věku, později je potvrzována sociálním chováním a vlivy

F64.0 Transsexualita

- Stav jedince, který si přeje žít a být akceptován jako příslušník opačného pohlaví.
- pocit nespokojenosti s anatomickým pohlavím nebo pocit jeho nevhodnosti a přání hormonálního léčení a chirurgického zásahu, aby jeho/její tělo odpovídalo (pokud možno) preferovanému pohlaví.
- alespoň **dva roky** - nesmí být projevem duševní poruchy (zejména schizofrenie) ani nesmí být sdružena s intersexuální, genetickou nebo chromozomální abnormalitou
- Jedinci své tělo prožívají „omylem“ => své pohlaví nechťejí, je jim odporné
- **Psychologická dg:** limity, spíše osobnost, inteligence apod. nutnost anamnestického rozhovoru
 - o Z rozhovoru, dlouhodobě přítomna touha být druhým pohl. a aktivně k němu směřovat
 - o na diagnostickém posudku se podílí psychiatr, sexuolog a psycholog
 - o **Explorační vodítka:** preference hraček, oděvu, odpor k primárním a sekundárním pohlavním znakům, neerotické sny a denní fantazie, zamilovanost a partnerské vztahy, sexuální aktivity, charakteristiky pohlavní role, další oblasti (sociální adaptace, psychické problémy, kognitivní charakteristiky, osobnost, abúzus a somatické problémy pacienta i o charakteristikách týkajících se jeho další prognózy)
- **Léčba/Psychoterapie:** podpůrná – sdílení, pochopení, nepřemlouvání, netlačit ani jedním směrem
 - o biologická a hormonální léčba
 - o Podávání hormonů – nejdříve pro blokaci svého pohlaví a poté pro podporu nového
 - o Chirurgická přeměna pohlaví – odnětí/modelování prsou, pohl. orgánů, penisu
 - o Sterilizace – v některých zemích povinná, pokud nedojde k chirurgické změně pohlaví (pro zabránění situace, že muž je těhotný)
 - o MtF (male to female) / FtM (female to male)
- **Diferenciální diagnostika:** Intersexualita, Homosexualita, Porucha pohlavní identity v dětství, Transvestitismus fetišistický, Transvestitismus dvojí role, Psychotická porucha, Syndrom skopců, Organické mozkové léze

F64.1 Transvestitismus dvojí role (někdy transsexuální transvestitismus)

- Nošení šatů opačného pohlaví pro část vlastní existence bez přání trvalejší změny pohlaví nebo přidruženého chirurgického převodu a bez sexuálního vzrušení provázejícího převlékání.
- Porucha pohlavní identity v dospívání nebo dospělosti nikoliv transsexuálního typu

F64.2 Poruchy pohlavní identity v dětství

- prvně projevuje v raném dětství (a v každém případě před pubertou)
- Projevy: přetrvávající intenzivní nespokojenost s daným pohlavím, současně s přáním být opačným, oblečení a činnosti opačného pohlaví a odmítání vlastního => trvat **alespoň ½ roku**
- pouhé klukovské chování dívek a dívčí chování chlapců není pro tuto diagnózu dostatečné
- Příznaky: hry, verbalizace, hodně dětí opač. pohlaví v okolí, touha vyzkoušet si hry opač. pohlaví
- Sexuální preference se projevuje spíše napodobováním opač. pohlaví než skutečné přitahování
- Tip: dítěti nenutit, zpravidla s nástupem do školy tendence odeznívají a vrací se v cca 10-11 letech (později homosexualita, asi ¼ transsexualita, u spousty samo odezní)
- **Diagnostika.:** pozorování, rozhovor s rodiči

F65 Poruchy sexuální preference = parafilie

- Parafilie=porucha X parafilní chování=narážkovité chování, alespoň ½ roku, častější u mužů
- Projevují se situačně X celoživotně, parafilie v objektu X aktivitě, egodystonní X egosyntonní
- Definice přiměřeného objektu: živý dospělý člověk opačného nebo stejného pohlaví, svolný bez neakceptované či nadměrné agrese
- odlišná struktura sexuální motivace, biologická determinace, celoživotní charakteristika
- Sexuální deviace je typická sexuálními impulzy, fantaziemi a praktikami, které jsou neobvyklé.
- Týkají se nehumánních objektů, utrpení a ponižování nebo zaměření na děti, ...

Parafilie v objektu:

- **Fetišismus**
 - o erotický zájem subjektu je zaměřen pouze na určitý zástupný symbol sexuálního partnera, nebo na některou dílčí vlastnost; jindy je bez vztahu k případnému erotickému objektu
 - o Léčba: psychoterapie, podávání antiandrogenů
 - **Transvestitismus**
 - o Vzrušení je dosahováno převlékáním se do šatů opačného pohlaví a vystupováním v roli opačného pohlaví, pocit příslušnosti k vlastnímu pohlaví je zachován (někdy i k zachování psych. pohody ne sexuálnímu vzrušení)
 - **Pedofilie**
 - o Erotické zaměření na objekty prepubertálního věku bez znaků dospívání (5-12 let)
 - o Preference znaků dětství – tělo i chování => Heterosexuální, homosexuální, bisexuální
 - o Pravý pedofil je proceptivní – sbližující se (Často muži pracující s mládeží) => Dětský svět je jim blízký, rozumí mu
 - o Průkaz: falopletyzmografie (nespolehlivé), léčba: farmakoterapie (tlumení sex. aktivity)
 - o hebefilie – zaměření na dospívající
 - **Jiné parafilie v objektu:** Nekrofilie (mrtvá těla), Zoofilie (zvířata), Pyrofilie (zakládání požárů), Koprofilie (manipulace s výkaly), Myzofilie (nečistoty na těle partnera)
- Parafilie v aktivitě:**
- **Exhibicionismus**
 - o Vzrušení je dosahováno odhalováním genitálu před neznámými ženami či dívkami, spojeno s erekcí a masturbací, často nutkavý charakter, u mužů i žen
 - o Exhibicionismus je trestným činem (pravý exhibicionista je nesmělý, plachý, dobře sociálně adaptovaný a často v iluzi, že se to ženám líbí, ale může být i s agresivitou)
 - o pravidlo FEAR (FUCK EVERYTHING AND RUN)
 - o léčba: psychoterapie; antiandrogeny, antidepressiva, lithium (k útlumu)
 - **Voyerismus**
 - o Vzrušení je dosahováno sledováním intimního počínání nic netušících anonymních jedinců => uspokojení masturbací, často propojené s exhibicionismem a pedofilií
 - o v popředí strach z přímého sexuálního kontaktu, vytlačuje běžnou sexuální aktivitu,
 - o typické pro muže, typický začátek před 15. rokem
 - **Tušerství**
 - o Vzrušení se dosahuje doteky intimních míst anonymních žen => následná masturbace
 - o Často s frotérstvím, mírnější forma sexuální agrese, u žen se nevyskytuje
 - **Frotérismus**
 - o Vzrušení i orgasmu je dosahováno třením se o anonymní ženské objekty v tlačenici
 - o Vysoká nutkavost je zřejmá, možná kombinace s jinými deviacemi, typické pro muže
 - **Patologická sexuální agresivita**
 - o Vzrušení i uspokojení je dosahováno překonáním odporu napadené ženy a minimalizací její kooperace (nebezpečná deviace), vysoký sklon k opakování, typické predátorství => lov obětí, může směřovat ke koitu a nemusí
 - o **Agresivní sadismus:** chtějí objekt svého styku před, během nebo místo styku znehybnit
 - Sexuální vrahové, odřezávání kusy těl (pojídání, masturbace), manipulace, ponižování a působení utrpení oběti
 - o **Sadismus:** vzrušení a uspokojení dosahováno dominancí, totální kontrolou, vzrušení fyzickým nebo duševním utrpením, často výskyt ve konjukci s partnerem
 - o **Masochismus:** Vzrušení a uspokojení je dosahováno skrze prožívanou bolest a ponížení, záměrně se účastní aktivit, kde je mu to umožněno, naprosté odevzdání - rozkoš

F66 Psychické a behaviorální poruchy spojené se sexuálním vývojem a orientací

.0 Porucha sexuálního vyžívání: Nejistota pohlavní totožnosti nebo orientací způsobuje úzkost a depresi (nejčastěji u dospívajících)

.1 Egodystionická sexuální orientace: Pohlavní identita nebo sexuální preference je nepochybná, ale subjekt si přeje, aby byla jiná a může vyhledat léčení, aby došlo ke změně

.2 Porucha sexuálních vztahů: Pohlavní identita nebo sexuální orientace je odpovědná za obtíže ve vytváření nebo udržování vztahů se sexuálním partnerem.

12. Poruchy osobnosti a chování u dospělých, specifické poruchy osobnosti, návykové a impulzivní poruchy, patologické hráčství. Diferenciální diagnostika, terapie.

Struktura osobnosti = struktura a dynamika částí psychiky (př. afektů, self)

- není možné nemít strukturu osobnosti = „**co se děje**“ ve smyslu vnitřních konfliktů, které zrovna řešíme => pouze **patologická forma struktury osobnosti** ukazuje na PO a na obranné mechanismy (zralé x nezralé, primární x sekundární)

Organizace osobnosti = „**jak se to děje**“ ve smyslu, jak moc nás to, co řešíme, rozloží, zahltí, sejme

- psychotická, hraniční, neurotická, normální => v kontextu tedy může být např. schizoidní struktura osobnosti hraničně organizovaná, lze tedy mluvit o struktuře osobnosti na jakémkoliv typu organizace
- **Neurotická až zdravá úroveň organizace osobnosti**: sjednocená identita a stálost objektu, Oidipovská (Freud), iniciativa x vina (Erikson)
- **Hraniční úroveň**: separace individuace, anální (Freud), autonomie x stud (Erikson)
- **Psychotická úroveň**: symbióza, orální (Freud), základní důvěra x nedůvěra (Erikson)

Strukturální diagnóza: kategorické hodnocení organizace => vyšetření tří klíčových funkcí Já

- (1) **formování identity**: organizace a obsahy vnitřního světa, subjektivní pocit soudržnosti já
 - o Konsolidovaná x difuzní
- (2) **obraný**: habituální reakce vyhýbání se úzkosti, spektrum normální až neurotické
 - o Primitivní, coping (flexibilní, adaptivní způsob), rigidní (m.adapt chronická tendence)
- (3) **testování reality**: proces vztahování se k okolnímu světu (rozlišení vnitřní, vnější reality)

Dále sledujeme:

- Kvalitu objektních vztahů: mezilidské vztahy, vnitřní prožitky sebe sama, vzájemná interakce
- Agresivitu: do jaké míry vnitřní život a vnější chování ovládáno agresí
- Morální hodnoty: míra internalizace žebříčku hodnot a zásad, ovlivňujících jeho prožívání, jednání, schopnost cítit vinu

Bellakův přístup: strukturálně dg. metoda, vzniká graf zobrazující, v čem je jedinec adaptivní

PORUCHY OSOBNOSTI

- Mají hlubokou zakořeněnou a neflexibilní povahu, jejich vývoj v dětství či adolescenci
- Maladaptivita se více projevuje v interpersonálním kontextu
- Relativní stabilita v čase, významné poškození adekvátně fungovat
- Prožívané distresy související s osobnostní disharmonií
- Převážně ego-syntonní (vadí jim to, pokud se dekompenzují na základě nějakého stresu)
- Některé rysy jsou vyvinuty více a některé méně a působí potíže dané osobě nebo okolí

Současné teorie PO:

- **Biologické teorie**: Cloningerův model, multidimenzionální neurobehaviorální model, teorie motivačních BIS a BAS systémů, neurobehaviorální model Coccaro a Sievera
- **Kognitivní teorie**: kognitivně-behaviorální teorie PO
- **Psychodynamický model**: poruchy attachmentu (Ainsworth, Bowlby), ego psy. (Kernberg)
- **Bio-psycho-sociální model**

Globální PO = pod působením jiné poruchy (nespecifické), dg jako organické PO

- **Depravace, deteriorace** (demence), **desintegrace** (schí)
- **Regredientní typ**: deprivační, deteriorační, dezintegrační
- Rozpad (neví kdo, kde je), rozštěp (něco ne/funkční), alternace (střídání osobností), transitivity (propůjčení vlastností), rozdělení, transformace, identifikace, apersonalizace (výměna vlastní osobnosti), depersonalizace

Specifické PO = trvalé povahové odchylky od normy (dříve označení psychopatie)

- Příčiny: převažuje genetika nad psychosociálními
- Dg. kritéria: trvalé disharmonické postoje a chování výrazně maladaptivní v soc. situacích

Obecné dg. kritéria:

- **Evidence subjektivní odchylnosti od očekávaného (přijatelného) průměru chování dané společnosti (norma) = odchylka se musí projevat ve více než jedné z oblastí:**
 - (1) Poznávání (vnímání a interpretace) skutečnosti; (2) Emotivita; (3) Ovládání impulsu a uspokojování potřeb; (4) Způsob chování k ostatním (interpersonální sféra)
- Odchylka = výrazná nepřizpůsobivost, maladaptace, dysfunkce v širším okruhu situací
- Odchylka = příčinou osobních potíží, dopad na sociální prostředí a negativní důsledky
- Dlouhotrvající odchylka, začátek v (pozdním) dětství nebo adolescenci
- Odchylka není projevem ani důsledkem jiné duševní poruchy
- vyloučeno organické onemocnění, úraz nebo dysfunkce mozku

MKN-10: poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60-69)

- Specifické PO (F60)
- Smíšené a jiné PO (F61)
- Neorganické přetrvávající změny osobnosti (F62)
- Návykové a impulzivní poruchy (F63)
- Poruchy pohlavní identity (F64)
- Poruchy sexuální preference (F65)
- Psychické a behaviorální p spojené se sexuálním vývojem a orientací (F66)
- Jiné (F68)
- Nespecifikované (F69)

DSM-V, tři shluky:

- **Shluk A = nevyrovnané, excentrické PO**
 - o Paranoidní, schizoidní, schizotypální
- **Shluk B = dramatizující, emočně labilní PO**
 - o Antisociální, hraniční, histriónská, narcistická
- **Shluk C = úzkostlivé, bojácné PO**
 - o Vyhýbavá, závislá, OCD

PO a obranné mechanismy:

- Vyšší stupeň organizace, vyspělejší OM: vyhýbavá, závislá, histriónská, narcistická
- Nižší stupeň org, nezralé primitivní OM: paranoidní, schizoidní, hraniční, antisociální

PRIMÁRNÍ OM:

- Štěpení já (splitting)
- Somatizace
- Odehrávání (nemístná teatrálnost, přehrávání)
- Sexualizace (vykládání sexuálních významů)
- Krajiní stažení se (schizoidní, od lidí)
- Popření
- Všemocná kontrola (př.: proč nezastavíš déšť, když chci jít ven?)
- Krajiní idealizace a znehodnocení
- Projekce, introjekce, projektivní identifikace

SEKUNDÁRNÍ OM:

- Odčinění
- Obrácení proti sobě
- Přesunutí
- Reaktivní výtvar
- Obrácení v opak
- Identifikace
- Sublimace
- Humor
- Vytěsnění
- Regrese
- Izolace afektu
- Intelktualizace
- Racionalizace
- Moralizování
- Oddělování

Vaillant:

- **Psychotické obrany** (úroveň 1): běžně v dětství do 5 let
 - Bludná projekce, psychotické popření
- **Hraniční úroveň:** štěpení, projektivní identifikace, narcistická idealizace, devalvace
- **Nezralá úroveň:** zdravý lidé běžně 3-15 let
 - Projekce, schizoidní fantazie, hypochondrismus, pasivní agrese, agování, disociace
- **Neurotická úroveň:** běžně u lidí 3-90 let
 - Vytěsnění, reaktivní výtvar, izolace afektu, intelektualizacem přesun

- **Zralá úroveň:** běžné u lidí 3-90 let
 - Altruismus, potlačení, humor, sublimace

(F60) SPECIFICKÉ PORUCHY OSOBNOSTI

Dg: objektivní (MMPI, PSSI), projektivní testy (ROR, TAT, Hand-test) + rozhovor, anamnéza, okolí

Léčba: dynamická nebo KBT terapie + farmakoterapie (úzkostné, depresivní a vážné stavy, agresivita)

- **(.0) Paranoidní porucha osobnosti** (též kveluratorní, fanatická):
 - extrémní podezřivost; očekávání nepřátelského chování; povaha málo společenská; vztahovačnost; nadměrná citlivost na nezdary, na domnělé urážky
 - témata: externalizace viny při těžkostech, problémy s autoritami, přeceňování malých událostí, snaha o potvrzení podezření, nižší smysl pro humor, tvorba pseudokomunity
 - dif.dg: podle bizarnosti bludu
 - osobnost: expanzivně a senzitivně paranoidní, fanatická, kverulantská,
- **(.1) Schizoidní porucha osobnosti:**
 - citový chlad, uzavřenost, nedsílnost, neschopnost prožívat radost (anhedonie), oploštělá afektivita, autismus, chybí touha po vztazích, nedostatek zájmů a koníčků
 - témata: preference dělat něco o samotě, uzavírání se, samota
 - dif.dg: schizotypální porucha, asperger
- **(2) Disociální porucha osobnosti:**
 - sklon k protisociálnímu chování (opakovaná trestná činnost), neprožívají pocit viny, neschopnost empatie, slabá kontrola impulzů, vyhýbání se zodpovědnosti, poruchy chování v dětství
 - témata: pohotovost, povrchní emoce, vyžadování trvalé stimulace, přestupky, zneužívání návykových látek, grandiozita
 - dif. dg: histriónská PO, emočně nestabilní
 - osobnost: amorální, antisociální, asociální, psychopatická, sociopatická
- **(.3) Emočně nestabilní porucha osobnosti:**
 - **Hraniční:** emoční nestabilita; nejasné představy o sobě, svých cílech a představách; pocity prázdnoty; intenzivní a nestálé vztahy; „černobílé vidění“; často chaotické dětství, v rodině zanedbávání či zneužívání; časté sui myšlenky; sebepoškozování
 - témata: *chaotické dětství – zanedbávání, zneužívání, impulzivita, sui myšlenky*
 - Dif. dg.: poruchy nálady, poruchy s bludy, histriónská, narcistická
 - **Impulzivní:** emoční nestálost; nedostatečná kontrola impulzivity; tendence jednat neočekávaně a bez zvážení následků; obtíže setrvat u činnosti, která nepřináší okamžitý zisk
 - **Dif.dg.:** narcistická, histriónská
 - **Osobnost:** agresivní, hraniční, výbušná
- **(.4) Histriónská porucha osobnosti** (infantilní, hysterická):
 - teatrální, přehnané vyjadřování emocí; neustálá touha po pozornosti, chvále a uznání; erotizace interpersonálních kontaktů; zaujatost vlastním zevnějškem; zaměření na vlastní potřeby a jejich okamžité uspokojení; rychlé střídání emocí; sklony k vyčítání, obviňování druhých osob a manipulování s nimi; časté střídání partnerů
 - témata: emocionální instabilita, marnivost, sugestibilita, exhibicionismus, sexuální provokování, otevřené spoléhání se na druhé
 - **Dif.dg.:** závislá, hraniční
 - **Osobnost:** hysterická, psychoinfantilní
- **Anankastická porucha osobnosti:**
 - vtíravé pochybování o vlastních schopnostech, nerozhodnost, vnitřní nejistota kompenzace => sklon k perfekcionismu
 - témata: pro stromy nevidí les, absentuje humor a spontaneita, emocionální stáhnutí, fixování na detaily, nepružnost, hromadění věcí, nerozhodnost, neoddych. Aktivita
 - dif.dg: OCD, vyhýbavá
 - osobnost: kompulzivní, obsesivní, kombinace

- **Anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti:**
 - trvalý nedostatek sebedůvěry spojený s nepříjemnými pocity úzkostného napětí a obav
 - témata: pocity defektnosti, nízká tolerance stresu, hypersenzitivita, strach z odmítnutí, přehánění rizik, nadměrné zaobírání se malými selháními
 - dif.dg: sociální fobie, schizoidní nebo závislá PO
- **Závislá porucha osobnosti:**
 - touha být ve společnosti druhých lidí, být v subalterním postavení
 - témata: potřeba pomoci, podřízení se, chtějí rady, pracují pod úroveň schopností
 - dif.dg: anxiózní, depresivní
 - osobnost: astenická, pasivní, sebepoškozující osobnost
- **Jiné specifické poruchy osobnosti:**
 - osobnost nestálá, nezdrženlivá
 - **Osobnost pasivně agresivní**
 - **Osobnost narcistická**
 - nedostatek empatie, vyžadování pozornosti, závistivost, vysoké sebevědomí,
 - témata: blahosklonný postoj, důraz na viditelné přednosti, hypersenzitivita na kritiku, využívání druhých kvůli zisku, mnoho fantazií, ale málo výsledků, pohotové obviňování druhých, nedostatek empatie, zdůrazňování sebe

(F61) Smíšené a jiné poruchy osobnosti

- F61.0 Smíšené poruchy osobnosti, F61.1 Nepříznivé poruchy osobnosti

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

Diagnostika: u jedince se bez předchozí PO vyvinuly povahové změny v důsledku katastrofického prožitku, nadměrného stresu nebo prodělané těžké duševní nemoci

- F62.0 Přetrvávající změny osobnosti po katastrofické zkušenosti
 - vzniká v důsledku extrémní zátěže; zpravidla předchází PTSD
- F62.1 Přetrvávající změna osobnosti po psychiatrickém onemocnění
 - vyvíjí se jako dlouhodobá reakce na prodělané duševní onemocnění
 - vznik nadměrné závislosti na druhých osobách, přesvědčení o stigmatizaci, snížení životní aktivity, pokles zájmů, hypochondrické stesky, sklon k depresivním nebo dysforickým projevům, zhoršení společenského fungování
- F62.8 Jiné, F62.9 Nespecifikované

(F63) NÁVYKOVÉ A IMPULZIVNÍ PORUCHY

Znak: opakované nutkání k určitým činnostem, doprovázeno **vnitřní tenzí a napětím**

- Pokušení k provedení impulzů neodolatelné => neschopnost ovládat impulzy, touhu a napětí
- Pocity vzrušení, uspokojení po vykonání činnosti => **příjemný pocit uvolnění a slasti** (může připomínat sex) => mohou následovat pocity viny a výčitky
- Negativní projevy ovlivňují okolí, vztahy, majetek => zasahují do běžného života
- **Tendence k opakování činností**
- Vlastní čin je **egosyntonní** => vědomé přání (na rozdíl od OCD – kompulze dystonní)

(.0) Patologické hráčství (gambling):

- rozšiřující zaujetí v hazardních hrách, odvykací syndrom, 2-3% dospělé populace
- léčba: psychoterapie, rehabilitačně sociální postupy, SSRI
- časté finanční a časové negativní důsledky

(.1) Patologické zakládání požárů (pyrománie):

- zakládání požárů bez zjevného motivu, aktivní při hašení

(.2) Patologické kradení (kleptománie):

- dvě a více krádeží bez zjevného motivu, které nevedly k zisku ani pro pachatele ani pro jinou osobu => egodystonní (ví, že to není správné, výčitky svědomí)
- léčba: psychologická i biologická (antidepresiva)

(.3) Trichotillománie:

- intenzivní puzení k vytrhávání vlastních vlasů
- léčba: SSRI, lithium, neuroleptika

Jiné: workoholismus, netaholismus, oniomanie,

JINÉ PORUCHY OSOBNOSTI A CHOVÁNÍ DOSPĚLÝCH (F68)

Druhy:

- **ZPRACOVÁNÍ SOMATICKÝCH SYMPTOMŮ Z PSYCHICKÝCH DŮVODŮ (F68.0)**
 - o Případy zhoršování/chronifikace tělesné nemoci, které nelze vysvětlit samotným tělesným onemocněním
 - o Motivy a příčiny pacienta mohou být nevědomé a neuvědomované
 - o „Ukázka existence komplexního přístupu“
- **PŘEDSTÍRANÁ = FAKTITIVNÍ PORUCHA (F68.1)**
 - o **Záměrná produkce nebo předstírání symptomů nebo tělesné/psychické neschopnosti**
 - o **Napodobují příznaky, manipulují s výsledky** (př. přidávají cukr do moči) + **sebepoškozování** (projímadly, způsobují si krvácení nebo další komplikace) => **vědí, že to dělají, ale neví, proč** (nemají z toho vědomý zisk – pouze roli pacienta) => **bez důkazů vnější motivace**, nevědomé motivy => Zjistí se **vědomá vnější motivace** (hospitalizací vyřeší problém s bydlením, dosáhnou na invalidní důchod) => **nelze stanovit tuto poruchu!!!**
 - o Spíše vzácnější a náročné k diagnostice
Alternativní název = MŮNCHHAUSENŮV SYNDROM (syndrom toulavého pacienta)
 - o **MŮNCHHAUSENŮV SYNDROM BY PROXI (v zastoupení)**: rodiče přenáší symptomy na dítě

NESPECIFICKÁ PORUCHA OSOBNOSTI A CHOVÁNÍ U DOSPĚLÝCH (F69): spíše výjimečně, opatrná dg.

13. Mentální retardace v dětském a dospělém věku, diferenciálně diagnostické problémy, prostá intelektová subnorma. Sociální služby pro osoby s mentálním postižením.

Klasifikace dle MKN-10: F70-F79 Mentální retardace

- F70 Lehká mentální retardace
- F71 Střední mentální retardace
- F72 Těžká mentální retardace
- F73 Hluboká mentální retardace
- F78 Jiná mentální retardace
- F79 Neurčená mentální retardace

+ vyznačení rozsahu současných **poruch chování**:

- .0 Žádná nebo minimální porucha chování
- .1 Významná porucha chování, vyžadující pozornost anebo léčbu
- .8 Jiné poruchy chování
- .9 Bez zmínky o poruchách chování

Vymezení

- **stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je** charakterizována narušením dovedností přispívajících k povšechné úrovni inteligence, tj. poznávacích, řečových, pohybových a sociálních schopností
- vrozený nebo vzniká v raném věku => maximálně do stáří 2 let (v MKN-10 hranice až na rok 18 let, avšak v případě vzniku postižení v průběhu předškolního a školního věku možné použít jak diagnózu mentální retardace tak diagnózu demence)
- Pásmo mentální retardace => úrovní inteligenčního kvocientu (IQ<70)
- snížení adaptivním fungování
- NE sociální zanedbanost, nepodnětné výchovné prostředí, nekorigované nebo pozdě podchycené smyslové vady) => pseudooligofrenie (zdánlivá mentální retardace), dříve též sociální debilita
- **Prevalence:** Postihuje asi 1–3% obyvatelstva.
- **Bez nebo současně s jinými somatickými potížemi, 3-4x častější výskyt psychických poruch**

Příčiny – 50-75% případů nevysvětleno

- Vrozené nebo získané.
- Dle vzniku lze příčiny rozdělit na období prenatální, perinatální a postnatální.

Rizikové faktory: MR u rodičů (neschopnost se o děti starat), duševní nemoc rodiče, autoritářská výchova a vysoké nároky, početná rodina (nemají čas), nízké vzdělání v rodině, obtížný temperament

Protektivní faktory: včasné rozpoznání, rodičovské kompetence (realistické cíle, akceptace postižení), dobrý coping rodičů, příznivý temperament, uspokojivé materiální a bytové podmínky, ...

Modely: Biologický (biologická danost), Limitační („co dítě nemůže“), Adaptační (Co, umí, co dokáže – nejvýhodnější pro práci s dítětem)

Dělení MR: eretický typ (agresivní, neklidný), mutistický typ, autistický typ, torpidní typ (netečná, výrazně pomalý, snížená dráždivost), nevyhraněný (střídání vzruchu)

Klinické projevy

- **Smyslová percepce:** Zpomalenost a snížený rozsah zrakové percepce, nediferencovanost počítků a vjemů, inaktivní vnímání, snížená citlivost hmatových vjemů, koordinace pohybu, zkreslení a diferenciací fonémů, nedokonalá percepce času a prostoru
- **Myšlení:** Sugestibilita, nekritičnost, stereotypie (autostimulační automatismy), rigidita, konkrétnost, neschopnost vyšší abstrakce a generalizace, nedůslednost (neschopnost dotahovat věci do konce, nedomyšlení do důsledku), oslabení sluchové a proprioceptivní zpětné aferentace
- **Paměť:** Nekvalitní třídění paměťových stop, zvýšení mechanické selekce, zvýšení eidetismu (zvýšené představy – představení si předmětu se zavřenýma očima), pomalé osvojení, rychlé zapomínání, nepřesná reprodukce, mechanické učení – učí se kvůli potvrzení citového vztahu

- **Řeč:** méně přesná výslovnost, potíže v pochopení, jednoduchost, perseverace, echolálie, častá neverbální komunikace
- **Pozornost:** snížená záměrná pozornost, snadná unavitelnost, snížení distribuce pozornosti, s kvantitou výkonů rostou chyby, kratší doba záměrné pozornosti, potřeba relaxovat
- **Emocionální procesy:** horší autoregulace, nediferencovanost pocitů, minimální rozsah prožitků, inadekvátní city, egocentrické emoce, podléhá afektům, dysforie, emoční labilita
- **Volní procesy:** impulzivnost, úzkostnost a pasivita, dysbulie, abulie, specifické aspirace, role mentálně retardovaného, chování vyhraněné ve směru hyper nebo hypo

Lehká mentální retardace: IQ 50 až 69 (odpovídá mentálnímu věku 9 až 12 let)

- max 2/3 tempo, myšlení: konkrétní operace (Řazení obrázku WICS – jednodušší zvládají)
- Jedinci jsou **vychovatelní a vzdělatelní** (schopni uvažovat jen konkrétně)
- Možnost dosáhnout značné samostatnosti a nezávislosti v sebekvě (jídlo, mytí, oblékání...) i pracovních a domácích dovednostech.
- V předškolním věku jsou děti k nerozeznání od dětí bez poruchy intelektu, bývá však opožděno porozumění řeči, případně problémy se čtením a psaním.
- Schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci a podrobit se klinickému rozhovoru.
- Stav vede u dětí k obtížím při školní výuce => speciálně-pedagogickou podporu.
- Mnoho dospělých je schopno vykonávat samostatně jednoduchou práci (zpravidla málo kvalifikovanou) a úspěšně udržovat sociální vztahy a přispívají k životu společnosti.
- Pro zvýšenou sugestibilitu a sníženou kritičnost => vhodný určitý dohled (riziko zneužití)

Střední mentální retardace: IQ 35 až 49 (odpovídá mentálnímu věku 6 až 9 let)

- Max. 1/2 tempo, názorové/intuitivní myšlení => percepční realita (to co vidí)
- velké rozdíly v osvojitelných dovednostech, schopni zvládnout běžné návyky a jednoduché dovednosti (spíše praktické)
- Jsou **vychovatelní**, ale zvládají jen bazální slovní zásobu, jen základy čtení, psaní a počítání
- Bývají neobratní, nestálí, málo vytrvalí, hůře zvládají impulzivní změny nálady.
- Často se objevují přidružené neurologické potíže.
- Zřetelné vývojové opoždění v dětství, avšak mnozí se dokáží vyvinout k určité hranici nezávislosti a soběstačnosti, dosáhnou přiměřené komunikace a školních dovedností.
- Dospělí potřebují různý stupeň podpory k práci a k činnosti ve společnosti
- Někteří jsou schopni pracovat pod dohledem => jednoduchou manuální práci (chráněné dílny).
- Ekonomická a sociální podpora je u lidí s tímto postižením nezbytná.

Těžká mentální retardace: IQ 20 až 34 (odpovídá mentálnímu věku 3 až 6 let)

- max. 1/3 tempo, práce s představami, základní mentální operace
- Jedinci s tímto postižením jsou **nevzdělatelní a jen minimálně vychovatelní**.
- Schopni naučit se jednoduchým úkonům a základním hygienickým návykům.
- Úroveň verbální komunikace je minimální.
- Často jsou tyto lidé postiženi také poruchami motoriky a jinými tělesnými defekty.
- **Eretická forma** spojena s disruptivním (rušivým) chováním, neklidem a zvýšenou agresivitou. Současně se projevuje citová labilita, impulzivita a hyperaktivita => možné korigovat farmaky.
- **Torpidní forma** je charakteristická nečinností, tupostí, pomalým tempem a nezájmem.
- Stav vyžaduje trvalý dohled a speciální péči, nicméně tyto jedinci mohou žít ve svých rodinách.

Hluboká mentální retardace: IQ pod 20 (odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky)

- max. 1/6 tempo, senzomotorická inteligence (permanence objektu => schová hračku – bude ji hledat?) => ani do symbolického období ani do předpojmového
- Schopnost komunikace je základní, sociální interakce je velmi jednoduchá a neverbální.
- Jedinci s těžkou mentální retardací bývají inkontinentní, vyžadují stálou péči
- Jedinci mají **schopnost porozumět instrukcím**.
- Často jsou přidruženy defekty smyslových orgánů a hybnosti.

- nesamostatnost a potřebu pomoci při pohybování, komunikaci a hygienické péči =stálý dohled.
- Vesměs je nutný pobyt v sociálních zařízeních se zdravotnickou péčí.

Mentální retardace u vybraných onemocnění

- **Downův syndrom** – nejčastější příčina MR
 - o Syndrom způsobený chromozomální aberací – trizomií 21. chromozomu.
 - o znaky – MR svalová hypotonie, vývojové vady orgánů (především srdce), deformita nohou a rukou, skeletální anomálie (např. malý vzrůst), deformace obličeje (mongoloidní postavení očních štěrbin, nízko posazené uši, zvětšený jazyk, vzdálené vnitřní oční koutky, malá ústa se silnými rty, krátký nos s širokým kořenem, malá okrouhlá mozkovna s plochým temenem, krátký široký krk), neplodnost u mužů, snížená plodnost u žen, průměrná doba dožití kolem 40 let.
 - o lze syndrom diagnostikovat již v těhotenství.
- **Syndrom Cri-du-chat** (syndrom kočičího křiku/kočičího mňoukání)
 - o Syndrom způsobený strukturní chromozomální aberací.
 - o Charakteristické znaky – specifický dětský pláč podobný mňoukání kočky (způsobené nedostatečným vyvinutím hrtanu v časném věku), mentální retardace, nízká porodní hmotnost, neprosívání v novorozeneckém věku, mikrocefalie, deformace obličeje (měsícovitý obličej, malá spodní čelist, malformace ušních boltců), vrozené vady vnitřních orgánů (především srdce), normální délka života.
 - o Prenatální diagnostika se provádí u těhotných žen s identifikovaným rizikem.
- **Dětská mozková obrna**
 - o Porucha mozku, která vede k závažnému poškození hybnosti. U většiny dětí se nejedná pouze o poruchu hybnosti, přidružují se i další potíže.
 - o nejčastější příčinou jsou vrozené vývojové vady mozku nebo jeho prenatální, perinatální nebo časně postnatální poškození.
 - o Charakteristické znaky – porucha hybnosti, postižení smyslové (zrak, sluch), mentální retardace, specifické poruchy učení, poruchy pozornosti, poruchy řeči (zejména dysartrie – zhoršená artikulace vlivem orálně motorické poruchy), epilepsie, dále organicky podmíněné behaviorální problémy (impulzivita, dráždivost, hypoaktivita, hyperaktivita, emoční labilita), narušen je rovněž i kognitivní, emoční a sociální vývoj
- **Fetální alkoholový syndrom,**
 - o Příčinou je konzumace etylalkoholu těhotnou ženou. Etylalkohol působí na plod teratogenně a nepříznivě ovlivňuje jeho vývoj.
 - o Charakteristické znaky – mentální retardace, poruchy chování, poruchy pozornosti, trvalé poškození centrální nervové soustavy, poruchy růstu, neprosívání, hypotrofie (nízká porodní váha), mikrocefalie, deformace obličeje (krátký nos s nízkou klenbou, malý obvod hlavy, tenký horní ret, vysoké horní patro, vyhlazené philtrum, zúžené oční štěrby, nízko posazené uši), vrozené orgánové vady (zpravidla srdce)
- **Další: Kretenismus** (v současnosti v ČR NE, nutný přísun jódu v těhotenství), **Syndrom fragilního X, Leucinóza** (nemoc javorového sirupu), **Fenyketonurie, Rettův syndrom**

Diagnostika u dětí

- důležité zachytit individuální neuropsychologický profil (výchozí diskem pro terapii i rehabilitaci)
- Určení celkové úrovně výkonu (IQ) a profilu dílčích schopností je povinnou součástí vyšetření, samo o sobě však není dostačující.
- Vždy je nutné:
 1. Popsat současný behaviorální a funkční stav dítěte s využitím běžných vývojových zkoušek či inteligenčních testů a testů speciálních schopností.
 2. Vypracovat návrh plánu rehabilitace, určit priority a optimální postupy při provádění individuálních stimulačních plánů, vyjádřit se k prognóze
- **Hlavní diagnostické znaky: (Vágnerová)**
 - o Úroveň inteligence

- **Intelligenční kvocient (IQ) nižší než 2 standardní odchylky od průměru (IQ<70). => nelze brát pouze číselnou hodnotu, ale jako orientační => Důležité je pásmo**
- o **Adaptivní schopnosti** (hodnoceno v přirozeném prostředí jedince)
 - **Vážná omezení ve 2 nebo více oblastech adaptivních schopností potřebných v každodenním životě – komunikaci, péče o sebe, rodinný život, sociální schopnosti, volný čas, sebekontrola, vzdělání (čtení, psaní, základy matematiky) a uplatnění v komunitě a práci.**
- o **Doba vzniku: Stav se objevuje v raném dětství (do 2 let)**
- o **Trvalý stav**
- Obtížná dg u dětí s kombinovaným postižením (těžká porucha zraku, porucha hybnosti)
- Z pozorování při hře a anamnézy zvolíme vhodnou diagnostickou metodu a úroveň obtížnosti případně pomocí úvodních úloh ve zvolené vývojové škále
- **Testy zkušebního okruhu**
 - o Vývojové škály – Brazeltonova škála chování novorozence, Škála N. Bayleyové, Mnichovská vývojová diagnostika
 - o Testy inteligence – Stanford-Binetova zkouška, Škála McCarthyové, Wechslerův intelligenční test pro děti předškolního věku, Wechslerův intelligenční test pro děti školního věku, Kohsovy kostky, Ravenovy progresivní matice, Test struktury inteligence, Woodcock-Johnsonův test kognitivních schopností
 - o Test sociální zralosti – Vineladská škála sociální zralosti
 - o A další testy speciálních schopností
- **DD:** Nerozpoznané senzorické defekty, efekty řeči a chronické mozkové syndromy, pervazivní vývojové poruchy, opožďování psychického vývoje z důvodu těžké deprivace (emoční, podnětové, kulturní), děti zneužívané, zanedbávané i týrané (syndrom CAN) => při úpravě podmínek se stav upraví, emoční poruchy (vykazují nižší kognitivní výkon)

Diagnostika dospělých

- vyšetření kognitivních funkcí (intelektových, mnestických, řečových, exekutivních),
- posouzení adaptivního chování
- klinické pozorování míry zvládání běžných sociálně-kulturních nároků.
- Samozřejmostí je podrobná anamnéza zaměřená na biologické a psychosociální faktory a informace o dosavadním vývojovém tempu.
- **Testy zkušebního okruhu:**
 - o Testy inteligence – Kohsovy kostky, Ravenovy progresivní matice, Vídeňský maticový test, Cattellův kulturně nezávislý test, Wechslerův test inteligence pro dospělé, Analytický test inteligence, Test struktury inteligence, Analýza struktury inteligence, Test intelektového potenciálu, Woodcock-Johnsonův test kognitivních schopností
 - o Testy sociálních dovedností – Vinelandská škála sociální zralosti, Günsbergova škála
 - o A další testy speciálních schopností
- **DD u dospělých:** demence, deprese, organické p.,

Prostá intelektová subnorma

- porucha intelektu - nedosahuje stupně mentální retardace (IQ pod jednu směrodatnou odchylkou) => přechod mezi normou a mentální retardací.
- jsou **vzdělavatelni v normálních školách**, mají ale zpravidla špatný prospěch.
- Projevuje se selháváním při plnění náročnějších samostatných úkolů.
- projevy u dětí ve škole – podprůměrné výsledky ve výuce i přes vyvíjené úsilí, špatná výbavnost představ, oslabené abstraktní myšlení, deficit centrální koherence, špatná představivost (plošná, prostorová), často negativní vztah ke škole a k učení, těžkosti v učení, sklon k mechanickému učení a memorování, pomalé chápání, snížená sebedůvěra, rychlejší unavitelnost, sklon k přetížení, intelektuální pasivity => ideálně speciálně pedagogická podpora

Sociální služby pro osoby s mentálním postižením

- **Osobní asistence:** doprovází člověka k lékaři, na úřad, do divadla, tráví čas s klientem v domácnosti, dělají s klienty nácvik samostatnosti v domácnosti.
- **Sociální rehabilitace:** nacvičují s klienty různé dovednosti – samostatné cestování, oblékání, přípravu stravy, hospodaření s penězi
- **Podporované zaměstnání** (pod sociální rehabilitací), pomáhají lidem najít práci na běžném trhu práce, s adaptací na pracovišti a s osvojení nových znalostí a dovedností pro udržení práce
- **Sociálně terapeutické dílny** (pokud nejsou schopni pracovat na běžném trhu),
 - o lidé mohou dělat drobné práce ve svém vlastním tempu a podle svých schopností. Nejčastěji jde o keramické díly, textilní dílny, dřevodílny
- **Chráněné bydlení:** Bydlení v bytě nebo domě v běžné zástavbě od poskytovatele sociální služby + míra opory dle individuálních potřeb
- **Podpora samostatného bydlení:** člověk s postižením žije ve vlastním nebo v pronajatém bytě (větší nezávislost) ale má poskytnutého asistenta
- **Denní stacionář:** pravidelné setkávání lidí s postižením za podpory a vedení asistentů (pestrý program pro rozvoj)
- **Týdenní stacionář:** pobyt v pracovním týdnu, víkendy a svátky člověk tráví u rodiny.
 - o Činnosti obvyklé v denním stacionáři doplněny o rozvoj péče o domácnost, nakupování, přípravu jednoduchých pokrmů, návštěvy kulturních akcí, trávení volného času.
- **Domov pro osoby se zdravotním postižením:** celoroční pobyt s kompletním zabezpečením klientů (ubytování, strava, pomoci při osobní hygieně, praní prádla, ...)
- **Raná péče**
 - o Raná péče je odborná terénní i ambulantní služba pro rodiny dětí do 7 let, jejichž vývoj je ohrožený v důsledku nepříznivého zdravotního stavu, nebo dítěte zdravotním postižením. => Podpora rodiny a vývoje dítěte dle specifických potřeb
 - o K základním činnostem: výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, dále sociálně-terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů.
 - o Na ranou péči navazuje svojí činností Speciálně pedagogická centra (SPC).
- **Odlehčovací služby:** Terénní služba pro lidi, kteří pečují jedince s mentálním postižením.
 - o praktická pomoc v jejich domácnosti, cíl: umožnit pečujícímu nezbytný odpočinek

Psychoterapie mentálně postižených dětí

- dříve předpoklad, že MR kontraindikace pro PST (neschopnost nahlédnu, ...)
- včasná rehabilitace má vliv na kvalitu pozdějšího života (někdy již v novorozeneckém věku)
- především individuální PT a rodinná PT, lze i dobře vedená skupinová (skupina zdravých vrstevníků může zlepšit sebevědomí a fungování ve společnosti)
- **KBT** – techniky nácvikového typu, behaviorální modifikace chování pro osvojení sociálního chování a odnaučení nežádoucích projevů (operantní zpevňování, postupná aproximace, učení podle modelu), nácvik řešení problémů a zvládání stresu.
- Užitečné jsou postupy kognitivní rehabilitace.
- **Herní PT** zaměřená na klienta – důraz na terapeutický vztah, redukce emočních bloků, podpora adaptivního chování, zvládání emocí, snížení úzkosti, zpracování traumat, zlepšení sebepojetí
- **Skupinová PT** – děti se učí sociálním dovednostem, napodobují vyspělejší chování, navzájem se povzbuzují, získávají lepší sebevědomí, skupinová práce zaměřená na ovládání vzteku, metody zaměřené na prožitky, techniky arteterapeutické, muzikoterapeutické, dramatické, i techniky terapie se zvířaty (canisterapie, hipoterapie).
- **Rodinná PT** – péče je náročná, zatížen je celý rodinný systém, každý člen se musí vyrovnat
 - o rovnoprávný člen rodinného systému, účastní se rodinných terapií.
 - o chápání významu MR (změna rigidního chápání MR, nácvik jasné komunikace).
 - o Práce s mentálně postiženým členem (aktivní subjekt rodiny), se systémem rodič-dítě (budování vazby), s manželským systémem (upevňování partnerského vztahu), na zvládání každodenních problémů (konkrétní kroky, hledání systémů pomoci)

- **Interakční terapie** – rodiče se účastní společné hry s dítětem, terapeut pozoruje interakce a ukazuje rodičům úspěšné postupy, možnost videozáznamu, výcvikové programy pro rodiče – informace o možnostech a omezení dítěte => pravdivé, taktní, realisticky nadějně.

Vhodné jsou rodičovské výcvikové skupiny, rodičovské svépomocné skupiny.

14. Poruchy psychického vývoje, vývojové poruchy řeči a jazyka, pervazivní vývojové poruchy. Diagnostika, terapie.

Klasifikace dle MKN-10 = F80-F89 Poruchy psychického vývoje

F80 Specifické poruchy řeči a jazyka

F80.0 Specifická porucha artikulace řeči

F80.1 Expresivní porucha řeči

F80.2 Receptivní porucha řeči

F80.3 Získaná afázie s epilepsií

(Landauův–Kleffnerův syndrom)

F81 Specifické vývojové poruchy školních dovedností

F81.0 Specifická porucha čtení

F81.1 Specifická porucha psaní a výslovnosti

F81.2 Specifická porucha počítání

F81.3 Smíšená porucha školních dovedností

F82 Specifická vývojová porucha motorických funkcí

F83 Smíšené specifické vývojové poruchy

F84 Pervazivní vývojové poruchy

F84.0 Dětský autismus

F84.1 Atypický autismus

F84.2 Rettův syndrom

F84.3 Jiná dětská dezintegrační porucha

F84.4 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby

F84.5 Aspergerův syndrom

PORUCHY PSYCHICKÉHO VÝVOJE, společné vlastnosti:

1) Nástup je vždy v kojeneckém věku nebo v dětství

2) Postižení nebo opoždění ve vývoji funkcí, které mají silný vztah k biologickému zrání CNS

3) Stálý průběh bez remisí a relapsů

- u většiny je postižena řeč, prostorová orientace a motorická koordinace
- opoždění nebo poškození je obvykle přítomno již velmi časně, může být spolehlivě zjištěno a postupně se mírní s přibývajícím věkem dítěte, i když drobnější defekty přetrvávají do dospělosti
- nutné včas rozpoznat, správně diagnostikovat a adekvátně řešit ve spolupráci psychologů, pedagogů, speciálních pedagogů, psychiatrů, logopedů, vychovatelů a rodičů
- u dg. a péče o dítě s PPV hrají důležitou roli centra rané péče, PPP a SPC
- **specifické vývojové poruchy** (F80-F83) = vymezené funkce a dovednosti nebo jejich kombinace
- **pervazivní vývojové poruchy** (F84) = neomezují se na určité funkce, všepřonikající

Etiologie

- **neurovývojové vady** (poruchy) = důsledky atypického vývoje nezralého mozku
- **abnormní vývoj CNS** => poruchy vývoje složitých a široce koncipovaných neuronálních sítí, navíc díky abnormní neurotransmisí a neuromodulaci využívány funkčně neoptimálně => kognitivně-behaviorální dysfunkce, lokální či komplexní neuropsychologické deficity
- komplexní etiopatogeneze s výrazným genetickým podílem, přesné způsoby dědičnosti neznáme
- většinou převažují chlapci, poruchy celoživotní, klinické charakteristiky se s vývojem mění
- postnatální vývoj nervového systému (proces myelinizace, vývoj neurotransmise a neuromodulace, růst neuronů a extrémní proliferace glie) je do velké míry pod kontrolou genů, ale na druhé straně nesmíme opominout ani modulující vliv jedinečných podnětů zevního prostředí včetně vzdělání a učení a výraznou plasticitu nervového systému po celé dětství i mládí

SPECIFICKÉ VÝVOJOVÉ PORUCHY ŘEČI A JAZYKA (dysfázie)

Vývoj řeči: křik, broukání (2-3m), pudové (napodobuje sání) a napodobující žvatlání (6-8m), rozumí ř (10m)

- normální způsob osvojení jazyka narušen od časných vývojových stadií => stavy nelze přímo přičítat neurologickým abnormalitám nebo poruchám řečového mechanismu, smyslovému poškození, mentální retardaci nebo faktorům prostředí => narušen běžný způsob užívání mateřského jazyka
- často následovány přidruženými problémy = obtíže ve čtení, psaní, ve vztazích, poruchy emocí a chování
- Kromě samostatných syndromů bývají poruchy řeči součástí jiných psychických nebo neurologických poruch (např. DMO, získané afázie u dětí s epilepsií, poruchy řeči u pervazivních poruch)
- Asi 2 % dětí předškolního věku, při započtení lehčích vad výslovnosti až 19 %, ch:d = 3:1
 - o **Vývojová dysfázie:** porucha osvojování mluvené řeči => nejde o úplné chybění řeči, ale vývoj je závažně opožděn a odchyluje se od normy => do 2-3 let je dg obtížná = široká indiv. variabilita
 - **Receptivní, expresivní, dynomická (mnestická), artikulační dyspraxie**

- o **Vývojová dysartrie:** porucha artikulace řeči podmíněná poruchou orální motoriky, dominují těžké problémy s artikulací, za normálního porozumění řeči a často i dobré slovní zásobě => vývoj expresivní řeči i slovní zásoby může být i vážně omezen
- o **Afázie:** získaná porucha produkce nebo porozumění řeči, vzniká na základě poškození mozku, rozlišujeme více typů dle plynulosti řeči (fluentní – Wernickeova, nonfluentní – Brocova, popř. Globální, izolovaná, amnestická), rozsah postižení závisí na zasažených oblastech v mozku

DG (klinický psycholog, logoped, foniatr, dětský neurolog):

- Podrobný komplexní neuropsychologický rozbor (dysfázie spojené s dalšími kognitivními deficity + náročné rozlišení receptivního typu a poruchy sluchu + častá komorbidita dalších poruch)
- Prodloužená fáze negativismu u batolat (potíže s komunikací, získávání autonomie), předškolní děti problém se socializací (dohánějí neverbální komunikací), ve školním věku riziko deprese

Testy: test doplňování vět, obrázkově slovníková zkouška, slovník (WAIS), zkouška mluvnických dovedností

- U malých dětí vývojové zkoušky (Gessel, Bayleové vývojová škála), osobnost: projektivní metody (hry)

Terapie: léčebný plán zahrnující logopedii, psychologickou a terapeutickou pomoc, podpora všech projevů komunikace (i alternativy) s emočním a motivačním významem, neurorehabilitace všech dysfunkcí, podpůrná práce s rodinou, systematická terapie (děti se závažnějšími sekundárními poruchami)

Dif. dg.: MR, poruchy sluchu, PAS, emoční deprivace, poruchy orální motoriky (DMO), afázie s epi (PAS, schi)

SPECIFICKÁ PORUCHA ARTIKULACE ŘEČI (F80.0) = vývojová dyslálie (patlavost)

- užívání zvuků, které nahrazují srozumitelná slova (pod artikulacími schopnosti daného věku), často jim rozumí jen rodinní příslušníci, artikulací chyby jsou součástí normálního vývoje v časných obdobích vývoje řeči, do 4-5 let je patlavost fyziologickým projevem, který se upraví => při delším přetrvávání je na místě logopedické vedení

EXPRESNÍ PORUCHA ŘEČI (F80.1) = afázie, dysfázie expresního typu

- opožděné užívání řeči, omezená slovní zásoba, stručnost projevu, nesprávná skladba (neodpovídá mentálnímu věku dítěte) => řečový spurt (obvykle 2-3 roky) až kolem 4 let => rychle narůstá slovní zásoba, dobrá je i informovanost a schopnost usuzovat, nicméně přetrvávají problémy s artikulací, gramatikou a dítě má potíže s plynulostí vyjádření + výskyt poruch učení (dysgrafie, dysortografie) ve školním věku je významně zvýšený

RECEPTIVNÍ PORUCHA ŘEČI (F80.2) = afázie, dysfázie receptivního typu

- snížené chápání řeči (neodpovídá mentálnímu věku dítěte) v podobě jednoduchých instrukcí a pokynů nebo (později) gramatické skladby, tónu hlasu => první známkou poruchy je nedostatečný rozvoj aktivní řeči => většinou narušena i expresivní řeč, časté též poruchy tvorby slova a zvuku, poruchy pozornosti k verbálním podnětům, často je zpomalen vývoj symbolického a abstraktního myšlení, poruchy učení častější než u expresního typu

ZÍSKANÁ AFÁZIE S EPILEPSIÍ (LANDAU-KLEFFNERŮV SYNDROM, F80.3)

- narušena exprese i percepce řeči (nejprve těžká receptivní porucha až slovní hluchota, pak zhoršení exprese), často v kombinaci s epileptickými záchvaty, ztráta řeči se může objevit náhle po bezporuchovém vývoji, nejčastěji se objevuje mezi 3-7 lety (ztráta dovedností během dní/týdnů) => nástup poruchy spojen s epizodickými abnormalitami EEG a ve většině případů také s epileptickými záchvaty => možnost zánětlivého procesu mozku (etiologie)
- 2/3 dětí více nebo méně těžká receptivní porucha řeči, jen u 30 % dojde k úplné úpravě řeči, stejně časté u chlapců a dívek => závažnost poruchy nesouvisí s epi záchvaty (pokud v předškolním věku před nástupem do školy => špatná prognóza čtení, psaní i znakové řeči)

SPECIFICKÉ VÝVOJOVÉ PORUCHY ŠKOLNÍCH DOVEDNOSTÍ = specifické poruchy učení

- porucha dovedností, které se běžně získávají ve škole, mohou být kombinovány s dalšími poruchami, ale nejsou jejich přímým důsledkem => pokud by nebylo zohledněno, hrozí: frustrace, snižování sebevědomí a sebehodnocení, sekundární rozvoj úzkostně-depresivní symptomatiky, popř. sociálně patologické jevy (šikana, záškoláctví, ...) => častá komorbidita s dalšími SPU, poruchami emocí nebo hyperkinetickými poruchami => 5-6 % dětí, častěji u chlapců
- **nepatří sem** obtíže podmíněné: sníženou inteligencí, zanedbanou školní docházkou, nevhodnou metodikou výuky, špatným rodinným zázemím

Dg: PPP (i garant speciální péče SPU), vyšetření intelektu, čtení, psaní, pravopis (ev. Lateralita, ..)

Dig.dg: MR, smyslové poruchy, deprivace, somatické onemocnění, poruchy řeči, nevhodná výchova

Testy: dg. diktát, barevná kalkulia, kalkulia I, II, III; zkouška čtení, V test (dyslexie)

Terapie: podpůrná opatření

SPECIFICKÁ PORUCHA ČTENÍ = DYSLEXIE

- **neschopnost naučit se číst**, problémy chápání čteného, pochopení čteného slova, znalost hlasitého čtení a schopnost odpovídat na otázky vyžadující čtení
- dysfonetická (problém ve fonologické smyčce = pracovní paměti) => globální metoda
- dyseidetická (vizuální problém identifikovat tvary písmen) => metoda okénko
- smíšená

subtypy: (1) na podkladu motorických obtíží, (2) integrační potíže, (3) percepční deficity, (4) porucha dynamiky psychických procesů, (5) vztah verbální a názorové složky intelektu, (6) lateralizace mozku

SPECIFICKÁ PORUCHA PSANÍ = DYSGRAFIE/DYSORTOGRAFIE

- specifické a výrazné poškození vývoje dovednosti psát, aniž by byla přítomna nějaká specifická porucha čtení nebo nepostačující výuka + porucha výslovnosti slov nebo správného zápisu
- **Klinické projevy dysgrafie:** problémy => jemná motorika, zraková představivost, nesprávný tvar
- **Klinické projevy dysortografie:** problémy => dlouhé/krátké, sykavky, vynechá, přidá slabiky, y/i

SPECIFICKÁ PORUCHA POČÍTÁNÍ = DYSKALKULIE (méně častá)

- nápadné obtíže počítání => počítání, sčítání, odčítání, násobení a dělení
- operační (počty), lexická (nepozná znaky), praktognostická (nesloží celek - geometrie), grafická (psaní), ideognostická (rovnice a vztahy), verbální (nepochopí sdělení – slovní úlohy)

SPECIFICKÁ PORUCHA DOVEDNOSTÍ = kombinace uvedených

SMÍŠENÉ SPECIFICKÉ VÝVOJOVÉ PORUCHY = žádná natolik výrazná, aby byla zvlášť

SPECIFICKÁ PORUCHA MOTORICKÝCH FUNKCÍ (F82)

- porucha motorické koordinace => vážne jemná i hrubá motorika, narušuje oblast školní, rodinnou i volnočasovou => postižení nebo nezralost v organizaci pohybů, která vede k připojeným obtížím v jazyce, percepci, myšlení => 6-10 %, chlapci častěji
- neohrabanost, nemotornost, pohybová nekoordinovanost, selhání v běžných pohybových aktivitách

DYSPRAXIE: porucha motorického plánování, porucha motorických sekvencí

- **ideativní** (bez představy jak to udělat)
- **ideomotorická** (ví, jak to udělat, ale neumí to)
- **motorická** (selektivní hybnost, rovnováha, plynulost a rychlost projevu)

Dg.: potíže přítomny od raného vývoje, ne důsledek defektů smyslů nebo nervových poruch

Testy: žádný zlatý standard neexistuje, MABC (movement assesemnt battery for children), oseretzkého škála motorických dovedností, orientační test dynamické praxe + vývojové škály

Terapie: ne spontánní zlepšení, čím dřív – tím větší zlepšení, KBT, rehabilitace, ergoterapie, motorický trénink

PERVAZIVNÍ VÝVOJOVÉ PORUCHY (F84)

- **Vše-pronikající poruchy => tzv. poruchy autistického spektra (PAS)**
- **Neuro-vývojové onemocnění**, týká se **neuronální sítě** (zrcadlové neurony a další...)

Diagnostika: Psychiatr (dětský klinický psycholog) + nově od r. 2016 PAS screening pediatrem v 18 měsících

- Vzrůstá počet diagnostikovaných (až 1:68 dětem – dříve 1:2500 => kvalitnější diagnostika, lepší povědomí + vyšší věk rodičů (zejména otců – ovlivněna kvalita spermií))
- **Muži > ženy** (4:1 dětský autismus, 9:1 Aspergerův syndrom)
- **Podle DSM 5:** Dětský autismus, Atypický dětský autismus, Aspergerův syndrom
- **Pestrost projevů** => výrazně ovlivňují život dítěte a okolí => **narušení sociálních interakcí a vztahů**

Znaky PAS:

- **Stereotypie** (činnost, hra, kresba...) + **rituály** (činnost, verbální)
- **Echolalie od 3 let** (do 3 let normální) + **manýrování**
- **Frazeologismy** (odpovědi frází), **neologismy** (zohlednit věk), **archaická knižní řeč** („či“, „načež“...)

- **Pravdomlupnost** až na kost, **verbální provokace sociálně problematickým/nepřijatelným obsahem** (bez taktu/ohledu, „přímo“ budí dojem schválnosti a nevychovanosti)
- **Absence empatie + potíže v hovoru** (vše berou doslovně – nerozumí metaforám, přirovnáním, ironii, sarkasmu)
- **Není jasná vazba na intelekt** (nadání/mimořádné nadání možné) + **manuální nezručnost**

Základní triáda:

1. **Sociální interakce**
2. **Komunikace a hra** => **problémy naskakují postupně v čase za sebou**
3. **Abnormity chování a zájmů**

Typy (Loma Wingová):

1. **OSAMĚLÝ TYP:** bez zájmu o ostatní, tendence k izolaci, vyhledávání samoty, brání se kontaktu
2. **PASIVNÍ TYP:** tolerují skupinu a druhé, sami se nezapojují, jen pozorují...
3. **AKTIVNĚ ZVLÁŠTNÍ TYP:** chce se zapojit, ale neví jak; bizarnosti + agrese v projevu, sociálně zahanbující jednání => př. chce si hrát, tak druhého praští po hlavě

Práce s dětmi s PAS: vyžaduje **individuální přístup**, důraz na **vizualizaci** (piktogramy, obrázky), **strukturace** prostředí, času, programu => **systém a řád**, vyžaduje **speciální pomůcky** nebo metody, **nepoužívat** metaforu a nejednoznačná gesta => **pozor na dvojnou vazbu** => **Snažit se pochopit, přijmout** („některé věci lze v životě pouze přijmout“) a **řešit, co řešit jde**

Silně stresující: nepravidelnost, **nestrukturovanost** (přestávky), **změny** (nečekané), **rušivé prostředí**, hlasité/určité/nečekané **zvuky**, **tlak** na rozhodování

Funkčnost dle zapojení v životě: odlišné v prognóze, nutné posoudit

- po období dospívání může dojít ke **zhoršení, stagnaci, zlepšení**
- 1. **Nízce funkční:** neschopnost samostatně existovat, dohled 24/7
- 2. **Středně funkční:**
- 3. **Vysoce funkční:** schopnost se začlenit do společnosti, samostatné fungování

DĚTSKÝ AUTISMUS (F84.0)

- **Autistické rysy již od raného dětství** => **diagnostika od 3 let**
- **Triáda narušení:** sociální interakce, komunikace, stereotypie + emoční netečnost
- **Vysoce funkční autismus:** až 1/5 (dětí, které jsou schopné se do společnosti zařadit)

+ **Porucha intelektu/intaktní IQ/nadání**

Příznaky: Brání se změnám (vnímány negativně), **přecitlivělost na určité podněty/zvuky**, časté **verbální rituály + činnosti** (bouchání předmětem, kroucení prstů), nevěnují se spontánně hram

ATYPICKÝ AUTISMUS (F84.1)

- **Po 3. roce života X nesplňuje všechna diagnostická kritéria pro DA** (nejsou všechny závažně vyjádřeny) => dokládá pestrost PAS kategorie

RETTŮV SYNDROM (F84.2)

- Typický **normální vývoj dítěte** => zhruba **po 5.-30. měsíci** dítěte **dojde k těžkému narušení získané motoriky/řeči** => Ztráta získaných motorických, manuálních, řečových schopností a dovedností, **zpomaluje se růst hlavy** => **deteriorace** (dočasně/postupně zhoršení a oslabení) inteligence, psychomotoriky
- Výskyt **epilepsie u 2/3 nemocných**, prokázána genetická vazba na chromozom X

JINÁ DESINTEGRAČNÍ PORUCHA V DĚTSTVÍ (F84.3)

- **Normální psychomotorický vývoj** (nejméně do 2 let) => **v průběhu několika měsíců narušení alespoň dvou již získaných dovedností** (řeč, sociální dovednosti, hra, kontrola močení/mikce, motorika), nejčastěji začíná mezi **3-4 rokem** => rozvoj autistického syndromu po období normálního vývoje
- Menší deficit v sociálních dovednostech, častá MR
- Dezintegrační psychóza, Hellerův syndrom, Infantilní demence

HYPERAKTIVNÍ PORUCHA SDRUŽENÁ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ A STEREOTYPNÍMI POHYBY (F84.4)

- **Sdružuje hyperaktivitu + MR + stereotypní pohyby** + může se objevit sebepoškozování
- V adolescenci je hyperaktivita zpravidla nahrazena hypoaktivitou

ASPERGERŮV SYNDROM (F84.5)

- **Diagnostika od 3 let**, „lehčí autismus“, častěji u chlapců, projevy jsou **méně nápadné** (nenarušena řeč, neobjevují se motorické stereotypy) => **nápadná motorická neohrabanost, potíže v sociálních vztazích**

- Komunikačně zdatní, lepší zapojení do společnosti
- Znaky:** rituály, pravidla, důslednost, doslovnost, pravdivost
- **Encyklopedické zájmy** (vesmír, dopravní prostředky...)
- **Podobné vysoce funkčnímu autismu** => nutné odlišit DA/AS
- Speciálně-pedagogická péče ve škole/doma => nutná co nejdříve

SROVNÁNÍ DĚTSKÉHO AUTISMU S ASPERGEROVÝM SYNDROMEM:

	DA	AS
Věk	Do 3 let	Od 3 let
Pohlaví (M:Ž)	4:1	9:1
IQ (Performanční, Verbální)	MR/norma PIQ > VIQ	Norma VIQ > PIQ
Komunikace	Omezená, echolálie	Formální, atypická, intelektuální
Sociální kontakt	NE	Neobratní, naivní, problém s dotyky, ale mají zájem o druhé
Epilepsie	BEŽNĚ	NE
Zájmy	Stereotypy, řady, úzké zaměření	Věkově nepřiměřené encyklopedické zájmy do velké hloubky
Prognóza	Různě	Vesměs dobrá

Dg:

- V 6-9 měsíci odchylky vývoje nespecifické => po 9. m podezření na PAS => potvrzeno až po 2. roce (nejpozději do 18 m) => především komunikace a sociální interakce
- Základem dg je kvalitní pozorování (porovnání kompetencí s ohledem mentálního věku) => nejlépe v přirozeném prostředí, u PAS děti náročná ne-li nemožná spolupráce při vyšetření

Dif.dg: MR (oční kontakt, gesta), zrakové a sluchové postižení, schizoidní porucha u dětí (normální interakce), sociální úzkost (ne zájmy a stereotypy), reaktivní porucha přichylnosti (v přirozeném prostředí bez nápadností), poruchy učení a pozornosti (interakce, komunikace v normě), porucha řeči (schopnost neverbální komunikace, rozumí soc. situacím), schi (bludy a halucinace)

Testy:

- Modifikovaná škála autistických projevů v batolecím věku (M-CHAT), škála dětského autistického chování (CARS), observační škála autismu (ADOS), dětské autistické chování (DACH), australská škála Aspergerova syndromu (ASAS), screening AS (ASSQ)

Terapie:

- Eklektický, celostní přístup k dítěti a rodině => jednotlivé děti s PAS se liší => indiv. Přístup
- Nejlepší výsledky = strukturované vzdělávací programy (behaviorální techniky, vizualizované informace)
- Funkční intervenční opatření: úprava prostředí (strukturace času, předvídatelnost, vizualizace), modifikace životního stylu, rozvoj dovedností (komunikace, interakce), nácvik relaxace
- Terapeutické programy: metoda strukturovaného učení, program TEACCH, Higashi, komunikační terapie, herní a interakční terapie, relaxace

15. Poruchy chování a emocí se začátkem v dětství a adolescenci, hyperkinetické poruchy, poruchy chování, poruchy emocí a sociálních vztahů. Terapeutické možnosti, diagnostika.

Hyperkinetické poruchy (F90)

- **DSM-5** užíván termín **ADHD** (porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivitou)
- **MKN-9** lehká mozková dysfunkce **LMD**= nucleus caudatus vpravo je větší než vlevo (součást bazálních ganglií), v pravém frontálním laloku méně mozkových spojů, corpus callosum je o něco menší
- **MKN-10 – hyperkinetické poruchy**, zahrnuje diagnózy:
 - o Porucha aktivity a pozornosti F90.0
 - o Hyperkinetická porucha chování F90.1
 - o Jiné hyperkinetické poruchy F90.8
 - o Hyperkinetická porucha nespecifická F90.9
- **HKP a ADHD nejsou zaměnitelné nebo synonymní pojmy**
- porucha aktivity a pozornosti obsahově koresponduje s ADHD, její pojetí je ale užší, je to tedy podskupina poruchy ADHD
- HKP 1% v dětství, ADHD 6-12 %, většina přetrvává do dospělosti, častěji u chlapců 3-5:1
- **Etiopatogeneze: HKP a ADHD – neurovývojové poruchy => Genetické vlivy, biologická podmíněnost:** objem mozku u ADHD o 3-4 % menší, narušení prefrontální kůry vede k exekutivním dysfunkcím (aktivace, výkon, emoce, paměť, akce), vliv hraje dopamin a noradrenalin; **další příčiny vzniku:** hypoxie, úrazy, nepříznivý zdravotní stav matky, FAS, nedonošenost, abnormality polohy plodu, infekce, bezvědomí matky, podvýživa plodu

Klinické příznaky

- pro diagnózu 3 poruchy: 1. pozornost, 2. hyperaktivita, 3. impulzivita; alespoň 6 měsíců, být maladaptivní a v rozporu s vývojovou úrovní dítěte, objevit se má před 7 rokem, kritéria musí být splněna v různých situacích (ve škole, doma)
- **dle závažnosti symptomů:** mírný, střední a vážný typ
- **typy ADHD:** s převahou poruchy pozornosti, s převahou hyperaktivity a impulzivity, kombinovaný typ

Diagnostika

- spolupracuje tým – lékař, psycholog, speciální pedagog
- podrobná anamnéza, pozorování, rozhovor, posudek od učitele, příp. od lékaře
- komplexní inteligenční test (WISC-III, WJ-IE, IDS, SON-R, SB-VI) - intelekt často nerovnoměrný, nejlepší výsledky ve všeobecných dovednostech, soc. orientace, ale špatné výsledky v percepčně-motorických oblastech, krátkodobá paměť-> často přidruženy poruchy učení (25 %)
- **Testy:**
 - o testy pozornosti (číselný čtverec, d2, TMT, CPT, Bourdon, ...)
 - o testy percepce (reverzní test, Zkouška sluchové diferenciacce, Zkouška sluchové analýzy, Stroopův test, Test obkreslování (Matějček, Vágnerová))
 - o testy paměti (Reyova- Osterriethova komplexní figura, Paměťový test učení)
 - o projektivní kresba (postava, strom, rodina)
 - o posuzovací škály (Rutter, DuPaul, Barkley)
 - o Gordonův diagnostický systém (Anglie)
 - o Dotazník sebepojetí školské úspěšnosti SPAS
 - o úzkost CMAS
 - o osobnostní dotazníky (B-JEPI, CPQ...)
 - o Dotazníky ADHD (Swann, Conners) => neexistují dotazníky, které by odhalily na 100%
 - o EEG odhalí pomalé frekvence mozku a jejich lokalizace, evokované potenciály, SPECT, PET, nMR, CT
- **diferenciální diagnostika** - emoční poruchy, SPU, citové deprivace, reakce na stres, CAN, zneužívání drog, poruchy osobnosti, ...

Popis projevů (první čtyři body z procházkovi prezi, zbytek obecně)

- **především pozornost, exekutivní fce, oblast motivace a motoriky a zacházení s časem:**

1. poruchy pozornosti (nesoustředěnost, rychlá unavitelnost, výkyvy ve výkonu)

- o **Non-exekutivní pozornost** – 2 roviny

- **bottom-up, posteriorní, automatická, reflexivní, stimulem řízená** – zahrnuje reflexivní prostorovou orientaci („kde je podnět“) a percepční (bottom – up) selekci informací, první „filtr“ (co?) => jen u Pl typu ADHD
- **systém bdělosti** (udržování pozornosti, alerting (pohotovost, připravenost, ostražitost) – vigilance system (bdělost) – umožňuje ustavení a udržování stavu připravenosti) => pokud tak u Pl typu

- o **Exekutivní pozornost:** Top-down, anteriorní, volní, zaměřená, strategická pozornost – umožňuje filtrování informací na základě úsudku, strategie, relevance cíli a volní přepínání pozornosti => výrazný problém u ADHD

- o Děti s ADHD nemají potíže s pozorností jako takovou (automatická pozornost, výběr podnětů, automatická prostorová orientace k relevantním podnětům, udržování pozornosti při očekávaných podnětech), **ale spíše se schopností mobilizovat mentální zdroje rychle a efektivně**

2. Pracovní paměť (verbální auditivní – jen mírně narušena, ale podstatný rys ADHD; vizuálně-prostorová – výrazný deficit; plánování - relativně často narušeno), regulace stavů – aktivace (potíže s rychlou odpovědí) => u ADHD **potíže se všemi exekutivními fcemi**

3. motivace: BAS = systém odměny – narušen, BIS = potíže s využitím varovných signálů trestu (hypotéza opuštěna) => prokázáno, že oddálená odměna = pokles motivace

4. Ovládání motoriky, „Timing“ => potíže s zpracováním času spojené s motorikou (hlavně u ADHD – C)

- porucha pozornosti, hyperaktivita, impulzivita, percepčně-motorické poruchy, poruchy kog. fcí
- **poruchy myšlení a řeči** (intelekt průměr, výsledky ve škole horší, nevnímají souvislosti, porucha logiky, chudá slovní zásoba, myšlení nepružné, poruchy komunikace)
- **hyperaktivita** – zvýšený arousal, motorická, řečová produkce, hlasitá, rychlá řeč
- **impulzivita** – zbrkllost, prudké reakce, snížená sebekontrola
- **percepčně-motorické poruchy** (poruchy sluchové diferenciaci, poruchy artikulace, řeč i nesrozumitelná, jemná hrubá motorika, neschopnost analýzy syntézy)
- **emoční poruchy** – labilita, výkyvy nálad, nízká frustrační tolerance, soc. nezralost, egoismus
- **často i somatické problémy** – infekce horních a dolních cest dýchacích, alergie, astma, úrazy, poruchy spánku a jídla
- narušení v **oblasti sociálních vztahů** – kvůli emoční labilitě a problematickým projevům chování odmítání vrstevníky i autoritami => frustrace, pocity selhání, dysforie, negativismus

Projevy dle věku

- **kojenec:** dítě nepokojné, poruchy biorytmu, spánku, pláčivé, podrážděné
- **batole:** zvýšená pohyblivost, úrazy, nesoustředí se na hru, afektivní výbuchy, negativismus
- **předškolák:** nízká adaptabilita, nesoustředí se, odklad školní docházky, impulzivita
- **školní věk:** největší problémy, nízká koncentrace, poruchy paměti, špatné známky, nepsaní domácích úloh, vztahy s vrstevníky i učiteli špatné, abúzus alkoholu, drog
- **adolescence:** poruchy pozornosti a impulzivita, drzé chování, podvádění ve škole, chození za školu, agresivita, disociální chování, alkohol, drogy, afektivní poruchy
- **dospívání:** dozrávání CNS způsobí zmírnění příznaků nebo i posílení, lepší soustředění, zlepšení jemné i hrubé motoriky, snížení impulzivity, výrazný rozdíl mezi chováním doma a ve skupině, nerespektování autorit, problémy v partnerských vztazích
- **dospělost:** přetrvává u 40-45 %, emoční nestabilita a impulzivita, snížené sebevědomí a hyperaktivita, chaotický životní styl, odkládání problémů, zažívají nudu, nedůslední, ale kreativní, nepřízpůsobiví, sklon k závislostem, časté střídání partnerů a zaměstnání, střed pozornosti, výbušnost, alkoholismus

Obecné zásady výchovného působení

- vytvoření klidného a vřelého rodinného prostředí, pořádek a **hranice** ve výchově, strukturovanost, důslednost ve výchově, sjednocení výchovných přístupů, soustředit se na kladné stránky dítěte – usměrnění aktivity, přiměřené podněty pro dítě, vyhýbat se tvrdým

trestům, vhodný režim spánku, zdravá životospráva, volný čas – koníčky, učení (úkoly): méně a pravidelně, **nepřetěžovat**

Terapie

- dramaterapie, muzikoterapie, arteterapie, kombinace terapie KBT a skupinové terapie, případně rodinná terapie, EEG neurofeedback, reedukace pomocí pracovních listů (př. KUPOZ), relaxační metody (dýchací cvičení, autogenní trénink), nácvik komunikace a sociálních schopností, bodovací systémy (Token systém), programy modifikace chování doma i ve škole, opatření ze strany školy (úprava prostředí, výchovné opatření), vzdělávání v oblasti problematiky ADHD, podpůrné rodičovské skupiny
- vážnější případy – **medikace** psychostimulancia-Metilfenidát, nestimulační lék-Atomoxetin, antidepresiva, neuroleptika-u rezistence na léčbu
- **Nesprávné postupy**: nejednotná, příliš liberální, nedůsledná výchova, perfekcionismus

Poruchy chování (F91)

- součástí řady diagnóz (hyperkinetické poruchy, poruchy přizpůsobení...) nebo samostatně
- opakující se vzorce chování => nedodržováním a narušováním norem, pravidel a práv druhých, agresivní projevy proti věcem, zvířatům i lidem, krádeže, nepoctivost, lhaní, záškoláctví
- podle závažnosti poruch chování a důsledků rozlišujeme **lehké, střední a těžké**
- 40 % poruch chování přejde v dospělosti do antisociální poruchy osobnosti
- **nejméně půl roku** trvající projevy, před 10. rokem spíše nezralost autoregulačního systému
- **za 1 rok přítomné 3 symptomy a min 1 trvalý za posledních 6m**
- **etiologie**: nízká aktivace CNS, zneužívání návykových látek rodičů, psychiatrické onemocnění v rodině, zanedbání, zneužívání v rodině
- častá komorbidita
- Činitelé způsobující výchovné problémy: **nefunkční rodina**, socioekonomický status, výchova k bezohlednosti, nuda ve škole, masmédiá, ...
- poruchy chování:
 - o agresivní X neagresivní
 - o **psychologicky podmíněné** (hledá náhradní uspokojení) X **rodinně podmíněné**
 - o **disociálně** (mírně se vymyká soc. normám) X **asociálně** (vymyká se mravním normám) X **antisociálně** (kriminální chování)
 - o **symptomatické** (součástí psych. poruch) X **vývojové** (součást vývoje) X **výchovné** (nehodná výchova)
- **Porucha chování vázaná na vztahy k rodině** F91.0 – disociální nebo agresivní chování, projevuje se pouze k rodině a domovu (vždy uvažovat: děje se něco v rodině?), prognóza obvykle není špatná, intervence většinou úspěšné
- **Nesocializovaná porucha chování** F91.1 – disharmonický vývoj osobnosti, nedostatečný vývoj a zvnitřnění morálky – svých činů nelitují, chybí empatie a důvěrné vztahy, samotář, rvačky, agrese, krutost, hrubosti, násilnosti, nejhorší prognóza, vesměs rezistentní na terapii (zaměřená, aby si/ostatním moc neškodili)
- **Socializovaná porucha chování** F91.2 – typická narušenými vztahy s autoritami a zapojením v nějaké vrstevnické skupině (partě) s určitými pravidly, rituály a organizací (delikventní aktivity)
- **Porucha opozičního vzdoru** F91.3 – u dětí do 10 let, extrémní vzdorovitost, nerespektování autority, provokování, snadno ztrácí sebekontrolu, často zlostné, šikanování, rvačky, lhaní, často předstupeň nesocializované poruchy chování => Buď následně vymizí nebo přechází do dalších poruch chování

Diagnostika

- vyšetření – rozbor disociálních projevů, dg. významné objasnění motivace, komplexní vyšetření a explorační rodinného a širšího sociálního prostředí
- pozorování, rozhovor
- Testy
 - o Škály hodnocení dětského chování učiteli a rodiči (Vágnerová)
 - o Škály sebehodnocení vlastního chování pro děti
 - o Škály vícezdrojového hodnocení sociálních dovedností dětí
 - o Osobnostní dotazníky pro děti (B-JEPI, CPQ...)

- o Projektivní testy (Rosenzweigův obrázkový frustrační test, CATO, kresby...)

Terapie

- komplexní, systematický, dlouhodobý přístup
- behaviorální trénink rodičů, skupinová terapie, vhodné volnočasové aktivity
- arteterapie, dramaterapie, psychofarmaka (AD, stimulancia)
- **Terapie agresivních projevů:**
 - o v terapii snaha o zmírnění vlivu jednotlivých nepříznivých faktorů (rodinné, vrstevnické, osobnostní faktory), preventivní působení
 - o agrese je těžce řešitelná, ale děti jsou přístupnější terapii než dospělí, volíme individuální a rodinnou terapii, někdy nutná hospitalizace a psychofarmaka

Smíšené poruchy chování a emocí (F92)

- kombinace narušeného chování a emocí – agresivní, disociální, vzdorovité projevy doprovázené neurotickými symptomy, úzkostí, bázlivostí, mohou se přidat také obsese, kompulze, deprese
- **Depresivní porucha chování F92.0** – nezáměr, anhedonie, beznaděj, autoakuzace, depresivní ladění, často také somatické symptomy s bolestmi hlavy, břicha, častější výskyt somatických problémů, regrese

deprese u dětí: smutná nálada, poruchy příjmu potravy, poruchy spánku, pohybový útlum/nepokoj, apatie, únava, pocity viny, zhoršení paměti a pozornosti, suicidální myšlenky

- **kojenec** – dítě se odtahuje od matky, ztráta zájmu, útlum hybnosti, nejdřív pláče a volá po matce, poté je apatické, často deprese anaklitická – reakce na separaci
- **batole** – poruchy jídla a spánku, nezáměr o hru, zvýšená závislost na matce
- **předškolní věk** – somatické příznaky (bolesti břicha a hlavy), izolace od vrstevníků, denní snění, fantazie o bolesti, smrti, agresivní projevy
- **školní věk** – depresivní témata ve hrách, pozor na reálnou možnost suicida
- **puberta a adolescence** – v pubertě normální změny nálad, náchylnost k suicidu, klinický obraz deprese stejný jako u dospělých

Diagnostika deprese: pozorování hry, neverbální projevy dítěte, využití projektivních technik, kresba

- **terapie** – rodinná, individuální, psychofarmaka – AD
- **suicidium** - v adolescenci 2. nejčastější příčina smrti

Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství (F93)

- dominantním rysem je úzkost a strach, často somatizace
- normální vývoj: v kojeneckém a batolecím věku separační úzkost a strach z cizích lidí (na konci 3. roku začíná ustupovat), mírné formy strachu z neznámého jsou adaptivní
- předškoláci mají bohatou fantazii a magické myšlení, to může vést ke vzniku fobií, které rychle zmizí - pokud nezmizí, zvyšuje se jejich intenzita, je to patologické
- okolo 8-10 roku děti začínají chápat smrt- její nezvratnost a univerzálnost, začínají se bát tmy, nebezpečí, drobných zvuků
- **Patologická úzkost** – nadměrná, dlouhodobá, brzdí správný vývoj, inhibice/aktivace dítěte
- **Generalizovaná úzkostná porucha** – neustále v napětí, spíše inhibované, somatizace, strachy

Vývoj separační úzkosti M. Mahlerová

- **normální autismus** (1. měsíc) – redukce tenze, uspokojení potřeb
- **normální symbióza** (2-4. měsíc) – matka-dítě jeden systém, neodlišuje sebe a matku, jen okolí
- proces **separace-individuace** (4-36. m)
 - o **diferenciace** (4-10.m) – rozlišuje ostatní, strach z cizích, explorace okolí, začíná se projevoval separační úzkost
 - o **praktikující fáze** (10-16. m) – aktivní vzdalování od matky, vždy se vrátí, separační úzkost
 - o **znovusblížení** (16-25. m) – navázání kontaktu s jinými, ve vztahu k matce ambivalence, špatně snáší odloučení od matky (separační úzkost v normě)
 - o **individuace**, stálost objektu (25-36. m) – obraz matky internalizovaný, dítě samostatné, nastává zrození „já“, dítě dobře snáší separaci

- **Separční úzkostná porucha v dětství F93.0** – nadměrná úzkost, strach z nebezpečí, neopodstatněné obavy při odloučení od pečující osoby, projevy neodpovídají věku dítěte, často pláč, emoční labilita, výbuchy vzteku, stažení se, poruchy spánku, důsledek je zhoršení sociálního zařazení, řady aktivit a běžných fcí, ve výchově najdeme nezdravou hyperprotektivitu (vztah hyperprotektivní matka a dítě, ale i jiné významné osoby)
- **Fobická anxiózní porucha v dětství F93.1** – strach vázaný na konkrétní objekty/situace, strach je neopodstatněný, nadměrný, nepřiměřený věku i kontextu, objekty fobie u dětí, adolescentů, dospělých se mohou lišit př. strach ze smrti (thanatofobie), z výsměchu (katekofobie), strach ze strachu (fobofobie), ze zrudnutí (ereutofobie), tyto strachy v dětství ojedinělé, v adolescenci běžné. **Školní fobie** – odmítání chodit do školy je multifaktoriálně podmíněna (separace, psychotické onemocnění, šikana, zneužití drog...)
- **Sociální anxiózní porucha v dětství F93.2** – omezení kontaktu a styku s cizími lidmi, strach a obavy z neznámých a neznámého je spojen s vyhýbáním se lidem, sociálním situacím, izolací a s narušením běžných spol. aktivit -> neodpovídá věku ani kontextu, přechod do soc.fobie nebo vyhýbavé poruchy, do 6. roku věku
- **Porucha sourozenecké rivality F93.3** – součástí regrese do projevů mladšího věku (při narození sourozence), výrazná neposlušnost, emoční výbuchy, zlost a agrese s cílem získat pozornost rodičů
- **Terapie** – rodinná, behaviorální, případně dynamická (spolupráci terapeuta a rodičů)

Poruchy sociálních vztahů se vznikem specifickým pro dětství a adolescenci (F94)

- **Elektivní mutismus F94.0** – důsledné mlčení v určitých situacích (př. ve vyučování) nebo v kontaktu s určitými lidmi (př. s učitelem), porucha není způsobena nedostatečnými řečovými schopnostmi, může narušit a komplikovat vzdělávací proces ve škole, přípravu na povolání
- **Reaktivní porucha přichylnosti v dětství F94.1** – typická pro útlý věk, součástí ambivalence, apatie, bázlivost, narušení soc. vztahů, neprospívání či zaostávání (psychické i somatické)
- **Dezinhibovaná porucha v dětství F94.2** – abnormální sociální zapojování

Tikové poruchy (F95)

- **tik**= opakované, bezúčelné, náhlé, rychlé, mimovolní pohyby zvuky nebo jiné projevy
- frekvence a forma tiků jsou variabilní a individuálně odlišné, vůlí je lze potlačit jen na krátkou a omezenou dobu, tiky jsou **jednoduché** nebo **komplexní**:
 - o **jednoduché tiky motorické** – záškuby mimických svalů, ramen, horních končetin
 - o **jednoduché tiky fonační** – syčení, pohvizdování, chrochtání, mlaskání
 - o **komplexní tiky motorické** – složitější opakované vzorce – poplácávání, dotýkání se, obscénní pohyby (kopropraxie), mohou být doprovázeny sebezraňováním
 - o **komplexní tiky fonační** – opakované vykřikování či vyřazení slov, frází, zvuků, slova neutrální i obscénní (koprolálie)
- tiky jsou řazeny k neurotickým poruchám v dětském věku, mohou mít i organickou příčinu
- **Přechodná tiková porucha F95.0** – trvá méně než 1 rok, výrazně kolísá intenzitou i formou projevů, objevují se remise i relapsy, projevy se zhoršují stresem, rozrušením či únavou
- **Chronická motorická nebo vokální tiková porucha F95.1** - trvá déle než 1 rok, z dětství přechází do dospělosti a může nositele sociálně znevýhodňovat a emočně zraňovat
- **Kombinovaná vokální a mnohočetná motorická tiková porucha F95.2** = Tourettův syndrom – navzájem se kombinují vícečetné komplexní fonační a motorické tiky, má kolísavý, ale celoživotní průběh, ataky střídají remise

Jiné poruchy chování a emocí začínající obvykle v dětství a adolescenci (F98)

- **Neorganická enuréza F98.0** – v 80 % výskyt v podobě nočního pomočování (enuresis nocturnal), i ve formě denního pomočování (enuresis diurna) nebo kombinace obou typů, týká se dětí, které by již měly močení ovládat, běžně do 3-5 let zvládnuto
 - o **primární enuréza** – dítě se vůbec nenaučilo kontrolovat a ovládat močový měchýř
 - o **sekundární enuréza** – pomočování se objevilo po určitém období, kdy to dítě zvládlo
- **Neorganická enkopréza F98.1** – mimovolní odchod stolice ve věku, kdy by to dítě již mělo ovládat, neorganická – nenacházíme organický původ

- **Poruchy příjmu jídla v útlém dětském věku** F98.2 – ruminace=vracení potravy zpět do úst, znovužvýkání, znovupolykání, infantilní mentální anorexie zahrnuje odmítání jídla, extrémní vybíravost v jídle, jsou spojeny s neprospíváním dítěte
- **Pika v dětství** F98.3 – požívání látek a předmětů přírodních i uměle vyrobených, které jsou nestavitelné nebo nejsou určeny k jídlu – od písku, výkalů, vlasů, brouků až po barvy, lepidla
- **Poruchy se stereotypními pohyby** F98.4 – narušují běžné aktivity, opakované třepání, bouchání, štipání, kousání, plácání, ... => až k sebepoškozování a jsou obtížně řešitelné
- **Koktavost** F98.5 – balbuties (zadržávání v řeči) narušuje plynulost a rytmičnost slovního projevu, začíná v předškolním věku, může mít vazbu na určité situace, sociálně i výkonově znevýhodňuje
- **Breptavost** F98.6 – porucha artikulace, rychlé tempo řeči má narušenou plynulost a srozumitelnost

Další poruchy objevující se v dětském věku:

- **Obsedantně kompulzivní porucha v dětském věku** – symptomatika se příliš neliší od dospělých pacientů; výskyt okolo 2. roku, poté 8-10. rok a adolescence; **psychoterapie** – KBT, psychodynamický přístup, rodinná terapie, léčba v psych.nemocnici
- **Poruchy přizpůsobení v dětském věku** – neurotická porucha, přímá souvislost s traumatickým zážitkem, regresivní reakce
- **Traumatická stresová porucha** – mimořádně závažná událost, spojeno s přímým ohrožením života, zneužívání, týrání
- **Bipolární porucha v dětském věku** – střídání manických a depresivních stádií v období dospívání, střídání bývá rychlejší než u dospělých a je méně pravidelné, stavy se střídají i několikrát za den, porucha vzniká plíživě; **projevy**: expanzivní nálada, iritabilita a hněv, snížená potřeba spánku, nadbytek energie, motorická hyperaktivita, zaměření na určitou činnost, grandiozita, zrychlené tempo řeči, myšlenkový trysk, snížená kritičnost, dráždivost, i halucinace, afektivní labilita; **diferenciální diagnostika**: poruchy chování, panická porucha, OCD, som. onemocnění (epilepsie)

16. Biologická terapie, farmakoterapie, rehabilitace duševních poruch. Sociální psychiatrie, kluby pacientů, svépomocné skupiny, sociální služby pro osoby s duševní poruchou.

Terapie v psychiatrii

- **Ideál** = komplexní terapie vycházející z komplexního přístupu (bio-psycho-sociálně-spirituálního)
- dělí se na biologickou a psycho-sociální otázku terapie

Biologická léčba se prolíná s psychologickou (u vážnějších stavů nastupuje intenzivní biologická léčba, jakmile příznaky odeznívají, na významu přibývá psychologické péče)

Biologická léčba v psychiatrii obecně působí na mozek (mozkové neurony, mediátory, synaptické děje) => ovlivňuje svým působením mozkové a psychické funkce

(PSYCHO)FARMAKOTERAPIE

- cíl **chemickou cestou optimalizovat duševní stav** (nejrozšířenější terapeutická cesta současnosti)
- princip **START – MONOTERAPIE** (na začátku léčíme jedním lékem) => výjimky, kdy stav tak těžký, že to jeden typ léku nepokryje, tak se výjimečně dává více léků už na začátku
- **PLACEBO efekt** (žádný biologický-chemický účinek, ale výsledek se přesto dostaví)
 - o **pozitivní** (věříme ve zlepšení a dostaví se pozitivní účinek – na neutrální substanci)
 - o **negativní** (projeví se negativní příznaky, které jsou třeba v příbalovém letáku)
 - o (nelze se spoléhat u závažných stavů, při psychologické léčbě efekt může mít – píchne se injekce fyziologického roztoku a člověk ucítí úlevu) => jde o vztah – pokud se na nás klient naváže a my vyjádříme podporu důvěru v něco, můžeme klienta ovlivnit

Farmakodynamika = mechanismus účinků léků

- **agonisté** (působí stejně jako přirozený mediátor = podpoří účinek přirozeného mediátoru)
- **parciální agonisté** (působí z části stejně) => využití při kolísání, ustáluje hladinu
- **antagonisté** (blokuji účinek druhého mediátoru)
- **parciální inverzní agonisté** (působí částečně opačně) => opět při kolísání
- **inverzní agonisté** (působí opačně než nějaký mediátor)

Farmakokinetika = „co se s lékem děje v těle“ (osud farmaka po užití)

- **absorpce** (jak se dostane do těla): per orálně, intra venózně (nejrychlejší distribuce v těle), intra muskulárně (nejčastěji do hýžďových svalů), sub kutánně (podkožní), per rectum (konečník, čípky), sublingválně (pod jazyk)
- **distribuce** (krev, vázání na bílkoviny) => ovlivňuje dávkování
- **metabolizace** (játra, aj. – přeměna v látku, která už nepůsobí a vyloučí se)
- **exkrece** (způsob jaký se léky dostávají z těla ven, vyloučí se – močí, stolicí, potem)
- **Maximální plazmatická koncentrace C_{MAX}** = strop mezi toxickou a min. terapeutickou hladinou
- **Biologický poločas t_{1/2}** = doba, kdy koncentrace dosáhla 50 % koncentrace v ustáleném stavu

DĚLENÍ PSYCHOFARMAK

- **Afektivita**: anxiolytika, antidepresiva, thymopropylaktika (odstraňují něco negativního), dysforika (zhoršují náladu, některé léky (na srdce) mohou mít dysforické účinky)
- **integrace psychických funkcí**: antipsychotika (=neuroleptika), (dříve i halucinogeny, př. LSD)
- **bdělost, pozornost**: psychostimulancia (budí) x hypnotika (tlumí)
- **kognitivní funkce**: neuroprotektiva
- **sexuální funkce**: antiandrogeny, gestageny, inhibitory fosfodiesterázy-5 (viagra)

Názvy: **generický** (mezinárodní název účinné látky = většinou menší), **firemní** (hlavní, určuje firma)

PSYCHOSTIMULANCIA

- Zvyšují koncentraci katecholaminů (D, A), nabuzují jasnost vědomí, zrychlují motoriku, myšlení, potlačují únavu, budí představivost, emoce
- **Pouze 2 indikace = narkolepsie + porucha pozornosti s ADHD** => předpis podléhá přísné kontrole a evidenci + se nesmí kombinovat s IMAO a kofeinem
 - o **Amfetamin (pervitin), metylfenidát (ritalin)**
 - o **Atomoxetin (Strattera)**: AD (NARI) bez antidepresivních účinků, nestimuluje, blokuje NA, působí v prefrontální kůře (pozornost, myšlení), 1 x denně, účinek 1-12 týdnů

ANXIOLYTIKA = NE dlouhodobě, pravidelně, riziko intoxikace => často (nad)užívané

- užívání co **nejkratší možnou dobu** (3-4 týdny), **riziko závislosti a vzniku tolerance**
- **potlačení anxiозity** = úzkost, strach + příslušný tělesný doprovod (třes, pocení, bušení srdce)
- většinou **tlumivý účinek** s vlivem na vigilitu, pozornost, prodloužení reakčního času
- **syndrom z vysazení** (=abstinenční syndrom): mírný (deprese, nespavost) => rozvinutý (epi, delirium, halucinace => hospitalizace)
- **amotivační syndrom**: léky zaberou a člověk se přestává aktivně podílet na léčbě
- **(1) benzodiazepiny** (nejčastější): anxiolytické, myorelaxační, sedativní, hypnotické
 - o S rychlým nástupem účinku (minuty): **alprazolam** (Neurol), **diazepam** (Apaurin)
 - o Pomalejší nástup (hodiny): **klonazepam** (rivotril), **oxazepam** (i pro těhotné)
- **(2) nebenzodiazepinová** (menší riziko tolerance, závislosti, nižší účinek i intenzita)
 - o Rychlý nástup: **hydroxyzin** (Atarax, nevyvolává závislost, vhodný pro drogově závislé – riziko epi), guaifenezin (guajacuran - myorelaxant)
 - o Středně rychlý nástup: meprobamat (myorelaxant)
 - o Pomalý nástup: **bupiron** (Buspor, ne závislost, riziko epi)
- **(3) jiné s anxiolytickým účinkem**: AD, AP II generace (malé dávky), betablokátory (potlačují tělesný doprovod = **pindolol**, atenolol, ...)

ANTIDEPRESIVA = dlouhodobě, pravidelně => NEvzniká závislost

- Užívání dlouhodobé (účinek za 3-4 týdny, při vysazování nutné dobírat min. ½ roku)
- Ovlivňují **receptory** (koncentrace a účinnost mediátorů) + **neuroprotektivně** (př. po úrazech, zvyšují vitalitu, obranu neuronů) a **anxiolyticky**
- Indikace: deprese, neurotické poruchy a poruchy vyvolané stresem, somatoformní, OCD, chronické a jiné bolesti, poruchy spánku
- **Serotoninový syndrom**: potenciálně smrtelná komplikace (kombinace léků TCAs/IMAOs/SSRI) při zavedení serotoninových AD => mírný až závažný průběh, různé příznaky (specificky **DIK** = diseminovaná intravaskulární koagulace: vznik mnoha sraženin + drobných krvácení) => vysazení AD, chvilkově anxiolytika, závažná forma => hospitalizace + **cypheptadin** (blokuje serotonin)
- **(1) Blokátory zpětného vychytávání (reuptake) mediátorů** (serotonin, noradrenalin, dopamin)
 - o **I. generace TCA (tricyklická)**: multimediátorový efekt (S, NA), analgetické, toxická (předávkování), řada nežádoucích účinků => imipramin, dibenzepin
 - o **II. generace (heterocyklická)**: mianserin (Miabene)
 - o **III. generace (první volby)**: reuptake jednoho mediátoru, zvyšují jeho koncentraci
 - **SSRI** (serotonin): ne závislost, ne tolik nežádoucích účinků (i děti, těhu)
 - **Fluvoxamin, fluoxetin, citalopram, sertralin**
 - **SARI** (serotonin): zdvojený účinek (blokátor, agonista) => trazodon (i spánek)
 - **NARI** (noradrenalin): není sedativní (riziko přesmyku do mánie) => reboxetin
 - o **IV. generace (dualistická)**: dva mediátorové systémy, větší účinnost (pokud nezab. III.)
 - **SNRI** (S, NA): anxiolytikum, analgetikum => venlafaxin
 - **NaSSa** (S, NA): mirtazapin
 - **NDRI** (NA, D): bupropion (vysoká stimulace, podněcuje sebevražedné jednání)
 - o Jiné s antidepresivním účinkem: př. třezalka tečkovaná (Jarsin 300)
 - **TIANEPTIN**: působí naopak než AD (stimuluje vychytávání), na lehké úzkosti
- **(2) Inhibitory monoaminoxidáz (IMAO)**: blokují MAO-A a MAO-B
 - o **I. generace**: neselektivní, nevratné blokování obou enzymů (odbourávajících S, NA, D, A)
 - **Hydrazinové deriváty**: toxické na játra => izokarboxazid, fenelzin, niamalid
 - **Nehydrazinové**: méně toxické => nylcypromin
 - o **II. generace RIMA**: reverzibilní inhibitory MAO, selektivní a dočasné působení
 - Na MAO-A: moklobemid, na MAO-B: selegilin (k léčbě DAT nebo Parkinsona)

NEUROPROTEKTIVA = ochranné působení na neurony, zlepšení kognitivních funkcí

- (1) **Kognitiva**: pozornost, schopnost učení a paměť (DAT) => Donepezil, galantamin, takrin
- (2) **Antagonisté NMDA receptorů**: tlumí glutamát (DAT) => memantin
- (3) **Nootropika**: zlepšuje vlastnosti cév a krve, netoxické, bez negativ => vaskulární demence
 - o Ginkgo biloba, piracetam
- (4) **Centrální vazodilatancia**: rozšiřuje průsvit cév, prokrvení mozku => organicita
 - o Xantinové deriváty (pentoxifylin), ergotové alkaloidy (nicergolin, kodergocin)

ANTIPSYCHOTIKA = neuroleptika = psychická integrace

- Potlačují psychotické příznaky (poruchy myšlení, vnímání, schizoaferktivní, schiz a emoci, deliria, agresivita, agitovanost, bipolární)
- Různé lékové formy (tablety, kapky, injekce) a způsoby podání (- zvyšují hmotnost)
- **Hyperprolaktinémie:** klasická AP zvyšují hladinu prolaktinu: růst prsou, menstruační problémy
- **Extrapyramidové příznaky:** - vliv na pohybový aparát
 - o **Časné:** parkinsonoid, akutní dystonie (mimovol. poh.), okulogyrní krize, akatizie (nekl.noh)
 - o **Pozdní:** tarditvní dyskinézy (mimovol.poh.jazyka, mimiky), tarditvní dystonie (stáčení)
- **MNS = maligní neuroleptický syndrom:** nejzávažnější komplikace (až smrt), poruchy vědomí, svalová rigidita, křeče a třes, horečky => JIP, hydratace, léky (dandrolen, agonisté D), ECT
- (1) **I. generace klasická:** na (+) psychotické příznaky (bludy, halucinace), zhoršují kognitivní fce
 - o **Sedativní (bazální):** blokují receptory D a dalších (S, A), hypnosedativa => **chlorprotixen**
 - o **Incizivní:** haloperidol (dobře skombinovatelný s dalšími léky), flupentixol
- (2) **II. generace atypická:** jak na (+) tak (-) příznaky, lépe snášena, první volba v léčbě schiz
 - o **Selektivní antagonisté dopaminových receptorů D2-3:** Amisulprid, sulprid
 - o **SDA preparáty (S2, D2, A):** risperidon, ziprasidon, paliperidon
 - o **MARTA preparáty (S, A, D):**
 - **klozapin** (nejúčinnější léčivo, AP dělo, extrémní - účinky), olanzapin (zvyšuje cukr, stabilizátor nálady)
- (3) **Depotní (zásobní):** injekční aplikace do svalu (1x za 4 týdny), NE u akutních případů
 - o Risperidon, flupentixol dekanóat, flufenazin dekanóat

THYMOPROFYLAKTIKA = stabilizátory nálady (AD, antimanické, vyrovnávání kolísání nálad)

- Snižují frekvenci a intenzitu depresivních a manických epizod => pravidelné, dlouhodobé užívání
- **Nutná kontrola hladiny léku v plasmě** (většina léků má nízkou terapeutickou hladinu)
- **Riziko: teratogenní účinky na plod** (procházejí placentou, i do mateřského mléka)
- Indikace: bipolární porucha, rekurentní deprese, agresivní chování, epilepsie, bolesti
- (1) **Lithium:** alkalický kov s vlivem na plasticitu neuronů a **neuroprotektci**, prokázáno **antisui**, nízká terapeutická hladina, velice účinný stabilizátor (- vliv na ledviny, kůži, epi, štítná žl.)
- (2) **Kyselina valproová:** antiepileptikum (II. gen.) s antimanickým efektem, zvyšuje GABA (- ovlivňuje krvetvorbu a srážlivost krve) => valproát sodný
- (3) **Karbamazepin:** antiepi (II. gen.), AD i AM, analgenitkem, sedativum, myorelaxant, (schizo)afektivní poruchy, bolesti hlavy, agrese (především při organicitě) (- játra)
- (4) **Nové preparáty:** nová antiepi (lamotrigin), blokátory kalciového kanálu (miodipin), atypika (III. gen.): olanzapin, risperidon

HYPNOTIKA = krátkodobé, cílené (3-4 týdny) = riziko závislosti

- Tlumivé, zklidňující, anxiolyticky, navozují spánek
- (1) **I. generace obsolentní:** zastaralé, nesmí se předepsat, nevyrábí se (- vliv na dýchací centrum)
 - o Barbituráty (fenobarbital) a nebarbituráty (matachalon)
- (2) **II. generace benzodiazepinová:** netoxická, potlačují REM, rychlý vznik závislosti
 - o Cinolazepam (Rohypnol), midazolam (Dormicum)
- (3) **III. generace „Z preparáty“:** první volba => **zopiklon, zolpidem, zaleptom**
- (4) **IV. generace melatonin:** přirozené působení => melatonin, remelteon
- (5) **Jiné hypnotické:** antihistaminika (hydroxyzin), AD (mirtazapin, trazodon), AP (chlorprotixen, chlorpromazin = KA, sedativní)

SEXUOLOGICKÁ FARMAKA (pozitivní = posílení, negativní = tlumení)

- Poruchy erekce: inhibitory fosfodiesterázy-5 (PDE-5) = udržují erekci
 - o Sildenafil (Viagra, 30-60 min), tadalafil (30 min), vardenafil (15-45 min)
 - o Androgeny, alprostadil (injekčně do kořene penisu), podtlakové erektoxy, chirurgie
- Předčasná ejakulace: snižování citlivosti penisu
 - o Serotonergní AD (fluoxetin, sesrtralín), lokální anestetika (masti)
- Sexuální preference (parafilie): snižování sexuální apetence
 - o Antiandrogeny (CPA), gestageny a analog gonadoliberin (odbourávání testosteronu), AP (II. gen), AD (SSRI), chirurgická kastrace

TĚHOTNÉ a farmaka:

- Pozor na teratogenní působení nebo přechod léčiva do mléka, nutno zvážit zisky a ztráty (za dva!)
- Čím méně léků, tím lépe, nezbytná spolupráce gynekologa, psychiatra

DĚTI a farmaka: nejsou malí dospělí, některé léky zcela nevhodné (nelze jen upravit dávkování)

STAŘÍ a farmaka:

- Polymorbidita a polyfarmakoterapie (více nemocí, více léků, více nežádoucích účinků, více léků)
- Systém: co nejméně léků, co nejnižší dávky, co nejjednodušší režim (brání ve stejný čas)

FARMAKOREZISTENCE = neúčinnost i přes dostatečnou délku, dávku léku, cíleně indikovaného

- Pseudofarmakorezistence (neadekvátní, nedostatečně dlouho podávaný, nesprávně dávkovaný)

LÉKOVÉ INTERAKCE = spolupůsobení a kombinace více farmak (přednostně monoterapie)

Stupně závažnosti: Klinicky nevýznamné – Klinicky významné – Život ohrožující

DALŠÍ FORMY BIOLOGICKÉ TERAPIE

ECT = ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIE

- u těžkých nebo farmakorezistentních forem deprese a schizofrenie => má **nejvyšší účinnost** (moc nevíme, jak to funguje, ale víme, že dochází k lepší funkci mediátorů)
- předtím vyšetření **internistou, očním lékařem** (aby nedocházelo k nitrolebečnímu tlaku)
- aplikace v **celkové anestezii + myorelaxancia** (uvolnění svalů, prodýchávání kyslíkem) + aplikace elektrod na spánky + roubík (zábrana pokousání jazyka nebo dutiny ústní)
- výboj trvá zlomky sekund, mozkem projede krátkodobý elektrický impuls
- **intenzivní:** aplikace obden (8-12dnů), **udržovací** (dle protokolu)
- nežádoucí účinky: poruchy paměti (většinou vymizí)
- u dětí se většinou nepoužívá, před ECT se vysazují léky a je nalačno (aby nedošlo ke zvracení), provádí ji min. 4 lidi, drží pacienta

TMS = TRANSKRANIÁLNÍ MAGNETICKÁ STIMULACE

- neinvazivní – působí přes lebku, výhoda: bez uspání
- stimulujeme a působíme magnetickým polem, které generuje lokální elektrické proudy – ty ovlivňují mozkové neurony

FYTOTERAPIE = léčba pomocí bylin a bylinných přípravků

- použitelná v určité míře, u určitých onemocnění
- mírné deprese: třezalka tečkovaná (lékové interakce – antikoncepce, léky na srdce a krevní tlak), šafrán setý
- kognitivní funkce: jinan dvoulaločnatý (Ginkgo biloba), ženšen pravý
- spánek: kozlík lékařský, meduňka lékařská, levandule lékařská, chmel otáčivý
- je třeba dbát na to, které části rostlin lze užít a jakým způsobem (louhování, lisování, ...)

FOTOTERAPIE = léčba pomocí světla

- používají se lampy, které září intenzivním světlem (větší hladina luxu, než u normálních zářivek)
- vyrábějí se i svítilny, které imitují přirozené denní světlo
- ovlivnění hormonální produkce, biorytmů
- využití u některých typů depresí (např. sezónní deprese)

AKUPUNKTURA

- u nás řazena spíše do alternativního směru = patří do čínského lékařství s tisíciletou lékařství
- postupně řazena do fakultních nemocnic a objevují se první kvalitní publikace
- provázáno s celostním přístupem

POHYB A RELAXACE

- dbát např. u deprese => působí na mozek, tak že normalizují některé mediátory
- pohybové aktivity např. vytváří dopamin ad.

SOCIÁLNÍ PSYCHOATRIE = „komunitní psychiatrie“

- pojem poprvé použit v USA na přelomu 19. a 20. století v souvislosti s tehdejšími zjištěními užitečnosti účasti sociálních pracovníků v péči o jedince s duševní poruchou
- zvláštní důraz na účast sociálních faktorů při vzniku, průběhu, léčení a rehabilitaci duševních poruch a snažila se odpovídající poznatky, hlavně ze sociálních věd, aplikovat v klinické praxi

Změny v ústavní péči:

- z výzkumů amerických sociologů vzešel poznatek, že psychiatrické nemocnice vytvářejí natolik pokřivené prostředí, že jejich obyvatelé jsou nuceni se přizpůsobovat způsobu, který jsou interpretovány jako psychické symptomy, sociálně psychiatrické hnutí vyvodilo z výzkumů praktické závěry:
 - o **Systém otevřených dveří:** zastánci komunitní psychiatrie chtěli, aby z ústavních zařízení vymizely zámky a mříže v podstatě na všech odděleních; přítomnost pacientů na oddělení měla být zajištěna propracovaným režimem a stálou prací personálu s pacienty
 - o **Atmosféra lůžkového zařízení:** v období rozkvětu sociální psychiatrie se jedním z ústředních bodů zájmu stal program naplněný promyšlenými aktivitami + *terapeutický faktor* = pracovní terapie, arteterapie, sportovní činnost, kulturní akce...
+ *estetika prostředí* = snaha o co největší přiblížení vybavení a vzhledu běžnému, tj. domácímu prostředí + složení pacientů = muži i ženy společně, jako v běžném prostředí
 - o **Terapeutická komunita:** vzájemný terapeutický potenciál pacientů
 - o **Důraz na mimoústavní péči:** pomoc pacientům v jejich původním prostředí, krizová intervence přímo v domácím prostředí pacienta, důraz na síť ambulantních zařízení

Současný stav: systém otevřených dveří je dnes v podstatě neuskutečnitelná záležitost; všemožná diferenciací nemocných je považována za vědecky podložené optimum; za terapeutickou komunitu je často považována běžná vizita; systém kvalitních rehabilitačních procedur je obvykle dostupný pouze jedincům, kteří již nejsou ošetřováni na uzavřených odděleních

SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO OSOBY S DUŠEVNÍ PORUCHOU

= síť zařízení pečujících o duševně nemocné, v ČR zastoupena ve zdravotnickém sektoru (mimo tento sektor je to také oblast sociálních služeb, oblast výchovy a školství a nestátní organizace)

Lůžková péče

- velké centralizované systémy jednají unifikovaně (potřeba většiny se rovná potřebě jedince)
- Psychiatrické léčebny, oddělení nemocnic, kliniky fakultních nemocnic
- Domovy důchodců se specializovanou psychiatrickou péčí (rozvinuta psychogeriatrická péče = ošetrovací a azylová péče o osoby, které není možno umístit v podmínkách chráněného bydlení)
- Lázeňská psychiatrická zařízení (obnova nebo částečná náhrada psychických funkcí člověka)

Ambulantní péče = nejčastější místo prvního kontaktu pacienta s odbornou službou

- jejich úkolem je diagnostika, léčba, rehabilitace, posuzování a prevence duševních poruch
- dále: ambulance veřejné psychiatrické péče, ordinace AT (alkohol–toxikomanie) pro prevenci a léčbu závislostí, psychiatrické ambulance pro děti a dorost, ambulance psychiatrické sexuologie, ambulance pro poruchy příjmu potravy, ambulance klinického psychologa

Ordinace klinických psychologů: na doporučení lékaře

Komunitní služby:

- prosazují péči co nejvíce přístupnou lidem, respektuje individuální potřeby člověka + umožňuje život v přirozeném prostředí s minimální hospitalizací mimo komunitu

KONTAKTNÍ A KRIZOVÉ SLUŽBY = bezprostřední psychologickou pomoc v náhle vzniklých situacích, které pacient není schopen zvládat dle aktuální situace v místě bydliště pacienta nebo v zařízení k tomu určeném => pracoviště zprostředkovává další následné potřebné služby

- kratší trvání, zaměřena na zvládnutí akutního problému

Telefonická a internetová pomoc

- inicioval Skála založením linky důvěry, která měla významnou úlohu v prevenci sebevražd, sebeopoškození a dalších forem autoagrese => (+) anonymita, (-) omezuje možnost terapie

Služba s přesmáním

- pacient v krizi je oddělen od svého domácího prostředí, pobyt 1-2 týdny
- 2 základní typy: samostatná krizová lůžková centra X jednotky akutní pomoci v odd.nemocnice

Mobilní služby: většinou přivolána rodinou pacienta, sousedy nebo policií, jen zřídka ji zavolá sám pacient => většinou pacient, který nemá náhled na svůj psychický stav, chová se abnormálně

Domácí léčba = varianta mobilní krizové služby, vyvarování se tak nutnosti hospitalizace

Krizové centrum = pomoc poskytovaná v prostředí pomáhajícího, pacient si sem dochází pro pomoc sám

Terénní práce (tým, asistenční služba) = poskytování individuální pomoci klientovi v domácích podmínkách

Case management (případové vedení) = zprostředkování služeb, vyjednávání s dalšími institucemi

- zaměřuje se na zdravé stránky klienta více než na jeho psychopatologii, vyznačuje se flexibilitou, intervence jsou založeny na klientově rozhodnutí a souhlasu, cílem je snížení počtu hospitalizací, stabilita bydlení

Podpora bydlení:

- programy alternativa hospitalizace – léčebné komunity, velmi efektivní zvláště pro akutní pacienty
- programy zaměřené na podporu dovedností, samostatnosti

BYT NA PŮL CESTY = časově omezená služba, podmínkou je ochota mít i vlastní aktivity mimo bydlení + motivace ke změně, do těchto bytů pravidelně dochází asistent, který je k dispozici k individuální spolupráci

DŮM NA PŮL CESTY = forma podporovaného bydlení v domech, kde žije více pacientů pohromadě

- dodržují určitá programová pravidla, aby splnily cíl → podporu a zvýšení nezávislosti pacienta - klienti se zde učí za asistence pracovníka nakupovat, vařit, udržovat pořádek, zacházet s penězi = pobyt limitován

DLOUHODOBÉ CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ = podpora, aby mohli vést běžný život v co nejvyšší možné míře

- existují 2 typy služeb tohoto programu: léčebné komunity X programy zaměřené na posílení samostatnosti

PODPORA V PRÁCI

- cílem udržení, obnovení a zlepšení pracovních dovedností a sociálních vztahů, které jsou s prací spojeny
- zaměstnanost může tedy sloužit jako ochranný faktor proti relapsu symptomů a pomáhat proti stresu...

CHRÁNĚNÁ DÍLNA = pracoviště, které má vhodný výrobní program a kapacitu

- pracovní doba je zkrácena a prostředí pro práci vyvolává nízký tlak na pracovní výkon

PŘECHODNÉ ZAMĚSTNÁVÁNÍ

- klienti na časově omezenou dobu zařazováni na vybraná pracovní místa v běžných pracovních podmínkách za individuální podpory sociálních pracovníků

PODPOROVANÉ ZAMĚSTNÁVÁNÍ

- odborníci vyhledávají vhodná pracovní místa v běžných pracovních podmínkách bez časového omezení
- sociální pracovníci stále k dispozici, aby mohli v případě potřeby poskytnout klientovi potřebnou podporu

JOB CLUB (KLUB PRO ZAMĚSTNANÉ)

- job club se zaměřuje na trénink práce duševně nemocných a na samostatné aktivní shánění pracovního uplatnění (např. vlastní prezentace při pracovním pohovoru)

SOCIÁLNÍ FIRMY A SOCIÁLNÍ SLUŽBA

- samostatně provozované podniky, které představují specifická pracoviště pro osoby s duševní poruchou; jsou zapojeny do běžného trhu - setrvání není časově omezeno

DENNÍ, NOČNÍ STACIONÁŘ = přechodná forma mezi hospitalizací a pobytem mimo lůžkové zařízení

- slouží k intenzivnější a systematictější péči, kterou nelze poskytnout v ambulanci
- nemocný dochází ráno na oddělení k lékařské vizitě, účastní se terapeutických aktivit a po jejich skončení se vrací v odpoledních hodinách domů, denní stacionář může mít různé formy:
 - o zaměřený na krizovou intervenci (slouží k zabránění hospitalizace pro všechny krizové stavy a nemoci a umožňuje udržení sociálních vztahů)
 - o rehabilitační denní stacionář (slouží ke zkrácení doby hospitalizace a postupnému zapojování převážně chronických pacientů do sociálních vztahů)

DOMÁCÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE (HOME CARE)

- určena osobám, které bydlí doma a potřebují pomoc a podporu
- může to být léčba v domácím prostředí, při které je poskytována medikace, ošetřovatelská péče, podpůrná psychoterapie...

INFORMAČNÍ CENTRA A PORADENSKÁ ČINNOST

- podílí se mnoho osob a organizací **INFORMAČNÍ CENTRA**
- poskytují informace o službách a možnostech, které mohou zmírnit nebo vyřešit obtížnou situaci - poskytované info se týká otázek sociálního pojištění, podpory, pomoci nebo systému zaměstnávání

PORADENSKÁ ČINNOST

- v poradenské činnosti je poskytována přímá pomoc lidem při řešení jejich sociálních problémů
- zahrnuje sociální pracovníky, psychology, psychiatry, speciální pedagogy, sociology, právníky...

VOLNÝ ČAS, KLUBOVÁ ČINNOST = účelem společné trávení volného času, vzájemná pomoc...

CENTRUM DENNÍCH AKTIVIT = poskytují celodenní programy se zaměřením na podporu sociálního zázemí pacientů **SVĚPOMOCNÉ KLUBY**

- jsou to samostatně se zakládající společenství stejně postižených lidí, např. lidí postižených psychózou - každý ze členů dochází do skupiny, aby pomohl sám sobě, ne aby pomáhal ostatním, typickým znakem klubů je nepřítomnost profesionálů

17. Psychoanalýza, hlubinná psychologie a dynamická psychoterapie.

Psychoanalýza - S. Freud

- **Topografická rovina:** vědomí, předvědomí a nevědomí
 - o z předvědomí lze vyvolat obsahy do vědomí
 - o z nevědomí nejsou přímo přístupné, ale mají vliv na vývoj osobnosti i vzniku neuróz
- **Dynamické síly:**
 - o sexuální pud (libido, pud lásky)
 - o destruktivní pud (thanatos, pud smrti, souvisí s agresí) => zaveden později
- **Ontogenetický vývoj libida**
 - o **Orální fáze:** do 18 měsíců
 - uspokojování skrze ústa (sání, později s růstem zubů žvýkání a kousání)
 - osobnostní rysy při dobrém uspokojování: optimismus, manipulace, lehkověrnost
 - osobnostní rysy při nedostatečném uspokojování: pesimismus, podezřívavost, žárlivost
 - fixace: v sexu, orientace na jídlo, kouření, cucání palců
 - primitivní obrany: popření, projekce, inkorporace
 - o **Anální fáze:** 18 měsíců – 3 roky
 - uspokojování skrze konečník (zadržování a vypuzování stolice)
 - osobnostní rysy při nadměrné požadavky rodičů: pořádkomilovnost, šetrnost, tvrdohlavost
 - osobnostní rysy při shovívavém přístupu rodičů: nepořádnost, plýtvání, uvolněnost
 - pojí se s tím sběratelské vášně v pozdějším věku
 - obranné mechanismy: přeměna v opak, odčinění, izolace, intelektualizace
 - o **Falická fáze:** 3 – 6 let
 - uspokojení skrze objevování penisu a klitorisu
 - **oidipovský komplex:** erotický vztah vůči rodiči opačného pohlaví a rodič stejného pohlaví je brán jako sok => ústřední téma psychoanalýzy
 - u žen se používá Elektřin komplex (ale Freud nepoužíval)
 - **Kastrační úzkost a závidění penisu:** chlapec má strach ze ztráty penisu a dívky jej závidí, nutné překonat a identifikovat se s rodičem téhož pohlaví, stejně jako s jeho orálními normami
 - osobnostní rysy při uspokojování: pyšnost, společenskost, neomalenost
 - osobnostní rysy při neuspokojení: ostýchavost, otevřenost, skromnost
 - obranný mechanismus: vytěsnění
 - o **Období latence:** 6 až 11 let
 - sexuální zájmy v pozadí, klidné období
 - o **Genitální období:** od 11 let
 - dospělá sexualita,
 - pokud proběhlo bez fixací zaměřena heterosexuálně
 - při fixaci může vzniknout perverze nebo při potlačení neuróza
 - může se objevit i regrese do daného stádia
- **cenza:** libido se dostává do konfliktu se společenskými, morálními normami, ale díky cenzuře se to dá ovládnout a vytěsnit do nevědomí
- **Strukturální rovina:**
 - o **Id:** biologický energetický potenciál osobnosti, nejprimitivnější, princip slasti, sex a agr. pud
 - o **Ego:** reguluje duševní život, princip reality, zprostředkování mezi ID a superegem
 - o **Superego:** souhrn ideálů a norem, princip dokonalosti, zvnitřnění hodnot, morálky, společnosti
 - o **Konflikt:** intrapsychické střetnutí těchto složek
 - jeho vytěsněním vzniká neuróza
 - nevědomí konflikt se projevuje ve snech (i zde cenzura, i když oslabená, proto se přání objevují s symbolické rovině, posunuté atd) a chybných výkonech
 - o **Psychopatologie:** základní význam má úzkost
 - Freud chápe nejprve jako následek nevybité sexuálního napětí
 - později jako důsledek porodního traumatu (vržení do světa) a dalších separačních tendencí
 - nakonec jako pudové či emoční napětí v důsledku vědomého nebo nevědomého ohrožení zevnitř (z pro ego nepřijatelných pudových tendencí)
 - k jejímu odstranění obranné mechanismy:

- primární: Popření, Štěpení já (splitting of the ego), Krajní disociace, Somatizace, Krajní idealizace a znehodnocení, Odehrávání –defensive enactment –acting out, Projekce, introjekce a projektivní identifikace, Všemocná kontrola, Sexualizace, Krajní stažení se
- Sekundární: Vytěsnění, Moralizování, Reaktivní výtvar, Odčinení, Identifikace, Izolace afektu, Obrácení proti sobě, Intelktualizace, Sublimace, Přesunutí, Racionalizace, Humor, Obrácení v opak, Oddělování, Regrese
- o Psychoterapie:
 - nesměruje k uvolnění a nekritickému uspokojování, ale vede k náhledu (na iracionální motivace a vytěsňené konflikty) a jejich racionálnímu zvládnutí => vytěsňené konflikty odhalit, přivést do vědomí a vrátit pod kontrolu
 - dlouhodobý proces, zpravidla i několik let
 - **Technika volných asociací:** pacient sedí na gauči a terapeut sedí mimo jeho pohled, ale tak aby viděl na pacientův obličej, pacient říká vše, co ho napadá s emočním doprovodem a bez snahy o nějaké logické sdělení
 - dle Freuda 60 min sezení 6x týdně, později 4-5x týdně po 50 min, půl roku až 3 roky
 - terapeut neutrálně s porozuměním naslouchá
 - **Interpretace a analýza odporu:**
 - při volných asociacích terapeut z počátku neaktivní, později vstupuje s interpretacemi nevědomých obsahů a snaží se je dostat pacientovi do vědomí
 - o správnosti interpretace rozhoduje pacient, je na něm jestli ji přijme
 - je nutné nechat pacientovi čas, aby interpretaci přijal a překonal odporu
 - odpor je vše, co ruší proces analýzy, při volných asociacích se projevuje například delšími odmlkami (pacient pozměňuje myšlenky), neschopností vyvolat jakoukoli představu, nebo točením se v kruhu, náhlou změnou tématu
 - **Přenos a přenosová neuróza:**
 - afektivně zabarvený vztah mezi klientem a terapeutem
 - klient vypráví o mnohých zážitcích a terapeut aktivně naslouchá, tím vzniká pracovní spojení
 - pozitivní přenos: žena pociťuje k mužskému analytikovi důvěru až zamilovanost, u muže se mohou projevit latentní homosexuální sklony => pacient se ochotně podrobuje léčení a dává bohatá sdělení
 - pokud si ale neuvědomí tyto pocity může dojít k přenosovému odporu=> skryté nepřátelství, odmítání interpretací, chladná rezervovanost
 - důležitost analýzy: není skutečně k terapeutovi, ale pouze odraz z minulých vztahů, jde o opakování vztahů k terapeutovi, nejde o terapeutovu osobnost ani schopnosti
 - jde o žádoucí a důležitou složku terapie
 - terapeut nesmí opětovat city ani hostilitu, osobní život terapeuta patří naprosto mimo terapeutický proces,
 - Indikace: neurotické poruchy, nutkavosti, silný tlak superega, svědomí, nedostatek seberealizace X NE psychotici ani psychopati (špatně testují realitu)

Současníci

- **Wilhelm Stekel:**
 - o neurózu zkoumat v dimenzi minulosti (infantilní jádro), přítomnosti (aktuální konflikt) a budoucnosti (životní plán), upouštěl od volných asociací, aktivně nabádal k zbavení se patologických návyků (zvědomělých při psychoterapii), využíval i kontaktů s pacientovým okolím
- **Sandor Ferenczi:**
 - o snaha o urychlení terapie, terapeut náhradním dobrým rodičem: neurózy základě nedostatku lásky od rodičů => znovuprožití zkušeností v láskyplném prostředí
- **Otto Rank:**
 - o porodní trauma => úzkost vzniká odloučením od bezpečného prostředí a vždy se znovu objevuje s dalším odloučením v průběhu pacientova života
 - o při terapii si má porodní trauma znovuprožít
 - o časově omezená terapie na překonání porodního traumatu a rozvoj pacientovi vůle

- **Wilhem Reich:**

- o neúplné sexuální vybití a potlačování libida vede k městnání bioenergie a k neuróze
- o neuróza má souvislost s držení těla, mimikou a pohyby => fyzicky manipuluje s klientem, důraz na dýchání a uvolnění svalového napětí
- o napětí možné projevit, křikem, pláčem, nadávkami, kopáním do podložky
- o člověk si vytváří svalový a charakterový pancíř, který je potřeba odstranit

Následovníci

- **Egopsychologie** (zakladatel Heinz Hartman)

- o zaměření na „já“ => z části tvořeno pudově a z části interakcí se světem
- o potřebou ega je žít ve světě a být úspěšný => zajišťuje adaptaci
- o Margareta Mahlerová: longitudinální výzkum vývoje dětí
 - autistické období: novorozenecké
 - symbolické období: 2. až 3. měsíc
 - proces separace a individuace: do 3 let
 - diferenciací (4 – 9 měsíců)
 - praktikující (9 – 15/18 měsíců)
 - znovusblíživí (15/18 měsíců – 3 roky)
 - dosažení individuality a stálosti vztahu k objektu: od 3 let - vnímá druhé lidi jako od sebe oddělené
- o Erick Erikson => důraz na společenský obsah, vychází z Freuda

Stádia vývoje dle Eriksona

Stádium	Věk	Mohutnost
Zákl. důvěra vs. nedůvěra	Do 1 roku	naděje
Autonomie vs. stud a nejistota	1–3 roky	vůle
Iniciativa vs. vina	3–6 let	Účelnost
Snaživost vs. méněcennost	6–12 let	kompetence
Identita ega vs. zmatení rolí	12–19 let	věrnost
Intimita vs. izolace	20–25 let	láska
Generativita vs. stagnace	26–64 let	pečování
Integrita ega vs. zoufalství	64 – smrt	moudrost

Tři R dle Eriksona

Stádium	Ritualizace	Rituál	Ritualismus
Zákl. důvěra vs. nedůvěra	tajemnost	Střetnutí s druhou osobou	Idolizmus
Autonomie vs. stud a nejistota	nestrannost	Soudní proces	legalizmus
Iniciativa vs. vina	dramatičnost	Divadlo, dramatika	napodobování
Snaživost vs. méněcennost	formálnost	Práce	formalismus
Identita ega vs. zmatení rolí	ideologie	Potvrzení životních voleb	totalismus
Intimita vs. izolace	afiliace	Bytí s druhými	elitarismus
Generativita vs. stagnace	generačnost	Péče o druhé	autoritářství
Integrita ega vs. zoufalství	integrace	Potvrzení dědictví a moudrosti	sapientizmus

- **Psychologie objektních vztahů: Otto Kernberg**

- o přechod od pudů k vztahu k lidem
- o zabýval se internalizací raných vztahů ve vývoji (vztahy jsou pro něj intrapsychické ne interpersonální => jde o reprezentace sebe a druhých)
- o základní stavební jednotky struktury osobnosti se skládají z reprezentací sebe, objektu (představy o druhých lidech) a jejich emočních podbarvení (pocity ze vztahu s druhými)
- o z nich vyplývají trvalé psychické struktury osobnosti
- o Hraniční porucha (MKN10 => Emočně nestabilní porucha osobnosti, hraniční typ)
 - projevy: vytváří intenzivní ale nestabilní vztahy, snaha zbavit se osamělosti, náladovost, sebedestruktivní a suicidální tendence, nepřiměřené zlost, psychotické zážitky nebo paranoidní chování, včetně občasných úzkostných, fobických, hypochondrických, hystriónských potíží
 - známka slabosti ega, nedostatečného zvládnutí impulzů, nedostatečná sublimace,
 - primárně procesuální myšlení: řídí se principem slasti, ignoruje princip logiky, primitivní obranné mechanismy (popírání vnější skutečnosti, primitivní idealizace a znehodnocování, štěpení => vše dobré nebo špatné, myšlení v extrémech, nic mezi tím a projektivní identifikace)
- o léčba těchto osobností: aktivní konfrontace s jejich obranami, nestačí pouze analýza odporu a přenosu, je třeba jim nastavit hranice (velmi náročné pro terapeuta na čas i

energii), terapeut má pracovat s protichůdnými postoji pacientů a integrovat jim pohled na sebe i ostatní

- Selfpsychologie: Heinz Kohut
 - o self je reprezentací sebe uvnitř ega
 - o narcistická osobnostní patologie (dle psychoanalýzy neléčitelná): porucha sebehodnocení a neschopnost navázat kvalitní vztahy s druhými lidmi
 - pacient se vidí jako všeznalý, dokonalý, neomezeně mocný člověk
 - přicházejí s neurčitými problémy: problémy v práci, nezáměr o sex, tendence k zlosti, hypochondrické tendence
 - příčina vývoje: blízkosti, empatického porozumění a ocenění rodiči, společně s absencí rodičovské postavy se kterou by se mohli identifikovat
 - terapie: posílit sebelásku narcistů, aby nevnímali ostatní lidi jako rušivé činitele
 - schopni přenosu podle něho – 2 typy: zrcadlící (potřeba obdivu a sebe-předvádění se) a idealizující (terapeut idealizován, aby se klient mohl identifikovat) => terapeut se nesnaží zrušit idealizaci, ale poskytuje empatické porozumění, aby došlo k dosycení potřeby z dětství
 - chápe jako projevy nepřipravenosti na nároky vnějšího světa
 - cíl terapie: posílit ambice a ideály, posílit autonomii, ale také empatii, tvořivost a smysl pro humor

ANALYTICKÁ PSYCHOLOGIE - C. J. Jung

- Optimističtější pojetí lidské přirozenosti než u Freuda => jsme motivováni zrát a rozvíjet
- **Libido** = veškerá psychická energie, obecná dynamická síla
- **Nevědomí** obsahuje pozitivní i kreativní princip
 - o **Osobní**
 - o **Kolektivní** = zkušenosti celého světa a kultur
 - **Archetyp** = zkušenost, vzor pocitů a poznání, pravzor lidské existence
 - **Stín a persona**: nepříjemné a primitivní impulzy, spontaneita x maska, jak vystupujeme na veřejnosti
 - **Animus a anima**: mužské prvky v ženské psychice X ženské v mužské
 - **Self**: celost a integrace osobnosti
- **Komplex** = nevědomý a do jisté míry osamostatněný soubor představ a tendencí, který může blokovat přirozený běh duševního života, může se projevit jako druhé já, které je v protikladu s já vědomým
 - o **Silně afektivně nabitý**: převládá v usměrňování psychické činnosti
 - o 4 možné vztahy ke komplexu: **Naprostá neznalost jeho existence, identifikace, projekce, konfrontace** (jediná vede k vyrovnání se s komplexem a jeho rozřešení)
- Vývoj není jen v dětství, ale probíhá celý život
 - o **První polovina života**: orientace navenek, cílem je socializace
 - o **Druhá polovina života**: orientace dovnitř, integrace vědomých a nevědomých složek osobnosti = **INDIVIDUACE** (předchůdce pojmů sebe-aktualizace, -realizace)
- Změny ve **středním věku** jako závažné (krize) => lidé vyřešili problémy v pracovních a rodinných vztazích, ztrácejí nadšení a pociťují prázdnotu

Proces individuace:

1. Stádium: přiznání si vlastních destruktivních sil v našem stínu (=naše přirozenost)
2. Stádium: přijmout aspekty opačného pohlaví (M animu, Ž anima)
3. Stádium: vypořádání se s moudrým starcem a matkou zemí
4. Stádium: integrované, pravé, plné já

Hlavní zásady AP:

- **Objasňovat nevědomé souvislosti** (7 stupňů)
 1. Snížení prahu vědomí (aby mohly proudit nevědomé obsahy)
 2. Vynoření nevědomých obsahů ve snech a představách
 3. Zachycení a uchování obsahů ve vědomí
 4. Prozkoumání a pochopení jejich smyslu
 5. Začlenění smyslu do celkové situace jedince

- 6. Přivlastnění a zpracování nalezeného smyslu
- 7. Organické včlenění problému do celkové psychiky pacienta
- **Práce se sny:** „analýza snů“ = přirozené a spontánní nezahalené vyjádření nevědomých procesů; **symbolický jazyk**; sny mají **kompensační funkci** = z nevědomí převádí do vědomí to, co tam chybí
- **Aktivní imaginace:** vyvolat dojem, udržet jej a dále rozvíjet

Individuální psychoterapie - Adler

- Nevědomí je významný činitel (ve shodě s PA), ale obsah je jinak představen
- Není rozhodující sexuální pud, ale **ŽIVOTNÍ CÍL**
 - o **Životní cíl jedince (určen 2 faktory)**
 - **"společenský cit" = vrozená potřeba začlenit se do společnosti, prožít pocit sounáležitosti a společenský zájem**
 - **„uplatnit se a prosadit“ se v této společnosti = potřeba sebe-uplatnění, touha po moci, potřeba dosáhnout nadřazenosti a dokonalosti**
- IP chápe člověka **ve vztahu ke společenskému prostředí** a přikládá zásadní význam vzájemné **interakci jedince a společnosti** ve vývoji
- Duševní život není vytvářen vnitřní dynamika biologických pudů, ale **sociálním prostředím**
- **Sociální určenost** má své hranice => **počítá se schopností člověka dělat vlastní závěry** => různé postoje ke společenskému prostředí vedou k různým způsobům vnitřního zpracování vnějších vlivů
- **Jsme pány svého osudu**, ne oběti (jak u PA)
- **význam raného věku** (podobně jako u PA Freuda), ale s důrazem na **sourozenecké konstelace**, tzv. postavení mezi sourozenci podněcuje tvorbu specifických osobnostních rysů
 - o **nejstarší:** převaha zajištění věkem, „strážce pořádku“, snaží si udržet své postavení, se kterým se narodilo
 - o **prostřední:** bojuje za své sebe-uplatnění, protože je někdo před ním, zvyšuje se touha po vyniknutí
 - o **nejmladší:** vyvíjí se pohodlnost a rozmazlenost, všichni mu slouží – to, že ho nikdo nenechá něco dělat může vést taktéž k rozvinutí touhy po moci
 - o **u dívek:** v kulturním prostředí, kde mají podřízené postavení může dojít k tzv. **mužskému protestu**, kdy dívka přijme mužské vzorce chování a snaží se vynikat v ryze mužských aktivitách = útěk od ženské role

Společenský cit a pocit méněcennosti: Lidské chování je zaměřeno na **dosahování cílů:**

- vrozená potřeba začlenit se do lidské společnosti
- při naplňování potřeby můžou vyniknout jedincovy nedostatky (fyzické, psychické)
- vzniká pocit ponížení, který se může prohlubovat
- rozvíjí se **pocit méněcennosti** = podněcuje úsilí po uplatnění
- dochází ke **kompensaci** PM = ať už je PM domnělý nebo skutečný
- záleží na **odvaze** jedince:
 - o odvaha: PM se stane **hnací silou** a povede k (pře)kompensaci (ve stejném/jiném oboru zájmu)
 - o bez odvahy: rozvíjí se **neuróza**: „útěk do nemoci“ = zabezpečuje člověka před prožíváním PM, za neschopností jedince stojí **výmluva na nemoc** (jedinec tak získává moc, převahu nad zdravými – má jisté výhody)
- může dojít i k **asociálnímu reagování** = **znehodnocovací tendence** podrazit, pomluvit a jinak poškodit osoby, nad kterými chce získat převahu

Rodinné prostředí: Má vliv na vytvoření komplikovaného životního stylu (může být zdrojem patologie)

- **hyper-protektivní** = druzí se o mě musí postarat
- **dominantní** = boj o moc, kompulzivní ŽS
- **zneužívající** = pomsta, pasivně agresivní strategie
- **zanedbávání**

Hlavní zásady IP:

- **poznat pacientův nerealistický životní plán:** co se změní, když bude P zdravý? Co mu umožňuje jeho nemocný stav (čemu se vyhýbá), analýza motivace, postojů, životního stylu a zhodnocení sourozenecké konstelace

- **vést pacienta ke změně životního plánu:** zaujetí realistického postoje, vzdát se výhod nemoci, překonat PM
- **dodávat odvalu:** podporujeme P, aby na sebe bral realistické úkoly, aby směřoval k řešení svých problémů ve třech nejdůležitějších oblastech: **povolání, společenské vztahy, láska**
- propojit minulost, přítomnost, budoucnost
- **rozvoj sociálního citu**
- zaměření na **pozitivní stránky osobnosti** (a jejich podpora)
- práce s **domácími úkoly** (např. přistihněte se, když se vám něco podaří)
- **hra „jako by“** (chovejte se jako byste byl někdo jiný)
- **práce se sny** = sny jako alternativní chování, které odráží životní styl člověka a jeho změny

Terapeutický obsah:

Intrapersonální konflikty

- **úzkosti a obrany:** destruktivní ŽS přináší pocit bezpečí, zpochybnění ŽS vede k zvýšení úzkosti a k vyhýbání se budoucnosti => úkol PST vytvořit účinnější strategie
- **sebe-ocenění:** povzbudíme K, aby žil pro druhé a na sebe zapomněli => ŽS prospěšný pro svět
- **zodpovědnost:** přijmout zodpovědnost za dopady vlastního ŽS na společnost

Zdravá osobnost: se kreativně vyrovnává se skutečnostmi a úkoly života, projevuje pocit sounáležitosti, odvalu a zdravý selský rozum.

Dynamická psychoterapie

- **vyvíjí se z psychoanalýzy** => nevědomí, důležitost zážitků v dětství a intrapsychické konflikty
- **sama přidává:** důležitost sociálního faktoru a současných interpersonálních vztazích
- zkoumá interpersonální kontakty, kde si klient maladaptivním chováním může zhoršovat nebo opakovat konflikty
- **terapie:** snaha o porozumění podílu klienta na opakujících se problémech a náhled na souvislost s dřívějšími významnými zážitky (bazální zkušenosti, frustrace, traumatické zkušenosti)
- **Cíl:** náhled, prožití emočně korektivní zkušenosti, přezkoušení nového chování na základě opravených postojů a sociální adaptace

Karen Horneyová

- neurotické chování pramení ze sociálních a kulturních faktorů => hlavně **z poruch v mezilidských vztazích**
- důraz na chování naučené (ne podle instinktů jako psychoanalýza)
- **primární reakce:** reakce vedoucí k uspokojení (k pozitivnímu emočnímu ladění), reakce vedoucí k bezpečí (odstranění nebo snížení negativního emočního ladění) a později reakce vedoucí k vnitřní jednotě individua
- **neurotické poruchy** jsou vzorce interpersonálního chování získané na základě různých situací v rodině
 - o základ v odmítavém a přísném chování rodičů, které vyvolává v dítěti základní úzkost, pocity izolace a bezmoci
 - o bez lásky, vřelosti a pocitu úspěchu jsou vytvářeny nepřátelské pocity (vede k úzkosti a obranám proti úzkosti)
- ze základní úzkosti => **základní konflikt**
 - o způsobuje protichůdné tendence ve vztahu k lidem: k lidem, od lidí, proti lidem
 - o což vede k neurotickým postojům: podrobivost, stažení se do sebe nebo útočnost
 - o to vede k neurotickým řešením konfliktů, které vytváří další obtíže a vytváří se tak bludný kruh
- neurotické chování je rigidní a nutkavé, reakce nadměrně generalizují a neberou v potaz vhodnost v dané situaci => lze je ale poznat, pochopit a změnit
- Odmítá Freudovu „závist penisu u žen“, která by měla vést k nižšímu sebehodnocení žen
 - o důvod nižšího sebehodnocení vidí v dlouhodobé diskriminaci žen ve společnosti vedené muži
 - o navrhla koncept závidění ženského lůna a mateřství muži

H. Sullivan

- důraz na **interpersonální chování** (vznik i léčení poruch)
- základní lidské potřeby: potřeba uspokojení (biologická potřeba, souvislost s uspokojením fyziologických potřeb: hlad, sex, ...) a potřeba bezpečí (souvislost s interpersonálními vztahy, redukuje úzkost a nejistotu)
- úzkost hraje roli kvůli konfliktu tendenci v životě i ve vzniku poruch chování
 - o např.: vede-li chování k uspokojení fyziologických fcí, ale zároveň ke ztrátě bezpečí
- obrana proti úzkosti je například „selektivní nepozornost“ => zážitky vyvolávající úzkost jsou vytěsňeny z vědomí
- terapie – náhled na vzorce chování, rozbor vztahů v dětství, interper. vztahy v terapii
- duševní problémy = poruchy interpersonálních vztahů

F Alexander

- psychosomatika – užší pojetí; Chicagská sedma (astma, hypertenze, neurodermatitida apod.)
- neuróza – selhání jedince ve zvládnutí situace, nemožnost najít soc. přijatelné uspokojování potřeb - neúspěšný pokus řešit současné problémy způsoby, které zklamaly v minulosti
- cílem terapie zvýšení schopnosti nacházet uspokojování potřeb přijatelným způsobem pro jedince i pro svět, v němž žije, a tak mu umožnit i rozvoj jeho schopností
- zaměření na současné problémy, návrat k minulosti jen k osvětlení motivů
- snaha o korigování neúspěšných vzorců chování, poskytnutí příležitosti pro snahy o znovupřizpůsobení v rámci přenosové situace
- kritický k VHLEDU, říkal, že to nestačí → korektivní emoční zkušenost – centrální terapeutický činitel; čl. Prožije určitou změnu, uvědomí si, že je reálná
- oproti klasické psychan. (kognitivní aspekt, získání náhledu) důraz na emoční zážitek, psychoterapie jako proces emoční převýchovy

pokrok, když člověk vyjádří emoce

18. Humanistická a existenciální psychoterapie, logoterapie, gestalt terapie, empatická terapie a terapeutický vztah.

TERAPIE ZAMĚŘENÁ NA ČLOVĚKA (ROGERS)

- Nedirektivní terapie, person centered therapy = PCT, dialogická, vztahová
- terapeut dosahuje konstruktivních změn v osobnosti a v projevu klienta tím, že jej bez výhrad a vstřícně akceptuje, projevuje se vůči němu vysoce empaticky a autenticky => vztahovou nabídkou vytváří psychoterapeutický prostor, který podporuje osobnostní růst a umožňuje překonání klientových inkongruencí, což se děje díky pravdivějšímu porozumění sobě a subjektivně významným vztahům
- Techniky: Zrcadlení, aktivní naslouchání, parafráze, reflexe, korekční emoční zkušenost
- **Empatie**: dá se trénovat
 - o v užším slova smyslu: dokážu si představit co bych dělal na jeho místě
 - o v širším slova smyslu: co bych dělal, kdybych byl tím pacientem
 - o **retipatie**: tělesná reakce na člověka
- **Akceptace = vřelost**: T si váží K nehledě na jeho projevy, je nesobecky vřelý
- **Kongruence = opravdovost**: soulad mezi T chováním a prožíváním, T jako skutečná osoba bez přetvářky X klientova inkongruence (potřebuje pomoc)
- **Vztahovost** = podmínkou terapie je vytvořený vztah
- **Náchylnost k úzkosti** = úzkost motivuje ke změně

teorie osobnosti:

- Základní motivační faktor = tendence k **sebeaktualizaci**, směr aktualizace je určován procesem **organismického hodnocení** = hodnocení našeho organismu (co je ne/libé) => OH ovlivněno vnějšími faktory (výchova) => vzniká problém **dekompence**
- Lidská bytost je ve svém základu dobrá => negativní chování odraz vlivu vnějšího prostředí
- Příznivé podmínky pro lidský rozvoj jsou v atmosféře **bezpodmínečného přijetí** => **vznik kongruence** => kladná představa o sobě
- Pozor, když klient investuje energii do idealizovaného self – tedy falešného self

Teorie psychopatologie:

- Maladaptace: odcizení se vlastním sebeaktualizačním tendencím, příklon k patologii, ztráta vlastního Já, opuštění organismického hodnocení
- Kořeny v dětství:
 - o **neurotický vývoj** (úzkost, somatizace, nekvalitní spánek, stereotypy)
 - o **nejistota** (úzkost, kousání nehtů uvolňuje vnitřní tenzi => když jsme sami s vlastním egem => důležité umět vydržet sám se sebou)
 - o **pocit odcizení (alienace)**: není tam bezpodmínečné přijetí, ztráta sociální opory
 - o **Vznik záporného sebehodnocení, které se jedinec naučil od druhých osob**
 - o **Rozpor kým jsem a kým chci být, inkongruence, zkreslování sebe i vnější reality**

Teorie terapeutického vztahu:

- uvolnit cestu existujícím možnostem v klientovi
- Integrovat pojetí já a organismického hodnocení
- Klíčové jsou vztahové proměnné mezi terapeutem a klientem
- Psychoterapeutický proces je položen tedy na terapeutickém vztahu
- Terapeutický vztah má přispět k vytvoření atmosféry, kde se klient může otevřeně, svobodně, poznávat, zkoumat svá přání, tužby

7 stádií terapeutického vztahu (Procházka prezentace)

1. **Rigidita** – vytvoření rigidního pohledu na svět, neuvědomuje si myšlenky, pocity, není motivovaný ke změně, tématem jsou věci, o které nemá zájem
2. **Inkongruence** – své názory považuje za fakta
3. **Neaktuální prožitky z minulosti** – uvolňuje vlivem přijetí
4. **Zodpovědnost za sebe**, uvědomění konfliktu s dřívějším prožíváním: sděluje přítomné pocity
5. **Hledání** – otevřenost, sděluje pocity, touží být sám sebou
6. **Ventilace a péče** – zásadní změny v prožívání, plně a přítomně, bolestné/vzteky
7. **Svobodný člověk** – plně fungující osoba, dosažený cíl terapie => čl. s tendencí stálého osobního růstu, uvědomuje si vlastní pocity, potřeby, vědomě řídí své chování, naplňuje své pozitivní možnosti v souladu s ostatními

integrate = přijme své pocity, začíná si věřit, uvědomovat si, co se v něm odehrává; ústup psychopatologie = narůstá důvěra, přijetí sebe sama, posun od minulého/abstraktního k současnému/reálnému => důl. je „zvyšování vědomí“ čl. o sobě – ani ne jako edukace, interpretace, ale čl. sám si přijde na věci o sobě - & emoční korektivní zkušenost

MASLOW

Pět skupin lidských potřeb (motivů): (1) fyziologické potřeby, (2) jistoty a bezpečí, (3) lásky a sounáležitosti, (4) ocenění druhými a kladného sebehodnocení, (5) potřeba sebeaktualizace

- 1-4. **D-potřeby** (deficientní, nedostatkové)
- 5. **B-potřeba**, potřeba růstu, přesažení přítomného stavu k nadosobním cílům
- sebeaktualizace zahrnuje i sebetranscendenci, zasvěcení života hodnotám bytí (spravedlnost, dokonalost, pravda, dobro...) => důraz na bezprostřednost a přítomnost (zde a nyní)

skupiny setkání:

- výcvik v interspers. senzitivitě + rozvoj plného prožívání a projevování citů, rozvoj fantazie a tvořivosti, kultivace smyslových zážitků, setkání = otevřený intenzivní a citově zabarvený vztah, postavený na současných pocitech => účastníci opouští formální naučené konvence a projevují se bez zdrženlivosti a zábran => prožívání a verbální i neverbální vyjadřování pocitů, tady a teď, zážitková terapie
- pochopení sebe i druhých lidí a umění s nimi jednat
- řeší se interpersonální a osobní otázky, zaměřeny na rozvoj potenciálu
- skupiny po 6-12 osobách, 1x nebo víckrát týdně po dobu 1-3 týdnů - základní interakce, ke kterým zde dochází:
 - o **odhození masky** – sebeodhalení, sebeprojevení, sebeotevření
 - o **projevení současných pocitů**, co se děje s člověkem, jak si stojí ve vztahu k ostatním
 - o **naslouchání druhým**
 - o **emoční podpora** – předchází upřímnému sebeprojevení, vytváří vhodnou atmosféru
 - o **posiluje projevené jednání**
 - o **konfrontace** – jedna osoba udělá úmyslně nebo neúmyslně něco, co nutí druhou osobu, aby promyslela, přezkoumala nebo změnila své chování

EXISTENCIÁLNÍ

- Odvozeno od fenomenologie (introspekce), spíš evropský směr (daseinsanalýza, logoterapie), v zahraničí: Yalom (integrující), terapie realitou (William Glaser)
- důležitá není osobnost (osobnost není systém neměnných rysů, to je zjednodušující), ale **bytí** = aktivní dynamický proces, „**bytí ve světě**“, interakce jednotlivce s okolím (z fenomenol. pohledu je vnější svět jen konstrukce, zdání naší mysli = svět není objektivní, lze mluvit jen o subjektivních věcech)
- Tyto směry spojuje: odklon od přírodovědeckého chápání člověka, příklon k fenomenologii lidské existence, jedinečnost, neopakovatelnost, životní smysl, samoty, smrti
- Určitá rizika: odklon od exaktnosti a kontrolovaného experimentování k intuitivnímu chápání člověka (Dasain. – neuznává diagnózy, ale pouze popis)

DASEINANALÝZA

- Důležitější je pojem bytí než osobnost => Bytí je aktivní a dynamický proces spojený úzce s existencí jedince = lidská existence je bytí ve světě, snaha je porozumět individuální představě světa, kterou si jedinec vytváří
- 3 typy bytí - VZTAH KE SVĚTU
 - o **Okolní svět UMWET** (fyzično, materiální stránka)
 - o **Spolusvět MITWELT** (vztahy) vztah k druhým lidem)
 - o **Vlastní svět EIGENWELT** (na úrovni našich prožitků) sebehodnocení
- Hledání vlastní cesty, řešení dilemat a nejvhodnějšího způsobu existence ve světě
- Mezi světy může vznikat problém a je důležité tomu problému porozumět a vyřešit jej
- **Autenticita** = nejvhodnější pro řešení dilemat (tady a teď)

Psychopatologie:

- Základ je **sebeklam** (lež) => sebeklam jako cesta k vyrovnání se s existenc. úzkostí; jak zapomenout na to, že jsme smrtelní, že máme zodpovědnost za vlastní činy
- Kořeny neurotické úzkosti jsou sebeklamem, který je neautentickou reakcí na lidské bytí

- Nemoc = krajní typ existence a neschopnost či nemožnost naplnit vlastní bytí => „ne-moc“ = nedostatek moci, neschopnost naplnit své úkoly (není to dílčí porucha, ale porucha celku; odmítají přírodovědecké pojetí nemocí, klasifikace, zdůrazňují kasuistiky, jedinečnost)

Terapeutický proces:

- Pochopení jedinečnosti existence jedince, podpora skutečné existence
- Naplnění možnosti bytí, podpora aby se stal sám sebou, povzbudit autenticitu, tady a teď

Metody: fenomenologický rozhovor, výklad existenciální situace, analýza snů

Terapeutický obsah: smrt, svoboda, zodpovědnost, existenciální samota, životní smysl

Konfrontace se smrtí:

- **Smrt = primární zdroj úzkosti**, obrana: vytěsnění, popření, cíl = symbolická nesmrtelnost (něco po nás zůstane), víra
- **Maladaptivní forma**: heroický individualismus (demonstrace síly, přitom pocit slabosti), kompulzivní workoholismus (ať po mě něco zůstane), těžký narcismus
- **Prototypy obran**: osobní účelnost (mě se to netýká), víra v absolutní zachránce (spasíme svět) => úzkost se silně zvyšuje s neúspěchy

Konfrontace se svobodou:

- Spojení s odpovědností, autorstvím, obrana: nutkavost, přemístění, popření, vyhýbání
- Přirozená tendence hledat strukturu, hranice (plná zodpovědnost vyvolá obavy), svoboda = tvorba vlastních hranic => **cíl přijetí zodpovědnosti za svůj život (a může si sám pomoci)**

Konfrontace s existenciální osamělostí:

- Nepřekonatelná propast mezi člověkem a druhými a světem
- Interpersonální osamělost = nikoho nemám, existenciální = i mezi lidmi pocit samoty
- Obrany: podřízení (potlačení potřeb), kontrola (nad druhými)
- **Cíl: zvědomení podstaty existenciální úzkosti, postavit se jí, navozovat zdravé vztahy**

Konfrontace se ztrátou smyslu:

- Osobní a kosmický (víra, náboženství, hodnoty) => postrádání vede k **existenciální frustraci**:
 - o **Extrémní dobrodružnost** (pocit že žiju), **nihilismus** (znevažování), **nuda** (prázdno)
- Plánování, orientace na budoucnost => podpora zvědavosti, smysl může být i pomoc druhým

LOGOTERAPIE (Frankl)

- Hnací silou je **vůle ke smyslu** = trvalá lidská potřeba, naplnění vede k pocitu sebepřesahu, sebetranscendenci a probíhá v uskutečnění hodnot: tvůrčích, zážitkových, postojových
- **sebepřesah** = stav, kdy je čl. schopen vytvářet hodnoty pro sebe a pro druhé => sebepřesah NENÍ seberealizace rozvoj vl. potenciálu, ale **naplnění živ. smyslu** = nadřazený seberealizaci
- smysl života není určen vědomým rozhodnutím člověka => není možné určit smysl, ale svůj postoj k němu; orgánem smyslu je **svědomí** – prostř. jeho je možné poznat, co je pro čl. dobré
- Člověka je nutno chápat v duševní, tělesné a transcendentální rovině
- Tři dimenze, kde je člověk
 - o **Noický**: svobodný a odpovědný, směřující k nalezení a naplnění smyslu a hodnot
 - o **Psychický**: prožívající a reagující, směřující ke slasti, moci a sebeuskutečnění
 - o **Somatický**: fungující a seberegulující, směřující k přežití, zvládnutí a růstu

Teorie osobnosti:

- „**Hodnocení**“: rozlišování dobrého a zlého, správného a nesprávného
- „**Orientace**“ vůči hodnotám a smyslu: svědomí + postoj
- „**Motivace**“: vůle ke smyslu; existenciální frustrace; vzdorná moc lidského ducha
- „**Akce**“: zpětnovazebné interakce uvnitř duchovního dění s oblastmi dění v sobě a ve světě
- „**Schopnosti**“: sebeodstup – odpoutání od „já“ sebepřesah – zaměření mimo sebe svoboda – volba z přítomných možností odpovědnost – uskutečňování hodnot

Teorie psychopatologie:

- Existenciální napětí, existenciální vakuum, existenciální frustrace, ztráta přirozeného zdroje pocitu štěstí a životní spokojenosti, také luze nahlížet, že neuróza je reakce na sebeklam sloužící k vyhnutí se existenciální úzkosti => velkou roli hraje doba, po kterou se v ní nacházím (přechodně = ok, dlouhodobě => patologie, poškození)

Existenciální frustrace

- **Existenciální prázdnota**: prožívání nesmyslnosti, bezcílnosti, nudy, požitkářství, duševní labilita, dráždivosti, zoufalství => spojena s **Noogenními onemocněními** – neurózy nebo depresí (mohou vést až k sebevraždě) – prostě nevidí smysl a plácají se v tom

- Závislosti na „**náhražkách smyslu**“ – slasti (sex, jídlo, drogy), moci (vykořisťování, krutost), úspěšnost (výkonnost, soupeření, sláva), soustředění na sebe
- „**Kolektivní neuróza**“ – provizorismus, fatalismus, konformismus, fanatismus

Metody: rozhovor, pozorování, logometrické dotazníky (Logo-Test): nalezené hodnoty, sdělované příznaky, hodnocení vlastního života - Existenciální škála: projevy schopností sebeodstupu a sebezpřesahu, svobody a odpovědnosti

Teorie terapeutického procesu: hledání cesty z existenciální frustrace, hledání vlastního smyslu života, důraz kladen na uskutečňování hodnot = „začni něco dělat“, „zažij něco“

Terapeutický obsah: metody paradoxní intence (dělejte čeho se bojíte), dereflexe (odstranění škodlivého sebezpozorování), postojová změna

Terapeutický vztah: nenutíme, ale také využíváme interpretace, konfrontace, přesvědčování, zdůvodňování

GESTALT TERAPIE (Pearls)

- Pearls docela egocentrický (až arogantní, pohrdající autoritami), „svěrázný“, terap. styl měl založený na frustraci (příčinou potíží jsou neodžité emoce, „unfinished business“ => frustruje lidi, aby vyvolal zasuté vzpomínky) – napadal lidi, urážel je, dramatizoval (a nutil dramatizovat), aby dosáhl „uzavření Gestaltu“ => následovníci toto mírnili, aby nebyli tak konfrontační; míchá se s existencialismem (autenticita), fenomenologií, Levinovou teorií polí (systémové vztahy, provázanost)

= Gestalt je blbě zařaditelný; buď pod existenciální, nebo integrativní směry; plus jsou další modifikace Gestaltu (jako Gestalt terapie pole – lidem nelze porozumět izolovaně, ale jako celku vč. prostředí a vztahů; lidské chování nelze zdůvodnit jediným motivem či příčinou, vše je provázané; různí lidé vnímají pole různě, pole je organizováno v souladu s potřebami a zájmy jedince,...)

Teorie osobnosti:

- Existence biologického organismu, základní sahau je naplnění základních instinktivních potřeb (hlad, sex, bezpečí, přežití, dýchání) => instinkty formují konečné cíle => v průběhu života se formují sociální role = prostředky uspokojení potřeb => roces uspokojování = vytváření celků (gestaltů)
- Identifikace se sociální rolí = rigidní vzorce, slepé uličky zrání jedince => stagnace vývoje
- Nahlížet na osobnost jako jednotu těla, mysli, emocí => být s nimi v kontaktu
- Zdroje uvíznutí ve vývoji:
 - o Katastrofická očekávání, obavy z negativního hodnocení (stagnace, strach)
 - o Projevy nedokončených záležitostí
 - o Princip tady a teď
 - o Princip polarity: top dog (pán: radí, co má dělat), under dog (otrok: brání se)
- Skupinové hry: pán a otrok se pohádají => cílem je jejich sjednocení
- Zdravý vývoj: uvědomování svých potřeb, dispozice prostředků k uspokojení, přijetí zodpovědnosti za vlastní jednání, umožnění druhým jejich autonomie

Teorie psychopatologie:

- Ztráta pružnosti a tvořivého přizpůsobení se měnícím se podmínkám nebo ztráta schopnosti tvořivého kontaktování a vzájemné interakce se životním prostředím
- **Fixované gestalty:** nezralé způsoby řešení problémů, které se staly navyklými a nevědomými reakcemi
- Neuróza představuje špatný kontakt se svým tělem, se svým okolím a vnějším světem
- Vznik nedokončených záležitostí na základě překážek, což vede k omezování duševního života
- 5 stádií růstu:
 - o **Falešnost a předstírání** (jakoby, popírání skutečného Já)
 - o **Fobická vrstva** (vyhnutí se vlastním prožitkům, katastrofická očekávání)
 - o **Slepá ulička** (nejdou prostředky pro zvládnutí, manipulace svou bezmocí a neschopností)
 - o **Implozivní vrstva** (zthulost, strnutí, nejistota akce, rigidní chování, je potřeba odložit)
 - o **Explozivní vrstva** (opuštění rolí a návyků => uvolní se energie; jedinec se osvobozuje)
- manželé Polsterovi: psychopatologie = porucha kontaktu mezi jedincem a prostředím (porucha toku energií); procesy „**odporové interakce**“:
 - o **Proces introjekce** (– jedinec investuje svou energii do pasivního se ztotožnění s prostředím (nekritický, nespecifikuje své požadavky, bere věci za své)

- o **Proces projekce** (zapírám sebe sama, vliv přisuzuji okolí, vzdám se vl. účasti na prostředí prožívám se jako bezmocný)
- o **Proces retroflexe** (přísně omezím výměnu mezi sebou a prostředím (izoluji se))
- o **Proces deflexe** (– chaos, nahodilost investic energie do okolí, bez cíle, končím v bankrotu a vyčerpání)
- o **Proces konfluence** (nechávám se unášet proudem, stávám se konvenční)
- Další problémové způsoby kontaktního stylu:
 - o **Desenzitizace** (dochází k rozvoji procesu, ve kterém jedinec záměrně znecitlivuje sebe sama vůči vnějším podnětům)
 - o **Egotizace** (přílišnou ostražitost a nadměrné sebepozorování, které blokuje spontaneitu jedince)

Teorie terapeutického procesu:

- Důraz je kladen na opuštění vysněné existence, na explozivní zážitek katarze a uvolnění emocí
- Terapeut vede tady a teď a snaží se rozkrýt falešné role a hry klienta => nabízí uvědomění, sebepoznání a změny, poskytuje zpětnou vazbu toho, co vidí a co si myslí
- Důraz na osobní zodpovědnost klienta, tlak na otevřené projevování emocí, sebevyjádření pomocí dialogu

Techniky: dnes už ale tolik technicky nepracuje

- **Prázdňá židle** (& posadíte si na ni toho, koho chcete; svou vztahovou osobu)
- **Pán a otrok**
- **Vnitřní Dialog** (taky předsedáním na židlích)
- **Pozice druhého** (kl. hraje roli toho, koho obviňuje)
- **Zkouška v odhadování myšlení „čtení myšlenek“** (odhadněte, co si myslí druzí; skupinová technika)
- **Prožitek vlastního těla**
- **Přijetí zodpovědnosti** („...a nesu za to zodpovědnost“ jako mantra za každou větou)
- **Protichůdnost** (dělej opak toho, na co jsi zvyklý)
- **sebeodhalení** (hl. v párové terapii; vyjádření pozitivních i negativních pocitů)
- **doplňování vět** (klienta terapeutem -> k vzhledu)
- **zaměření na neverbální chování opakování a dramatizace výroků klienta**

- terapie se zaměřuje na zvýšení uvědomování si (bezprostředních zážitků)
 - o př: při jídle si uvědomí barvu, vůni, tvar jídla, kinestetické pohyby úst a žvýkání a pocity libosti nebo odporu
- hlavní princip přítomnosti
 - o typické otázky: „Co máte nyní ve vědomí?“, „Jak se cítíte v tomto okamžiku“
- důležitá je také vazba já a ty
 - o důraz na přímý kontakt => nemluvit o něm ale k němu
 - o klienti často mluví do vzduchu nebo do stěny
- pacient by měl převzít odpovědnost za své orgány a své tělo
 - o často o nich mluví ve třetí osobě
 - o věty jako „ruce se chvějí“ jsou převáděny na „já se chvěji“
- odpovědnost také přebírá za své myšlenky, pocity a činy (není za to odpovědný terapeut, ale při otvírání silných emočních procesů je ale terapeut za důsledky spoluodpovědný)
 - o „nemohu být otevřený“ X „nechci být otevřený“

19. Behaviorální, kognitivní a kognitivně behaviorální terapie.

HISTORICKÉ SOUVISLOSTI VÝVOJE KBT

Vědecké období (konec 19. – první polovina 20.století)

1. Behaviorismus

- o I.P.Pavlov – „klasické podmiňování“
- o E.L.Thorndike – „zákon účinku“
- o J.B. Watson – „behaviorismus“
- o B.F.Skinner – „operantní podmiňování“,
- o O.M.Mowrer – „dvoufaktorová teorie“ úzkosti a vyhýbání

2. Kognitivní psychologie

- o G.A.Kelly – „personální konstrukty“
- o A.Bandura – „sociální učení“ (nápodoba)
- o M.Seligman – „naučená bezmocnost“

80. léta 20.století – současnost

A.A.Lazarus, D.Meichenbaum, M.Mahoney, A.Freeman, F. Dattillio, D.M.Clark, P.M.Salkovskis

1. Behaviorální terapie

- Vychází z teorie učení (vliv obecné a sociální psychologie)
- Vlivní představitelé teorií se snaží **eliminovat spekulace** v psychologii, měří, zjišťují a pozorují fakta, využívají experimenty a ovlivnitelné fenomény
- Tvrdí, že abnormální **chování a reakce jsou naučné** a je možné je **přeučit**, důraz na **techniky v psychoterapii**
- Abnormální chování vzniká a udržuje se stejně, jako to normální
- Adaptivní chování je naučená reakce
 - o Hull (teorie posilování)
 - o **Skinner** (instrumentální podmiňování)
 - o **Watson** (pokus s malým Albertem)
 - o **Pavlov** (klasické podmiňování)
- Zakladatelé:
 - o **Eysenck** (studium osobnosti, navrhl dotazníky k měření rysů osobnosti: MMQ, MPI, EPI. Zkoumal motivaci, inteligenci, psychopatologii a byl kritikem psychoanalýzy. Pokud máme aplikovat psychoterapii, chce ověřené a fungující způsoby.
 - o **Josef Wolpe** (americký psychiatr: definoval neurotického chování jako: přetrvávající návyku neadaptivního chování, které **je získané učením** u fyziologicky normálního organismu).
 - **Teorie o recipročním (vzájemném) útlumu** (pokud jsme relaxovaní, nemůžeme mít v tu chvíli úzkost – tedy utlumení strachových reakcí tím, že vyvoláme neslučitelnou reakci (relaxaci)). Jonesová v pokusu využila konzumaci jídla, relaxaci (svalovou), sex. reakce a sebeprosazení.
 - **Protipodmiňování** (experiment s kočkami: po zvuku dostaly el. šok s potravou, kočka přestala jíst. Tímto averzivním učením ovlivňoval základní pudy. Poté využil protipodmiňování, kdy kočkám úplně změnil prostředí – začaly jíst. Postupně tu klec měnil vizuálně na tu původní, ale kočky stále jedly.) Cíl: oslabit pouto mezi podnětem a úzkostí.
 - **Hierarchie úzkosti a strachu** (vytvoříme si seznam/škálu scén, které jsou odstupňované podle míry úzkosti a strachu, kterou vyvolávají. Pracujeme na jejich zvládnutí postupně od nejmenšího strachu)
 - **Systematická desenzibilizace** (Při hluboké svalové relaxaci a uvolněním je konfrontován s obávanými podněty).
 - **Relaxace a představa uklidňujících scén** (představuje si situace vyvolávající úzkost, v relaxovaném stavu. Když to zvládne, posunou se dál).
 - **Nácvik asertivity**
 - **Analýza situací vyvolávající úzkost**
- **Další metody behaviorální terapie**
 - o Habituační (přivýkání)

- o Dvoufaktorová teorie strachu (Mowrer) => vysvětluje, proč fobie a strach nevymizí, někdy se dokonce stupňuje (teoreticky by mělo vyhasnout, když podnět čas od času potkáme – 1. fáze „klasická klimatizace“: objeví se počáteční panika – podmiňováním byl vytvořen strach, 2. fáze „Instrumentální klimatizace“: vyhýbavá reakce (vzhledem k tomu, že vyhnutí vedlo k zbavení se podnětu, posilujeme vyhýbavé chování a úzkost a stran nikdy nemůže vymizet)
- o Tvarování
- o Naučená bezmocnost
- o Učení nápodobou
- o Zástupné klasické podmiňování emočních reakcí

2. Kognitivní terapie

- Vychází také z atribuční teorie (události přisuzujeme významy).
- Zakladatelem je **Albert Ellis**. Jedná se o logickou a racionální argumentaci, snahu analyzovat omyly v uvažování a interpretovat duševní jevy z hlediska kognice. Zabývá se kognitivními událostmi, jejich interpretací, hodnocením, přesvědčením (racionálním x iracionálním) a tzv. bychy musy (slangově „bych“ a „musím“)
- Vytvořil systém zaměřující se na jádrová přesvědčení člověka (beliefs), jeho předpoklady a nelogická uvažování => zpochybňování a testování pravdivosti těchto myšlenek
 - o **Teorie ABC:**
 - Activation (někdy se užívá antecedents: co tomu přechází): aktivující událost
 - Belief (přesvědčení): jak událost interpretuje
 - Consequences (následky): co člověk prožívá, jak se chová
 - Diskuze o problému
 - Efektivní alternativní myšlenka, nová filozofie do budoucna
 - Základní cíle (Fundamental goals): čeho chce dosáhnout nebo co je ideální stav
 - Cíle (Goals): krátkodobé, následující kroky
 - o **Techniky a metody:**
 - Grafy, sebemonitorovací systémy, škály, tabulky, zápisky, deníky
 - Schopnost terapeuta pohotově reagovat, být empatický a adekvátně direktivní
- **Kognitivní procesy (A. T. Beck)** - Události a zkušenosti zpracováváme a ony dále ovlivňují naše vnímání
 - o Kognitivní události (automatické myšlenky a představy)
 - o Kognitivní procesy (zpracování info, ukládání, vybavování)
 - o Kognitivní schémata (základní: výkon, přijetí, moc)
 - o Složka kognitivní, afektivní, motivační, instrumentální
 - o Jádrová přesvědčení a odvozená přesvědčení
- **Kognitivní omyly**
 - o **Vznik na bázi asimilačního procesu**
 - o **Nepodložené závěry**
 - o **Zkreslený výběr faktů**
 - o **Přehánění a bagatelizace:** Zvětšování nebo naopak zanedbávání např. vlivu
 - o **Černobílé myšlení:** buď perfektní nebo katastrofa, nic mezi
 - o **Čtení myšlenek:** bez toho aniž by osoba něco řekla, „víme“, jak se cítí
 - o **Negativní věštby:** „Co když se vybourají?“
 - o **Diskvalifikace pozitivního:** vybereme negativní aspekty a pozitivní přehlídíme
 - o **Argumentace emocemi:** co cítíme, musí být automaticky pravda („Není mi sympatický, bude mít asi nos nahoru“)

3. Kognitivně behaviorální terapie

- 4 SMĚRY V KBT:
 - o **1. „Behaviorální“ terapie s kognitivními prvky** (sociální dovednosti, nácviky, sebeinstruktáže, řešení problému, metody proti stresu (Lazarus, Freeman atd.))
 - o **2. „Kognitivní“ terapie s behaviorálními prvky** (Racionálně Emoční Behaviorální Terapie (REBT od A. Ellise), kognitivní terapie (Beck, Padesky, Wells) a kognitivně behaviorální terapie (Clark, Salkovskis))

- o **3. „Konstruktivistická“ kognitivní terapie** (konstruktivistická vývojová terapie“ M.Mahoney), strukturální kognitivní terapie (Guidano, Liotti)
- o **4. Mindfulness, virtuální realita, schéma terapie**
- **Co je KBT:**
 - o 1) Relativně krátká, časově omezená 2) Strukturovaná, cílená 3) Terapeutický vztah je založen na otevřené aktivní spolupráci 4) Opírá se o poznatky teorie učení a kognitivní psychologie 5) Zaměřuje se na především na přítomnost a na budoucnost 6) Zaměřuje se na konkrétní, jasně definované problémy 7) Stanovuje si konkrétní, funkční cíle 8) Zaměřuje se primárně na pozorovatelné chování a na vědomé psychické procesy 9) Uplatňuje vědeckou metodologii (pozorování, měření, testování hypotéz) 10) Cílem je soběstačnost klienta
 - o **V terapii sledujeme:** kognitivní procesy, emoce, tělesné reakce, chování (performační, zabezpečovací, vyhýbavé, zabezpečovací interpersonální) => bludný kruh
- **KBT NENÍ:**
 - o Zaměřená na příznaky, Povrchní, Manipulativní, Mechanická, Neignoruje význam terapeutického vztahu, Nepopírá existenci a význam nevědomých psychických procesů
- **Proces:** formulace problému => vysvětlení přístupu KBT => zahájení procesu => vytváření terapeutického vztahu
 - o **Behaviorální analýza: Zkoumáme sekvenci ABC**
 - Popsat jasně problémové chování
 - Čím je toto chování vyvoláváno
 - Určit, jaké důsledky toto chování udržují
 - o **Kognitivní analýza a funkční analýza**
 - Kognitivní události a procesy
 - Schémata a přesvědčení
 - Funkční analýza: Proč toto chování nevyhasíná?
 - Kdo, co a jak toto chování posiluje
 - Jak toto problémové chování zasahuje do běžného života pacienta
 - o **PREDISPONUJÍCÍ faktory** (vrozená zranitelnost, vývojové otázky raného dětství)
 - o **PRECIPITUJÍCÍ faktory** (události bezprostředně před rozvojem onemocnění = bezprostřední příčina)
 - somatogenní – těl. onemocnění, zranění
 - psychogenní – vztah. problémy, změny v rolích, life events, ...
 - projevení psychické poruchy; symptomy - oblasti:
 - kognitivní procesy – myšlenky, představy
 - emoc. reakce – panika, smutek
 - těl. reakce – třes, bušení srdce
 - chování – co člověk dělá pod vlivem toho všeho => performační = silné vybití afektů, propadnutí emocím (agování); zabezpečovací = rituály k odvrácení katastrofy; vyhýbavé = snaha vyhnout se zátěžové situaci
 - o **MODIFIKUJÍCÍ FAKTORY** (individ. záležitost; jsou to naše osobnostní svérázy ovlivňující způsob našeho prožívání apod. – např. někoho uklidní přítomnost druhého, jiní nesnášejí otevřený prostor...)
 - o **UDRŽOVACÍ FAKTORY** (ty bývají v hlavním zájmu KBT; predisponující a precipitující faktory nezměníme, ale s těmahle něco dělat můžeme)
 - Zabezpečovací a vyhýbavé chování, Přecitlivělost, Negativní sebeobraz, snížené sebevědomí, Odměna za chování okolím, Nedostatek komunikačních dovedností, Anticipační úzkost, Maladaptivní kognitivní styl, Biologické změny, Krátkodobé a dlouhodobé pozitivní důsledky
- **Behaviorální metody KBT**
 - o Nácvik svalové relaxace
 - o Autogenní trénink podle Schultze
 - o Nácvik kontrolovaného dýchání
- **Expozice**

- o **Expozice in vivo** – přímé vystavení obávané situaci
- o **Interceptivní expozice** – vybavení tělesných příznaků spojených se strachem a následné zklidnění dechu
- o **Expozice v imaginaci**
- o **Písemné expozice**
- o **Zábrana zabezpečovací reakce**
- o **Sledování a plánování činnosti**
- **Metody vytvoření nového chování či jeho změně**
 - o Učení podle vzoru, Formování, Řetězení, Pobízení, Hraní rolí, Zpevnění existujícího chování, Odstraňování nežádoucího chování
- **Kognitivní metody KBT**
 - o **Sebeinstruktáž:** dělení dle Fliegela => zaměřují pozornost, řídí jednání, dodávají odvahu, oceňují jednání
 - o **Kognitivní restrukturalizace:** pochopit souvislost mezi emoční reakcí a automatickými myšlenkami, rozpoznat negativní automatické myšlenky, zkoumat jejich platnost a vytvořit alternativní plán/vyvažující myšlenku
 - o **Určení a změna existujících schémat**
 - **Dysfunkční schémata:** neodrážejí reálnou lidskou zkušenost, rigidní, extrémní, generalizující, spíše brání dosažení cíle, porušení vyvolává dlouhotrvající intenzivní emoce, odolné vůči zkušenosti
 - **Princip padajícího šípů** (pozn.= řetězení významů): Co to vás znamená, co to vypovídá o vás, o druhých a o světě
 - Bojím se lidí/táty => ostatní mi budou ubližovat => jsem slabý => jsem bezcený a nikdo mě nemá rád => iracionální odvozené přesvědčení: „budu se k ostatním chovat zle a vybuduju si respekt“
 - **Možnost změny:** restrukturalizace, modifikace, reinterpretace nebo kamufláž schématu, při zkoumání jádrových přesvědčení vést sokratovský dialog
 - o **Možnost změny kognitivních procesů pomocí imaginace:** opakování a přesycení představy, řízená změna, časová projekce, dekatastrofizace, vytvoření uklidňující představy
 - o **Práce s pozorností**
 - **Odvedení pozornosti** (jiný předmět, tělesná činnost, mentální cvičení, počítání myšlenek...)
 - **Zastavení myšlenek** – stop technika
 - **Kartičková technika** – rub- líc
- **Komplexní terapeutické programy**
Nácvik sociálních dovedností, N. řešení problémů, N. zvládání hněvu, N. zvládání úzkosti, N. empatie, N. odolnosti vůči stresu, N. asertivního jednání, N. zvládání impulzů, N. snížení přecitlivělosti, ...

20. Manželská a rodinná terapie, systémový a systemický přístup, komunikační terapie.

MANŽELSKÁ TERAPIE

= forma speciální terapie zaměřená na manželskou dvojici a její problémy

- léčí poruchy manželského soužití => práce se dvojicí
- z části se překrývá s manželským poradenstvím (zaměřené na rady) a rodinou terapií (celá rodina, děti – probíhá odděleně od MT)

(1) DYNAMICKÁ manželská terapie

- manželství = výsledek působení sil v osobnostech s jejich historií, zejména vztahové
- posouzení manželské dynamiky a vnitřní motivace obou partnerů
- zkoumají se nesplněná očekávání vyplývající z minulých zážitků a hodnocení vlivu primární rodiny na každého z manželů (atmosféra, rozdělení moci, vztahové vzorce, opakované konflikty) = **vývojový náhled a pochopení souvislostí**

vědomá a nevědomá smlouva

= manželský kontrakt = očekávání a přísliby, smlouva má reciproční charakter

- to co je každý z partnerů připraven dát a co očekávan => týká se všech aspektů manželského života (úspěch, moc, sex, peníze, děti, ...), smlouva není předem projednaná => přesto se každý z partnerů chová, jako by byla podepsaná a odsouhlasená

= zformulovat jednotlivé uvědomované a neuvědomované složky

Přenos neuspokojených potřeb z dětství

- v narušených manželství mají jeden nebo oba partneři přetrvávající potřeby, které v dětství nebyly uspokojeny => chovají se k sobě jako ke dřívějším objektům
- opakované konflikty, přenášená očekávání, projektivní identifikace (koluze) – společná hra a tajné dorozumění => bludné kruhy

Modely z primární rodiny

- neuvědomělá tendence opakovat model své vlastní primární rodiny
- otázka shodnosti modelů manžela a manželky
- **model rodičovský**: manželské role v identifikaci s rodiči
- **model sourozenecký**: rodinné konstelace jako pořadí a pohlaví sourozenců, jedinec se nejnázne identifikuje s totožným pohlavím a pořadím, ale interakce a spolupráce nejlépe funguje s osobou v komplementární pozici (=duplikační teorém) => vztahy na základě toho:
 - o komplementární (oba manželé v téže pozici jako v primární rodině)
 - o částečně komplementární (oba manželé v primární rodině několik typů vztahů a alespoň jeden je zachován)
 - o nekomplementární vztahy (rozpor v pořadí nebo pohlaví)

Dynamika: aplikace vztahu matka-dítě na vztahy manželské, rozlišuje stádia (partneři mohou být v různých stádiích): (1) symbióza (podobnost), (2) diferenciacie (každý sám sebou), (3) zkoušení (sám za sebe, samostatnost), (4) individualita + propojenost (integrace partnetů a uspokojení ze vztahu)

Kombinace typů osobnosti

- žena toužící po lásce a citově chladný manželka
- muž, který hledá v ženě matku
- paranoidní manželství
- manželství s oboustrannou závislostí

(2) BEHAVIORÁLNÍ A KOGNITIVNÍ MT

- usiluje o přímou změnu s využitím podmiňování a učení => k navození vzájemného kladného chování manželů + vypracovat a uskutečnit manželskou smlouvu

Nácvik: naslouchání, vyjádření vlastních emocí, eliminace nevhodných komunikačních vzorců

(kritičnost), sukcesivní aproximace (neumí naslouchat – budou opakovat vše, co partner řekl), **řešení problémů**: (1) jasná formulace stanovisek, (2) návrhy, (3) jednání, (4) dohoda a aplikace

Opravování nesprávných předpokladů

- kognitivní terapie, zkreslené vnímání výroků, připisování zlých úmyslů
- předvídané očekávání špatného chování partnera, zevšeobecňování předpokládaných špatných vlastností = **změna myšlení, naučit se rozpoznávat automatické myšlenky**

(3) HUMANISTICKÁ MT

- důraz na celkovou změnu postoje k pojetí manželství
- plné sebe projevení a autentičnost + tolerantnost a respekt k odlišnostem

Otevřená komunikace = požadavek přímého otevřeného sdělování

- **Satirová:** 4 přístupy nepružného neautentického prožívání
 1. **Karatelská komunikace** – napominání, kritizování, obviňování, odmítání, vyčítání
 2. **Podrobná komunikace** – usmířování, převládá vyjadřování souhlasu
 3. **Chladná komunikace** – racionální, suše věcná, korektní bez citového projevu
 4. **Zavádějící komunikace** – netýká se toho, o čem hovoří druzí
- odreagování agrese, empatie, vřelost a opravdovost

Rogersovský přístup (4)

- **oddanost** – vzájemná spolupráce
- **komunikace** – vyjádření pocitů bez obviňování, ochota sdělovat i negativní pocity
- **flexibilita rolí** – žít podle vlastní volby, vlastních pocitů
- **samostatnost** – každý z nich má být sám sebou

Otevřené manželství

- 1) Žít život pro současnost – revidovat životní styl, v němž se v přítomnosti nežije
- 2) respekt k soukromí partnera
- 3) otevření komunikace – neočekávat, že partner uhodne naše myšlenky a vycítí pocity
- 4) flexibilita rolí – neulpět na tom, co je tradičně považováno za manželství
- 5) otevřené partnerství – přijmout, že partner se může věnovat i aktivitám, které jeho partner nesdílí, mít vlastní přátele i opačného pohlaví
- 6) rovnost
- 7) autentičnost
- 8) důvěra

Gottmanova párová terapie, premisy:

- většina konfliktů ve vztahu není řešitelná, konflikty se opakují, spočívají v trvalých rozdílech osobnosti
- u zafixovaných konfliktů dochází k eskalaci a negativním afektům
- páry, které se brzy rozvedou charakterizuje destruktivní eskalace konfliktů, druhou destruktivní formou je emočně chladná interakce, zcela bez afektu
- dobré vztahy charakterizuje vstřícný uhlazený přístup s akceptováním kompromisu a neutrální interakce, humoru a přívětivosti
- budování positivity ve vztahu je nezbytné pro trvalou změnu, zlepšení přátelského vztahu
- stabilitu a štěstí podporuje vytvoření společných významů

Praxe

1. snížit během konfliktu negativní afekty
2. zvýšit během konfliktu pozitivní afekty
3. rozvíjet pozitivní afekty mimo konfliktu
4. prozkoumat odlišnosti partnerů v pohledu na emoce
5. vytvořit a podporovat sdílený pohled na životní smysl

RODINNÁ TERAPIE

- Rodinná terapie se zabývá rodinnými problémy a usiluje o jejich překonání. Nastavení harmonického fungování celé rodiny. V terapeutických sezeních pracuje s celou rodinou a na každého člena nahlíží jako část rodinného systému a tím pádem v jeho problémech hledá souvislost se současným fungováním celé rodiny
- Začala vyvíjet po 2. světové válce. K jejímu rozvoji přispělo zkoumání vlivu rodiny na rozvoj schizofrenie a souběžné rozvíjení obecné teorie systémů spojené se jménem L. Von Bertalanffyho
- systémové myšlení zdůrazňuje cirkulární kauzalitu a také chápání existence člověka jako neoddělitelnou součást rodinného systému
- Historické okénko do výzkumu schizofrenie
- **Antropolog Bateson a skupina Palo Alto** = patogenní vliv dvojné vazby ve vztahu dítěte a rodičů

- **Lidz a spolupracovníci na Yaleově univerzitě** = nezralost rodičů u mladých hospitalizovaných schizofreniků
- Popsali dva vzorce: manželský rozkol (rodiče jako dvě nepřátelené strany usilující o získání dítěte) a pokřivený manželský vztah (má-li rodič patologické rysy a rodina se snaží předstírat, že je vše OK)
- Bowen zkoumal rodiny schizofreniků a formuloval tzv. Třígenerační hypotézu = rodiče jsou nezralí a emoční problémy přenášejí na děti
- Wynne zkoumal vznik identity u jednotlivých členů rodiny = v rodinách schizofreniků pozoroval pseudovzájemnost (snaha působit dojem porozumění a ve skutečnosti mít odstup. To znemožňuje plné osamostatnění já a závislost na rodině)
- Souběžně s výzkumy se rozvíjela terapeutická práce rodinami. V rodinné terapii se odrazily zkušenosti s černošskými a portorickými rodinami z chudinských čtvrtí New Yorku ohrožených disociálním vývojem synů (Minuchin). Promítly se do ní také některé zkušenosti psychoanalytiků (Ackerman), laskavé a chápající postupy zdůrazňující kladnou emotivitu a její projevování (Satirová) i přístupy behaviorální (Lieberman) zaměřené na trénink otevřené pozitivní komunikace a na racionální řešení problémů.
- **Ackerman** – důležité je získání náhledu, jak se přenášejí problémy z dětství do fungování rodiny. Za podstatný dílčí cíl považuje dosažení pružných rolí.
 - o Bowen – usiluje o dosažení diferenciaci a autonomie členů R - členové rodiny k sobě mají blízký vztah, zároveň však pevné a jasně dané hranice.
- **Minuchin** – zaměřuje se na rod. subsystemy a jejich hranice. Rodina funguje dobře, když je rodinná struktura jasně definovaná, vypracovaná, pružná a kohezivní. Rušivé mohou být rigidní koalice – např. Mezigenerační.
- **Haley** – předpokládá odpor a obranu rodiny proti změnám, které by narušily patologickou rovnováhu. Používá proti tomu různé manipulace a strategické postupy – např. předepisování symptomů

SATIROVÁ – 4 nesprávné komunikační vzorce v rodině:

- 1 = obviňující
- 2 = usmířující za každou cenu
- 3 = chladně racionální
- 4 = nevěcná, rušivá, šaškovská
- Vede členy rodiny k rozpoznání těchto vzorců a jejich nahrazení otevřenou komunikací s pocity. Využívá pohledů do očí, doteků a dalších neverbálních prostředků, zejména sestavování sousoší a nastavování soch.

Pod pojem systémové pojetí se obvykle zařazuje terapie strategická (Haley), strukturální (Minuchin), terapie rodinných systémů (Bowen). Ze systémového pojetí se v osmdesátých letech oddělil přístup označovaný jako systemický, systemická terapie

SYSTEMICKÁ TERAPIE

- Chápe rodinu jako systém, který je uzavřený, autonomní a sám sebe regulující. Hlásí se k teorii poznání (epistemologii) antropologa Batesona a neurobiologa Maturany, která se označuje jako radikální konstruktivismus. Ten praví, že vnější svět naším poznáním neodhalujeme, ale vytváříme si ho každý sám. Realita je individuální konstrukcí každého jednotlivce
- Princip rovnováhy je nahrazen vývojovým modelem – je to koncept vztahového systému, který zajišťuje svou identitu nerovnovážnými stavy lability, které jsou nepředpověditelné
- základní teze = problém vytváří systém. Systém totiž také objektivně neexistuje, je pouze v mysli a výroku pozorovatele
- k hlavním představitelům patří Milánská škola, v USA Shazer, v Německu Ludewig a také centrum krátké rodinné terapie v Milwaukee ve Wisconsinu, v Anglii Jonesová
- **Ludewig** shrnuje základní teze takto:
 - o Vše řečené je řečeno pozorovatelem
 - o Pozorovatel je jazykující živá bytost
 - o Vše řečené je vytvořeno jazykováním
 - o (Reality) jsou argumenty v konverzování
 - o Systémy jsou komplexní jednotky vytvořené jazykováním
 - o „Systemicky“ myslet znamená soustředit se na systémy

Systemické techniky:

- Cirkulární dotazování – pochází z dílny milánské školy a je nepřímou formou získávání informací. Místo toho, abychom se ptali pacienta, co on sám si myslí, ptáme se co si myslí, že si myslí jiný člen rodiny. „co si myslíte, že si přeje vaše manželka... „
- Otázky pomáhají obejít odpor ke sdělování intimních informací. Ludewig používá obecnější označení – konstruktivní dotazování - „Podle čeho poznáte, že je terapie u konce?“
- Otázka po zázraku – navržena Shazerem, který ji považuje za jednoduchý způsob, jak získat klientův popis cíle terapie. Např: „Jedné noci, zatímco budete spát, se stane zázrak a váš problém se vyřeší. Vy o tom nebudete vědět. Podle čeho ráno poznáte, že se stal zázrak? Co se změní?“ (Toto můžeme formulovat i ve vztahu k významným osobám.)
- Technika zázračné změny – souvisí s předchozí otázkou po zázraku. Chceme, aby pacient předstíral, že zázrak už se stal a aby pacient pozoroval, jak na to bude reagovat okolí, například partner.
- Zhodnocení pozitiv – Shazer nabádá rodinu, aby pozorovala to, co v rodině považuje za pozitivní a nosné a co nechťejí, aby se změnilo.
- Reflektující tým – pozorování terapie za jednosměrným zrcadlem se stala novou technikou. Reflektující tým podává poznatky v průběhu sezení s rodinou, nebo po jejím skončení, rodina se také může podívat na videozáznam zachycující úvahy reflektujícího týmu. Nebo může tento člověk sedět přímo v místnosti a na pokyn sdělovat své dojmy.
- Externalizace problému – bere pacientův symptom či problém za něco, co je vně pacienta a nepatří k jeho osobnosti. Tím se zbavuje kritiky, problém je vnímán jako něco cizího, proti čemuž je potřeba společně bojovat.
- Další techniky – pozitivní přeznačkování problému, vyjádření pochybností o možnostech změny a paradoxní pokyny, jako například předepisování symptomu.

KOMUNIKAČNÍ TERAPIE

= strategická = interakční = paradoxní terapie (užívá manipulací a paradoxů)

- Škola **Palo Alto** (v Kalifornii)
- pracovní skupina (Bateson, Haley, Weakland, Fry, Jackson) – zvláštnosti komunikace schizofreniků (nejspíš vliv dvojné vazby)
- pracovní skupina (Watzlawick, Weakland, Fisch, Bodin) – manipulačně direktivní krátká komunikační terapie

Rozlišují tři druhy vztahů:

- 1) **symetrický** = rovnost, obě strany iniciují, nadávají, chlubit se apod.
- 2) **komplementární vztah** = jedna strana radí, druhá přijímá
- 3) **metakomplementární vztah** = jedna strana nutí druhou k používání manévrů (např. zneužívání pečovatelského druhého)

Další pojmy KT:

- metakomunikace = neverbální a paraverbální modulace řeči
- dvojná vazba = nesoulad metakomunikace a neverbálního projevu
- sekundární zisk z psychogenní nemoci = terapeut akceptuje, ale řídí klienta => metakomplementární vztah
- komunikace digitální x analogová (Watzlawick)
 - o **digitální** = logická, rozumná a věcná
 - o **analogová** = obrazná, intuitivní

KRÁTKÁ KOMUNIKAČNÍ TERAPIE

- zaměřena na přítomnost, opravuje „špatné řešení“ (např. strategii „více téhož“)
- předepisování chování (paradoxní návod) = předpis symptomu (záměrné vyvolání) => má vždy pozitivní výsledek (symptom se buďto neobjeví, nebo bude úspěšně navozen)
- změna rámce = pojmenování problému jinak, reinterpretace (např. vzdorovitost je „snaha prosadit svou vůli“, hádka projev zájmu o druhého) - oblíbené v rodinné terapii

21. Hypnoterapie, hypnóza, sugesce, relaxační a imaginační techniky.

HYPNÓZA

- zvláštní psychický stav, u kterého je předpoklad, že její navození je založeno na specifických a individuálních schopnostech, tj. jeho hypnabilitě
- **charakterizována:** 1. zvýšenou sugestibilitou, 2. změněným stavem vědomí, 3. vztahem závislosti na hypnotizérovi (raport)

Hypnabilita = individuální schopnost pohroužit se do hypnózy

- určuje maximální hloubku hypnózy
- koreluje s bdělou sugestibilitou
- rušivý vliv záporných postojů je větší, než podpůrný vliv postojů pozitivních
- Hypnabilitu lze nahlížet ve dvou významech
 - o standardní hypnabilita - vyšší skóry dosažené na standardní škále hypnability
 - o základní hypnabilita - k jejímu zjištění je nutné několikrát opakovat procesu hypnotizace, dokud se již hypnabilita nemění z čehož, lze pak vyvodit hypnabilitu, jakožto trvalou a stabilní v čase osobnostní vlastnost
- **Škály měření hypnability** – lze ji měřit
 - o Standfordská škála hypnability (PRO INDIVIDUÁLNÍ) – forma A (SHSS:A) a B
 - klesání ruky, oddalování rukou, halucinace komára, chuťové halucinace, ztuhlost paže, sen, věková regrese, anosmie, znehybnění ruky, halucinovaný hlas, negativní zrková halucinace, posthypnotická amnézie, ...
 - o Harvardská škála hypnability (HGSHS) kolektivní
 - o Stanfordská hypnotická klinická škála pro dospělé (SHCS:Adult)
 - o Stanfordská hypnotická klinická škála pro děti (SHCS:Child)
 - o Londonova škála dětské hypnability (CHSS), ...

1. Sugestibilita = vnímavost k sugescím

- Zvýšená sugestibilita je založena na jedincově připravenosti reagovat na působící sugesce a přijímat je bez jejich logického ověřování (nepůsobí na logiku, snaží se obejít) a tendenci je pozměňovat
- Běžná součást psychoterapie (i placebo je založeno na sugesci)
- Představuje podnět např. v podobě tvrzení, které je formulováno a sdělováno tak, že jeho zamyšlený účinek je samočinný, bez kritického uvažování a bez účasti vůle hypnotizovaného
- **Účinnost:** dána osobou, jejím osobnostním uspořádáním a z něho vycházející sugestibilitou
- Zvýšená je u MR
- **Suggestivní intonace** = vyslovovat tvrzení takovým způsobem, aby u naslouchajícího vzbuzovala a posilovala okamžitý dojem o jejich pravdivosti a neumožňovala pochybnosti
- **Typy sugescí**
 - o Direktivní (říkal, co máme dělat)
 - o Nedirektivní /Nepřímé (něco nám vsugeruje ...hlavou nám jde nějaký zážitek)
 - o Autoritativní (bažení tě vůbec nebude znepokojovat, budeš v klidu dýchat a ...)
 - o Permisivní (podrobnější, zaměřen na potřebách klienta – hlavně u neuróz, prožijí to několikrát. V případě až se objeví situace, kdy nebudete schopni zabránit úzkosti, dejte si ruku do „kolečka“)
 - o Obsahové
 - o Procesuální (regrese do dětského věku, progresu do budoucna)
 - o Pozitivní (budeš uvolněný, soustředěný, ...)
 - o Negativní (nedělej to, ...)
 - o Posthypnotická sugesce (posthypnotická amnézie – zapomene obsah sugesce, pokud 3krát zaklepu, vzpomeneš si) – disociativní p. motoriky – chodil pouze v hypnóze
- **Zkoušky sugestibility:** reagování na sugesce v bdělém stavu
 - o sugesce obsahující vnucení nebo naopak znemožnění určitého pohybu, hypnóza sugescemi začíná
 - o **užitečné, ale ne nutné:** předpovídají úspěch samotné hypnotizace, klient získá lepší představu, co ho čeká, terapeut představu, co na klienta působí
 - o **Kyvadelko** – velmi lehká zkouška, pozitivně reaguje 80-90 %; využívá se spíše při výcviku, a ne v praxi

- o **Semknutí rukou** – pozitivně reaguje 10–25 % osob, korelace s hypnabilitou je až 0,70, využívá se k rychlému výběru vysoce hypnabilních osob pro demonstrační ukázkou
- o **Padání dozadu**, padání dopředu, přitahování rukou, klesání ruky – středně těžké zkoušky, nejvíce se užívají v praxi
- o **Metoda stupňování náročnosti bdělých sugescí** – bez přerušování zkoušky bdělých sugescí převedení do hypnotického stavu

2. Změněný stav vědomí

- představuje určité odpoutání se od okolí, kdy se projevuje relativně indiferentnost k reálným smyslovým podnětům
- V hypnóze se může projevit sekundární vědomí, tj. hypnóza a vědomí představují dva odlišné stavy
- v tomto pojetí tedy může představovat jakýsi disociační stav změněného vědomí, který je založen na aktivaci ascendentního retikulárního systému

3. Specifický vztah závislosti na hypnotizérovi

- určité výběrové propojení mezi hypnotizovaným jedincem a hypnotizérem, kdy v tomto propojení hypnotizérovi podněty nabývají pro hypnotizovaného zvláštního významu při snížené reaktivitě na podněty okolní nekorigované hypnotizérem
- **Hloubka hypnózy**
 - o **Somnolence** (lehká): tato úroveň je založená na relaxaci při zavřených očích, pocitech tíhy, pocitech únavy, sníženou spontaneitou, zpomalením duševních pochodů.
 - o **Hypotaxe** (střední): v této úrovni se objevuje motorické ochromení, nemožností odporovat sugescím, snížená až vymizelá spontánní aktivita
 - o **Somnambulismus** (hluboká): v této úrovni je možné vyvolat většinu i náročnějších hypnotických jevů (např. věkový regres, hypnotický kataleptický most).

Dělení technik hypnózy

- autoritativní x neautoritativní
- přímá (hypnóza rovnou) x nepřímá (plynule ze zkoušek)
- standardní přístup (přímé sugesce u kohokoliv) x individualizovaný přístup

Navození hypnózy

- **uspávací metody**: fixace předmětu, fixace hypnotizéra, sluchové podněty, pasy („magické“), slovní sugesce
- **metoda stupňování náročnosti bdělých sugescí**: autorita, pevné sugesce, vhodné pro hypnabilnější osoby

Ukončení hypnózy

- vsugerování návratu, odvolání sugescí, které nechceme v bdělém stavu
- po skončení se bude pacient cítit zcela bdělý, příjemně svěží a v dobré pohodě
- pokyny pro případ neprobuzení: akceptovat situaci a sugerovat, že se probudí sám, kdy chce nebo až se vyspí (hypnóza přejde ve fyziologický spánek), zeptat se, proč se nechce probudit

Hypnotické jevy

- motorika (jednoduché pohyby, složité sekvence, katalepsie apod.)
- vnímání (parestézie, teplo, hyperstézie, analgezie – při porodech, negativní halucinace, ...)
- vegetativní reakce (žaludeční sekrece, hladina cukru v krvi, puls, krevní tlak ...)
- myšlení, paměť a emoce (i hypermnézie)
- prožívání situací a věková regrese (vnitřní prožitek i vnější; možnost katarzního odžití)
- posthypnotická sugesce a posthypnotická amnézie (racionalizace po provedení sugescí)

Další pojmy/jevy

- **přerušovaná hypnotizace** (= fracionovaná hypnóza, „Nyní se vrátíte do bdělého stavu a sdělíte mi svoje pocity. Pak budeme pokračovat dál a ponoříte se do hypnózy ještě hlouběji“)
- **prohlubování hypnózy** (sugesce: „hlubší a hlubší“, sugesce o prohloubení a ponechání několik minut pacienta v klidu, sugesce se stoupající obtížností, opakování hypnotizace)
- **kolektivní hypnotizace** (cca 12 osob, každý hypnotizuje bod na své ruce; pocity tíhy, naklánění hlavy, zvedání ruky, teplo – natáčení obličeje ke slunci, amnézie)
- **autohypnóza** (mírná – jako u autogenního tréninku, ablační hypnóza = navozování je nacvičeno s hypnotherapeutem, posthypnotické sugesce, trvání cca 2 – 10min)

HYPNOTERAPIE

- náhlé odstranění příznaků (u monosymptomatických hysterických projevů)
- postupné odstraňování příznaků (při mělké hypnóze nebo difúzní povaze symptomů)
- Léčebné sugescce

Ericksonovo pojetí hypnózy (M. Erickson – škola Palo Alto v kombinaci s hypnoterapií)

- nejasná hranice komunikace a hypnózy => Nelze přesně říct jestli je/není pacient v hypnóze
- individualizace a pozitivní orientace -> terapeut se nechává vést klientem (pacing), aby jej mohl lépe ovlivnit (leading); snaha o pozitivní orientaci na budoucnost, nikoli minulost
- bezprostředně pozoruje chování pacienta, důležité jsou informace o jeho prožívání
- využití nepřímých sugescí, příběhů, symbolů a metafor (postupné nenápadné vsouvání sugescí do rozhovoru či příběhu; sugescce se vyslovují pomaleji, důrazněji)
- neobvyklé sugescce, instrukce, příkazy (často dramatický sled, překvapivé domácí úkoly pro zesílení příznaků, bezpodmínečné splnění úkolů, absurdní formy činnosti)
- klade důraz na samostatnou účelnou činnost nevědomí (nevědomí samo zpracuje problém, najde řešení; nevědomí = pozitivní životní síla)

Klinická hypnóza = léčebná hypnóza

- **přímé sugescce** („Váš stav se postupně zlepšuje a s další hypnózou se bude nadále zlepšovat“)
- **obrazné sugescce** (prožitky či scény, v nichž pacient symbolicky odkládá své potíže nebo získává žádoucí postoje či vlastnosti – utopení příznaků v řece, ...)
- **specifické symptomatické sugescce** (jak se budou konkrétní symptomy pacienta měnit, např. enuréza – „V noci se včas probudíš a postel zůstane suchá.“)
- **neutralizační sugescce** („Alkohol je vám zcela lhostejný.“)
- averzivní sugescce (u závislosti, vyvolávání dávení, zvracení, kašel, odpor)
- zdůvodňování sugestivního tvrzení
- využití doteku (ne na erotických místech, pro zesílení účinku sugescce př. u bolestí)
- zpětné informace o působení sugescce – viditelné (př. parézy), dávání domluveného znamení
- navázání kontaktu s příznakem – zesílení a pak oslabení/vymizení
- **Zásady léčebných sugescí:**
 - 1) Terapeutovi, má být dopředu jasné, čeho chce sugescemi dosáhnout
 - 2) Sugescce formuluje srozumitelně a zřetelně
 - 3) Sugescce formuluje, pokud možno, kladně
 - 4) Vytvoří si základní terapeutickou formulku, kterou ve stejném znění v průběhu opakuje
 - 5) Sugerovaný účinek popisuje současně z různých hledisek v obměňovaných formulacích
 - 6) Podle možnosti sugescce racionálně nebo zdánlivě racionálně zdůvodňuje
 - 7) Podtrhne pacientovu vlastní motivaci, aby se sugescce uskutečnily
 - 8) V některých případech může navázat kontakt s příznakem
 - 9) Sugeruje, že sugescce budou trvalé a účinné
 - 10) Stupňuje sugescce podle pozorovaného účinku

Terapeutické využití hypnózy

- prosté zklidnění
- prosté vsugerování žádoucího stavu – př. příjemné pocity místo bolesti, napětí, ...
- terapeutická abreakce – sugestivní znovu vyvolání nepříjemného zážitku v bezpečí hypnotického stavu
- nácvik správného průběhu – halucinované představy správného fungování (dýchání u astmatu), chování (okusování nehtů, agrese, kouření), učení, mluvy (koktavost)...
- motivační reorientace – sugescemi navozené „naprogramování“ pro situace mimo terapii
- slouží jako prvek, který umocňuje léčbu pacienta, sama není metodou léčby

Hypnóza u dětí

- soustředění pozornosti na určité zážitky, které prožívá velmi živě a skutečně
- **malá stabilita hypnotického stavu** - hypnotický stav není od nehypnotického stavu zřetelně časově oddělen, dítě se chvílemi chová jako by v hypnóze nebylo (komunikuje, ptá se na věci, které se sugescemi nesouvisí) – hypnóza může být přerušovaná (z hypnózy jej může vytrhnout příjemný nečekaný zážitek – lehce se vrátí zpátky do hypnózy; při nepříjemném zážitku či úleku je lépe hypnózu ukončit – odreagovat, uklidnit, zpracovat zážitek ve hře)
- děti jsou **značně hypnabilní** (stírá se hranice mezi fantazií a skutečností), ale pozornost nestálá, odklonitelná (lehce se znudí)
- nerady zavírají oči, zavřou-li je – tendence ke spontánnímu opakovanému otevírání
- tendence ke spontánním pohybům a mluvě při hypnóze

- za každý úspěch je potřeba dítě chválit
- sugescím musí rozumět (slovník, osobní zkušenosti)
- s dítětem je potřeba navázat vztah bezpečí, důvěry a přátelské autority
- častá improvizace postupu ze strany hypnoterapeuta (podle reakcí dítěte)
- **cesta do hypnózy** – přes zajímavé vyprávění blízkého zájmu nebo hra na „jakoby“; uvedení dítěte do hypnózy by nemělo přesáhnout 5 minut (raději to zkusit při dalším sezení)
- fantazijní techniky: televizní pořad nebo film v kině, oblíbené místo, oblíbené zvíře, květinová zahrada, sportovní činnost, jízda na kole, autě a na koni, let do vesmíru
- **dle věku:**
 - o do 4 let: spíše zklidnění než hypnóza, nejvhodnější je uspání, kolébání za pomoci - motorických sugescí se začíná využívat po osmém roce věku
 - o okolo 14 - 16 let způsob hypnózy postupně odpovídá stylu vedení dospělých klientů
- **Hypnoterapie u dětí**
 - o odstraňování nevhodných/chybných návyků – noční pomočování (úspěšná), koktavost (úspěch cca u 30 % dětí), okusování nehtů
 - o zvládání problémů s učením (podpora motivace, odstranění negativního vlivu emocí)
 - o somatické obtíže (dušnost, nechutenství, křeče, vyrážky aj.) a bolesti
 - o poruchy chování (podpurný vliv – odstraňování negativních emocí vůči lidem, posilování motivace, ...)
 - o fobie

RELAXACE

- **na bázi svalového uvolnění** (práce s tělem) – masáže, akupresura, postojová cvičení (ásany)
- **na bázi dechových cvičení** – koncentrace na přirozený průběh dechu, plný jógový dech
- **koncentrační metody** – Jacobsonova progresivní relaxace, Schultzův autogenní trénink, meditace
- **imaginativní metody** – tvůrčí představivost S. Gawainové, Silvova metoda ovládnutí vědomí
- **Technologické postupy na bázi vizuální, resp. sluchové stimulace** – biofeedback, subliminální metody
- **Některé další přístupy k relaxaci** – relaxace pomocí vůní (aromaterapeutický přístup), relaxace pomocí hudby (muzikoterapeutický přístup)
- **Bleskové relaxační techniky** – není třeba dlouhého nácviku, dají se zvládnout během 5 minut

Autogenní trénink – Schultz – nejrozšířenější metoda založená na relaxaci

- **sugesce pocitů tepla, tíhy, klidného dechu**
- využívá poznatků o propojenosti psychické tenze, vegetativní nerv. soustavy a napětí svalstva.
- při dobré reakci užití i sugescí, které do AT nepatří – lehkost ruky a zvedání ruky, slunění na louce a poslouchání šplouchání vody
- **Příprava prostředí:** kdekoli, i bez pomůcek, u méně hypnabilních osob – klidné prostředí bez rušivých vlivů, pohovka s poduškou nebo křeslo
- **Základní AT má 6 stupňů:**
 1. tíha v končetinách
 2. teplo v končetinách
 3. klidný dechu
 4. pravidelná srdeční činnost
 5. pocit tepla v nadbříšku
 6. chladné čelo
- Zpočátku **pod vedením terapeuta** => vlastní autogenní trénink se provádí autosugestivními formulami, např. „paže a nohy jsou těžké“, „cigarety jsou mi lhostejné“ => mají být pozitivní
- **Individuálně** (individualizace postupu), nebo častěji **kolektivně** (skupinová atmosféra)
- Jeho průběh je individuálně různý, mluvíme o individuálních variacích
- Cvičí se 1x až 3x denně, pravidelnost se považuje za významnější než frekvence => účinky se projeví běžně po 3 měsících intenzivního tréninku
- **Poloha vsedě** je méně náročná prostorově (hodí se do ambulantních podmínek), **poloha vleže** (vhodná při hospitalizaci před spánkem)
- **Vyšší stupeň** přechází od tělesných pocitů a relaxace k vybavení zpočátku jednoduchých a postupně složitějších senzorických prožitků se spontánním emočním doprovodem až k vnitřní meditaci o vlastní osobě

- **Využití:** neurózy, toxikomanie, psychosomatické poruchy, závislosti na cigaretě => Jde o techniku pomocnou, i když významnou a v praxi velmi užitečnou.

Progresivní svalová relaxace (Jacobson; čteno Jakopsn) => Svalová relaxace v 6 stupních

- 1) rozlišit pocit tenze a relaxace ve svalu
- 2) cvičení relaxace svalů hlavy
- 3) cvičení svalů jazyka
- 4) svaly ramene
- 5) relaxace svalů zádočných, hrudních a břišních
- 6) relaxace prstů rukou a nohou

Relaxaci procvičujeme dvakrát denně, asi 10 minut

22. Skupinová psychoterapie, účinné faktory, dynamika, koncepce a techniky, transakční analýza, terapeutická komunita.

Kolektivní psychoterapie: postup, který bychom využili u jednoho pacienta, využije u více pacientů najednou, šetří čas a může být i více efektivní => **nevyužívá skupinové dynamiky**

Skupinová psychoterapie: využívá k léčbě skupinovou dynamiku (vztahy a interakce mezi členy)

- indikace (PPP, úzkosti, závislosti), kontraindikace (těžké PO, soc fobie)

ÚČINNÉ FAKTORY: obecné (+ očekávání, terapeutický vztah, výklad poruchy, emoční uvolnění, posílení, zvyšování vědomí, Hawthornský efekt, katarze, ...) + 11 ÚF skupinové terapie:

1. **dodávání naděje:** víra, placebo, pozorování zlepšení u ostatních členů ji podporuje
2. **univerzalita:** členové mají podobné problémy
3. **poskytování informací:** didaktické instrukce, techniky a rady v řešení problémů (KBT)
4. **altruismus:** členové jsou schopni si pomoci navzájem (silné zkušenosti), vyšší vl. Hodnota
5. **korektivní rekapitulace primární rodiny:** přenos jako v individuální terapii a jeho korekce
6. **rozvoj sociálních dovedností:** nácvik nových, těžkých situací (KBT), zpětná vazba
7. **napodobující chování:** identifikace s jiným členem, terapeutem, zkouška jiných rolí
8. **interpersonální učení:** interakce mezi členy, otevírá možnost korekce
9. **koheze = soudržnost skupiny:** význam jako terapeutický vztah, skupinový duch
10. **katarze:** úleva z ventilace a sdílení v přijímací atmosféře skupiny
11. **existenciální:** dodatečný faktor, přiznat si svou konečnost, zodpovědnost za své činy

Morenův směr:

- principy: tvořivost, spontánnost, náhoda a téle (vesmírná interakce)
- teorie: vesmír je nekonečná tvořivost a tvořivost je soběstačná a jejím smyslem je být, čím je
- úrovně tvořivosti: **nevědomá:** náhle propukne a přetvoří se v úmyslný plán, (2) **vznášející se:** nikdy neusíná, (3) **traumatická:** občas překvapí hlubokým zážitkem
- založeno na intuici, vcítění se a prožití, máloco je skutečně přesně definováno
- snaha zbavit klienta konvencí, dát možnost spontánně se projevit (dal průchod pudům a fantazii => skákat křičet, plazit se po zemi)
- Vztah k terapeutovi: „téle“ vcítění se dvou, není jen přenosem a protipřenosem, vznikají reálné stabilní vztahy, terapeut se neskrývá za maskou psychoanalytika
- průběh sezení: **rozehrávání:** má podnítit spontánnost a fantazii (př: tanec se střídáním partnerů, znázornění rytmu, předávání si předmětu s neobvyklým pojmenováním od každého), **vlastní psychodrama:** úvodní otázka „kdo chce předvést svůj problém?“, terapeut využívá své znalosti členů, může hran zastavovat, přidávat další členy, kombinovat různé techniky, **závěrečná část:** skupinový rozhovor s komentáři, poznámkami, sdílením podobných příběhů => sdílením citů, může být zapojena i neverbální komunikace (pohlazení, odstrčení, ...)
- využívá sociometrických měření k zachycení oblíbenosti, neoblíbenosti, vůdcovství atd.

Analytický směr pojetí dle Slavsona:

- stejné principy jako u individuální terapie, techniky: volné asociace, analýza odporu a snů, interpretace přenosu, analýza verbálního projevu
- pouze pravidlo, že mají mluvit vše, co je napadne, je omezeno, aby se mohli vyjadřovat i jiný
- vyprávějí sny před skupinou a interpretovat může nejen terapeut, ale i členové skupiny
- skupinová dynamika jako rušivý negativní faktor, zaměřuje se na jednotlivce, snaha zabránit tvorbě norem, hodnot a cílů, jen malá koheze => pokud vznikne, terapie přestává fungovat
- pacienti se mají zabývat svými vlastními problémy ne skupinové plány

Foulkes: emoční porucha vzniká v porušených vztazích => skupina umožňuje svobodné a spontánní interakce mezi členy, reprodukci patogenního konfliktu a jeho konfrontaci s hodnotovým systémem

Skupinová psychoterapie neuróz: terapeut direktivní, aktivní, Yalom doporučuje 2 skupiny na lůžkovém oddělení:

- vyšší úroveň skupiny: stabilizování
- nižší: aktuální psychotici (pohybové techniky, struktura)

SKUPINOVÁ DYNAMIKA = TERAPEUTICKÉ SKUPINY

= souhrn skupinových dění a interakcí

- vytvářejí ji vztahy ve skupině, jejich interakce, existence a činnost skupiny, síly z vnějška

= cíle a normy skupiny, vůdcovství, koheze, tenze, projekce minulosti, tvorba podskupin, vývoj sk.

Cíle skupiny:

1. dosáhnout vzhledu do problematiky jedinců, změnit nesprávné postoje
2. změnit maladaptivní vzorce chování, přiměřená adaptace
3. podpořit zrání osobnosti, rozvinutí potenciálu, dosažení optimálního výkonu, pocitu štěstí
4. odstranit chorobné příznaky (návěkem, vyřešením konfliktů)

Struktura skupiny:

- formální (daná organizací) x neformální (interpersonální preference)
- **pozice** ve skupině = různá práva a povinnosti => pokud je přijímá, dodržuje = **role**

Normy skupiny:

= soubor nepsaných pravidel, ovlivňují postoje a chování členů, vyvíjen nátlak k podřízení se normám

- terapeutické normy: projevování emocí, svěřování problémů, tolerance a přijímání druhých, aktivita v diskusi, zpětná vazba, zaměření na dosažení užitečných změn u sebe a druhých
- antiterapeutické normy: skrývání skutečných emocí, tvorba podskupin, erotických dvojic, tabu

Skupinové role:

Základní role **morenovské sociometrie**: dva vůdci (schopný, oblíbený) a černá ovce

Schindler (4 pravidelně se vyskytující):

- alfa (vůdce), beta (expert), gama (pasivní, přizpůsobivý), omega (okraj skupiny)

KOHEZE: soudržnost a přitažlivost skupiny pro její členy = analogie terapeutického vztahu

Přispívá: skupinové cíle v souladu s indiv. Potřebami, sympatie mezi členy, motivace ke členství, přátelská atmosféra, aktivity (ev. Soutěžení s jinou skupinou)

TENZE: vzniká při vzájemné interakci mezi členy, jisté napětí vznikající z ohledu na ostatní

- tendence reagovat podle navyklých stereotypů (potlačovat, ventilovat ne/přímo)
- negativní důsledky příliš velká a dlouhodobá nebo nízká (bez motivace pracovat)

= hybná síla podněcující úsilí o změnu, podporuje orientaci diskuze a projevení maladaptivních chov.

PROJEKCE: minulé zkušenosti, ovlivňující percepci druhých, emocionální reakce a způsob chování

STÁDIA UZAVŘENÉ SKUPINY (začátek práce se všemi členy najednou)

1. orientace a závislost: hledání smyslu skupiny, informací, cílů, oťukávání
2. konflikty a protest: vůdce x členové, tvorba hierarchie, rolí, kritika
3. koheze a kooperace: snížení napětí a konfliktů, konsolidace a interiorizace norem a hodnot
4. cílevědomá činnost: integrace skupiny, terapeutická práce (dosahování náhledu a změn)

TECHNIKY: psychodrama (část rozehrátí, vlastní hry, sdílení pocitů), psychogymnastika (části průpravná, pantomimická, závěrečná), projektivní arteterapie (část kresebná, diskuzní), muzikoterapie (receptivní, aktivní), setkání = encounter (emoce a prožitek, dotek a tělesný kontakt, otevřenost a autentičnost, důvěrnost a blízkost), nácvik dovedností, vcit'ování, sebeprosazení

TERAPEUTICKÁ KOMUNITA (léčebné společenství, Jones)

- instituce nebo oddělení, které podporuje spoluúčast pacientů na léčebném procesu (tj. na plánování a řízení společných aktivit), skupinové léčení v ústavu musí být posuzováno s celkovou sociální kulturou ústavu a ta nesmí léčení překážet, ale doplňovat jej
- nutná oboustranná komunikace a demokratické vedení od personálu
- důležitá součást jsou denní schůze personálu i pacientů, kde se projednávají praktické otázky, i konkrétní problémy pacientů, po skončení pokračuje v užší schůzce už jen personál

Prvky:

- řád a program, ranní schůze a komunity (vyhlášení denního plánu, reflexe předchozího dne, pružné řešení problémů), dopolední pracovní činnost (3 h, zahradnictví, ...), skupinová sezení (1,5 h), schůzky členů týmu (jednou za měsíc), večerní program (1,5 h)

Demokratické terapeutické komunity (DTK): blízké vztahy, demokracie, zpětné vazby, psych. poruchy

Hierarchické terapeutické komunity (HTK): delikvence, PO, závislost = definice hierarchie, odměny

TRANSAKČNÍ ANALÝZA

E. Berne: ovlivnil skupinovou terapii na základě **koncepce motivace, stavů ega, druhů mezilidské transakce, scénářů a her**. Tyto koncepce si K osvojí teoreticky (z výkladu T) a prakticky (aplikace na dění ve skupině i na své životní problémy)

Motivace: biologické pudy + 2 páry základních psychologických potřeb

- **podněty & uznání:** nejdůležitější podnět = **pohlazení** (u dětí = fyzický dotek, objetí, u dospělých = fyzický dotek nebo slovní projev uznání, potlesk, úsměv). Pokud je pohlazení nenasyčeno, může jedinec usilovat alespoň o **negativní pohlazení** (nesouhlas, kritika, mračení) = „**i negativní kontakt je lepší, než žádný**“
- **struktury & vzrušení: smysluplné vyplnění času:** odstraňuje prázdnotu a nudu

Analýza struktury stavů ega:

- **Rodič:** reprodukuje pocity, chování, gesta, názory a postoje nekriticky převzaté v dětství od rodičů, obsahuje zákony, pravidla, co dítě od významných dospělých slyšelo, vidělo, tvoří soudy na základě nápodoby (ze vzpomínek z dětství)
- **Dítě:** Pozůstatek vnitřních obsahů člověka z dětství, reaguje na základě pocitů a nedokáže dostatečně diferencovat
 - o Negativní: bezmoc, méněcennosti, provinilost, reagování bez rozumové kontroly
 - o Pozitivní: tvořivost, hravost, spontánnost, zvědavost, přání vědět, dotýkat se, zkoumat
- **Dospělý:** Zpracovává a hodnotí informace na základě vlastní zkušenosti a rozumu, dokáže rozlišit jednotlivé stavy Já: Demonstrované (rodič), Prožívané (dítě), Objevené vlastním poznáním (dospělý)

Analýza transakce: Rozlišení stavů ega je zásadní pro **komunikaci mezi lidmi** (podle Berneho) = **transakce** => průběh i výsledek T závislý na stavech ega a jak se vzájemně doplňují

Druhy transakce:

- **Rovnoběžné:**
 - o **jednoduché:** Dospělý ⇔ Dospělý: věcná otázka a věcná odpověď
 - o **šikmé:** Dítě ⇔ rodič: D si žádá pozornost a R je ochotný pozornost udělit
- **zkřížené:** působí nepříjemnosti
 - o př. podnět charakteru Dospělý ⇔ Dospělý (hledání informace, např. „kde je...“)
 - o odpověď charakteru Dítě ⇔ Rodič (D => R „Ty po mě pořád něco chceš“ X R => D „Tam, kde jsi to nechal“)
- **Zjevné:** které vedle zjevného podnětu **obsahují podnět skrytý**
 - o př. podnět charakteru Dospělý ⇔ Dospělý (informace, „Kde jsou zápalky?“)
 - o skrytý podnět Dospělý (nebo rodič) => Dítě („Máš tu nepořádek“)
 - o otevírá se prostor pro zkříženou transakci, pokud odpověď bude mít jiný charakter

Analýza scénáře = životního plánu, který byl utvořen v dětství, posilován rodiči a potvrzovaný následujícími událostmi

Analýza her: Berne popsal asi 30, př.: kvůli tobě, frigidní žena, výplata, dej-ber

- předpokladem je pochopení transakcí a analýzy scénáře
- HRA = sled událostí, které navazují na transakce (zjevné i skryté) a obsahují nástrahy (souvisí s problematickým scénářem) a vede k předvídatelnému konci

Terapeutický postup: klíčový **kontrakt** (dohoda, čeho K dosáhne, jak T pomůže), K se zavazuje osvojit si terminologii TA, používat ji, skupinová sezení o 7-8lidech, jednou týdně na 2 hod, počítá se s 2 sezeními => **tabule pro nákresy** nezbytnou součástí vybavení T, nacvičují se transakce dospělých a hrají se hry => častější zpětná vazba na pozitivní vlastnosti jedince

23. Integrativní a eklektická psychoterapie, společné, alternativní a specifické účinné faktory v psychoterapii.

Eklektická = kombinované využívání různých metod bez ohledu na jejich původní teoretické východisko podle toho vhodnosti

Integrativní = přístup pokoušející se sjednotit různé teoretické přístupy do vyššího celku nebo vytvořit teorii jim nadřazenou

Syntetická PTP - tvoří mezi eklektickou a integrativní PTP střední článek

- chce spojovat nejen metody, ale i teoretické koncepce, jak nejvíce to lze; zároveň si však ještě nečiní nárok na vytvoření systému, který by dokázal protikladné teorie harmonicky propojit, k takové integraci pouze směřuje, vidí ji jako žádoucí cíl, i když obtížně dosažitelný)

EKLEKTICKÝ PŘÍSTUP

- v praxi velmi častý
- terapeut využívá různých výkladových principů a metod, které ovládá buď alternativně, nebo je kombinuje podle toho, jak to v daném případě považuje za účelné
 - o **kombinace souběžná** (náhledové metody se symptomatickými; různé metody ve stejnou chvíli)
 - o **kombinace postupná** (prosté nahrazení jednoho přístupu druhým, když se nedostavuje žádoucí účinek)

POKUSY O INTEGRACI

- buď charakter empirický, nebo se opírají o vědecký výzkum účinných faktorů v psychoterapii
- vycházejí 3 dílčí integrativní hypotézy:
 1. ve všech významných PTP přístupech existují společné účinné faktory
 2. v různých přístupech mohou být různé účinné faktory vedoucí různou cestou ke stejnému výsledku
 3. existují specifické účinné faktory, které působí na určitý příznak, na určitý problém nebo na určitého pacienta a jsou málo účinné v jiných případech (KBT na fobie, Frankl na životní nespokojenost, direktivita pro submisivní jedince, ...)
- „Dodův rozsudek“=označující tvrzení, že „všechny psychoterapie mají stejný efekt“, je některými eklektickými psychoterapeuty přijímán, jinými odmítán

Eklekticismus	Integrace
Technický	Teoretická
Rozdíly	Společné prvky
Výběr z mnoha	Kombinace mnoha
Aplikace toho, co je	Vytváření něčeho nového
Sbírka	Směs
Aplikace částí	Spojování částí do celku
Ateoretický avšak empirický	Více teoretický než empirický
Suma částí	Více než jen suma částí
Realistický	idealistická

SOUČASNÉ MODELÝ (prý chce detailně, nestačí 1 a k ostatním pár vět)

Integrovaná psychoterapie manželů Knoblochových

- pokoušejí se integrovat **prvky psychoanalýzy** s **teoriemi učení**
- ovlivnění koncepcemi A. Freudové, M. Kleinové, Schultze-Henckeho, Sullivana, Eysencka, Mowrera, Morena a M. Jonese
- **organizační systém** skládající se z ambulance, denního sanatoria a lůžkového zařízení s terapeutickou komunitou, využívající individuální, rodinnou a skupinovou PTP s řadou technik zahrnujících psychodrama, psychogymnastiku, imaginaci a řízenou abreakci
- „skupinové schéma“ každého pacienta, získává zkušenosti v **4 základních rolích**:
 - o v roli autorit, v roli podřízených, v roli osob souřadných, v roli intimních partnerů
- zážitky s významnými osobami v těchto rolích (zejm. s rodiči a sourozenci) => přenos do dalších podobných vztahů s očekáváním podobného chování jako ve vztazích minulých => ve skupině modelově zastupovány spolupacienti (terapeut pomáhá k náhledu, korekci chování)
- **korektivní zkušenost** je částečná reexpozice situacím, které jedinec nebyl schopen v minulosti zvládnout, ale reexpozice za příznivějších okolností (pacient zvládnout)

- chování druhých lidí je do značné míry reakcí na pacientovo vlastní chování => Pacient tak má možnost vidět, jak sám ovlivňuje svůj osud => Ideálně dosáhne sám za pomoci korektivní zkušenosti a překonání odporu toho, že své sebepodrávající chování změní
- Z pocitu bezmocné oběti vnějších sil => Stav uvědomění vlastní chování jako článku v příčinné síti skupinového systému (Začne chápat, co on sám dělá jiným a proč na něj ostatní reagují právě určitým způsobem) => může začít sám účinně ovlivňovat prostředí a stát se spolutvůrcem svého osudu
- Užívání účinné původní akční techniky **rozestavování spolupacientů**: uprostřed skupinového kruhu staví ze zvolených spolupacientů ve 2 osách kolem sebe představitele různých rolí.
 - o **na 1. ose (vertikální)** – stojí na 1 straně představitelé mužských a ženských rolí nadřazených (otce a matky) – na opačné straně zástupci rolí podřazených (např. mladších sourozenců, domácích zvířat, hraček)
 - o **na 2. ose (horizontální)** – jsou vlevo představitelé osob souřadných – vpravo intimních partnerů
 - o Pacient postupně pod vedením terapeuta vyjadřuje jednotlivým představitelům své pocity, přičemž má zároveň oběma rukama tlačit proti jejich rukám. V případě vzniku agresivních pocitů je může tlouct nabídnutým obuškem z pěnové hmoty, v případě pocitů blízkosti a lásky dochází naopak k objetí => dramatické odreagování významných minulých zážitků a v souvislosti s tím pochopit a korigovat současné postoje.
 - o Pomáhající spolupacienti si při tom často současně odžívají i některé své vlastní zážitky (Představitelé negativních postav je třeba závěrem vrátit z jejich role do skutečnosti)
- **7stupňový systém skupinově centrované integrované PTP** zahrnoval:
 1. úvodní individuální pohovory připravující k přijetí do systému
 3. účast na velké otevřené skupině, v níž dochází k setkání nových pacientů s pacienty, kteří již absolvovali léčbu v terapeutické komunitě
 4. léčbu ve specializovaném lůžkovém zařízení s terapeutickou komunitou
 5. skupinová setkání blízkými pacientů (samostatně i spolu s ostatními pacienty)
 6. doléčování po návratu z komunity
 7. pokračující ambulantní terapii pro ty, kteří ji potřebují
 8. klub bývalých pacientů
- techniky: psychodrama, psychogymnastika, imaginace

Multimodální terapie Lazarusova (Lazarus)

- vychází ze 7 propojených modalit (BASIC ID)
- při vysvětlování a léčení poruch kombinuje model edukativní, kognitivní, komunikační a model sociálního učení
- učí pacienta, jak se vyrovnávat se současnými i budoucími stresovými situacemi
- role terapeuta se podobá roli učitele, který aktivně vede a zadává domácí úkoly
- **BASIC ID**
 - o B = chování (pozitivní/negativní zpevňování, trestání, ...)
 - o A = emoční procesy (abreakce, objasňování pocitů, ...)
 - o S = vnímání (uvolnění pocitů, navození příjemných pocitů)
 - o I = představivost (představy pomáhající zvládnout problémy, změna představ o sobě)
 - o C = poznávací procesy (výuka, zvyšování uvědomění)
 - o I = interpersonální vztahy (návuk sociálních dovedností, nabízení vzoru, ...)
 - o D = biologické faktory (zjištění případného somatického onemocnění, farmakoterapie, odstranění zneužívání drog)
- poruchy mohou primárně vycházet z každé z těchto modalit a pro každou z nich také existují určité techniky a určitý mechanismus změny
- terapeut má z multimodálního hlediska posoudit pacientovu poruchu, vybrat pro něj příslušnou techniku a s ní zahájit terapii; s pacientem si má vytvořit takový vztah, jaký odpovídá účelnému využití příslušné techniky
- zaměření na odstraňování poruch, a nikoli na jejich vysvětlování

- v přístupu k poruchám a jejich léčení má nejbližší k současné KBT

Systematická eklektická psychoterapie (Beutler)

- domnívá se, že je potřebná nadřazená teorie, která by umožnila využít různé postupy bez ohledu na jejich původní teoretické zázemí.
- Jako takovou si zvolil teorii persuaze: „Terapie je formou sociálního vlivu, v níž se osoba s autoritou pokouší povzbudit receptivního jedince, aby změnil své pocity, myšlení, chování a interspers. vztahy.“
- pro účinnost je důležitá kompatibilita pacienta a terapeuta a volba technik podle charakteristik pacienta
- z pacientových charakteristik považuje za důležitou:
 1. jednoduchost nebo komplexnost příznaků
 2. formu vyrovnávání se s problémy
 3. úroveň reaktance = citlivost na ohrožení pocitu svobody v interpersonálním vztahu
- počáteční výběr technik je potřeba upravovat v průběhu terapie, když u pacienta začíná docházet ke změnám

Integrativní psychodynamická terapie (Wachtel)

- vyšel v ní z dynamického přístupu, který spojil s behaviorálním
- cyklická psychodynamika: Lidé dobře nerozumějí svým citům a motivům, zejm. těm, které neodpovídají soc. normám, chování je značně ovlivněno minulými zážitky a intrapsychickými konflikty, které již nejsou uvědomovány => Pacient jako v bludném kruhu opakuje své interakční vzorce získané v minulosti a posiluje je současnými reakcemi okolí => Potřeba získat náhled (=pochopit jejich současnou nevhodnost i podmíněnost minulými zážitky a významnými vztahy) a měnit jejich projevy v chování pomocí nácvikových technik.
- Opakované se vystavování se situacím, kterým se pacient dříve vyhýbal a jejich nynější zvládnutí
- při získávání náhledu a nacvičování nového chování hraje důležitou roli terapeutický vztah, založený na vřelosti, podpoře a aktivitě terapeuta

Garfield

- pokus uspořádat významné proměnné v psychoterapii se zřetelem k výzkumně ověřeným poznatkům a cíleně těchto proměnných využívat
- jeho orientace je pragmatická, zaměřená na výzkumná data a skromná

Transteoretický přístup (Prochaska)

- provedl srovnávací analýzu 24 významných teorií psychoterapie (od psychoanalýzy přes racionálně-emoční terapii až po kognitivní terapii a systémová pojetí) => ozřejmuje v ní jejich podobnosti, rozdíly, vyhledává pozitivní prvky, vyvozuje nespecifické proměnné (očekávání pacienta a terapeutova pozornost věnovaná pacientovi)
- 5 základních specifických procesů: pochopení či uvědomění, uvolnění emocí, rozhodnutí se pro změnu, podmiňování a využívání odměn
- 5 úrovní problémů, 4 stadia změny a 10 procesů, které mají ke změně vést.
 - o 5 úrovní problémů:
 1. symptomy a situace
 2. nesprávné názory
 3. současné interpersonální konflikty
 4. rodinné a systémové konflikty
 5. intrapsychické konflikty
 - o 4 stadia změny:
 - stádium předběžných úvah
 - stádium pozorování a promýšlení
 - stádium vlastní aktivity klienta
 - stádium udržení změny

- o 10 procesů: zvýšení vědomí, sebeosvobození, protipodmiňování, ovládnutí podnětů, přehodnocení sebe, přehodnocení okolí, využití odměn, dramatické uvolnění, pomáhající vztah

„Obecná psychoterapie“ (Grawe)

- na základě rozsáhlých metaanalytických přehledů o efektivnosti různých psychoterapií
- obecný ve smyslu, že překračuje rámce dosavadních jednotlivých škol
- opírá se o konstrukt „schéma“ = základní organizační jednotku psychických procesů => Schémata se vytvářejí z reálných interakcí jedince s okolím a stávají se základem dalších interakcí, určují výběr toho, co vnímáme, a podle jakých kategorií naše vnímání organizujeme.
- pro psychoterapii mají význam zejm. schémata, která vedou k vyhýbání se nepříjemným emočním stavům => s těmito schématy pracuje, aktivizuje je a snaží se je pozměnit.
- Pracuje přitom jak s objasňováním (charakteristickým pro dynamické směry), tak s aktivní pomocí při zvládání problémů (typickou pro přístupy behaviorální).

Na problém orientovaná terapie (Blaser, Heim, Ringer a Thommen)

- s podtitulem integrovaná krátkodobá psychoterapie
- vycházejí z aktuálních životních těžkostí pacienta a formulují s ním hlavní problém, který je možno v ohraničeném čase posunout k reálnému řešení
- využívají k tomu širokého spektra metod, které mohou řešit problém– rozdělili do 6 okruhů:
 1. na uvědomování
 2. na změnu myšlenkových návyků a postojů
 3. na změnu chování
 4. na podněcování emočního prožívání a projevu
 5. na uvolnění a vnímání těla
 6. na podporu

SPOLEČNÉ ÚČINNÉ FAKTORY: Kratochvíl v knize Základy PTP vybírá 5:

- **Vztah mezi pacientem a terapeutem** (důvěra, přesvědčení o pomoci, nutná schopnost vcítit se do pacienta a přijmout ho i s nedostatky)
- **Výklad poruchy** (porozumění symptomům, sobě, potížím => Nezáleží na druhu či vědecké validitě, pacient musí přijmout jako logické vysvětlení)
- **Emoční uvolnění** (ventilace traumatických událostí a potíží včetně emocí při atmosféře přijetí vede k abreakci a katarzi)
- **Konfrontace s vlastními problémy** (pacient se přestane problémům vyhýbat, naučí se jim realisticky čelit, zažívá úspěch)
- **Posílení** (slovy nebo chováním posilují terapeuti žádoucí chování, prožívání a pomáhají odstraňovat nežádoucí)
 - ⇒ Někteří autoři se domnívají, že společné faktory mají největší podíl na účinku všech PTP bez ohledu na jejich teorie. Lambert připisuje (zřejmě realističtěji) společným faktorům asi 30% podílu na celkovém terapeutickém efektu (40% vliv faktorů mimo vlastní terapii: v osobnosti, v příznivých vlivech prostředí, spontánní remise, 15% vliv očekávání-placebo efekt, 15% specifický účinek použitých postupů)

ÚČINNÉ FAKTORY PRO SKUPINOVOU PSYCHOTERAPII (Kratochvíl):

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1. členství ve skupině | 8. náhled |
| 2. emoční podpora | 9. korektivní emoční zkušenost |
| 3. pomoc jiným | 10. zkoušení a nácvik nového jednání |
| 4. sebeexplorace a sebeprojevení | 11. získání nových informací a sociálních dovedností |
| 5. odreagování | |
| 7. zpětná vazba | |

ALTERNATIVNÍ ÚČINNÉ FAKTORY

- existuje více možností, jak pomoci pacientovi a jak dosáhnout zlepšení jeho stavu (např: sebezkoumání pacienta v empatickém terapeutickém vztahu X přivést pacienta za pomoci terapeutových interpretací k náhledu na neuvědomované souvislosti s minulými zážitky)
- Strupp a Bergin seřadili alternativní faktory do 10 bodů:

o Protipodmiňování	o soc. učení vč. nápodoby a identifikace
o Vyhasínání	o persuače (přesvědčování o vlastní pravdě)
o kognitivní učení	o empatie
o odměna a trest	o vřelost
o přenos a generalizace	o konfrontace s problémem
- doplňuje: sugesce (ta je v některých koncepcích faktorem nesespecifickým, ale v sugestivní a hypnotické terapii je záměrně a explicitně využívaným činitelem léčebného působení)
- častá kombinace, ale mohli by fungovat i odděleně

SPECIFICKÉ FAKTORY PŮSOBÍCÍ DIFERENCOVANĚ

- Výzkum: **některý přístup je účinnější u určitých poruch a jiný zase u poruch jiných.**
- např. u pacientů s konkrétními fobiemi, s chybějícími dovednostmi je nejúčinnější – KBT
- také **osobnostní rysy a očekávání pacientů hrají roli**
- např: pacienti s větší submisivitou, kteří očekávají nebo potřebují od terapeuta strukturu a aktivní vedení, budou snáze působit postupy více direktivní.
- To by eklektická metoda mohla řešit => **návod, jak volit vhodnou terapii od Beutlera a Clarkina** – zahrnuje:
 1. přizpůsobení celkových i dílčích cílů léčení komplexnosti pacientových problémů
 2. volbu úrovně léčebného postupu, aby odpovídala pacientově schopnosti vyrovnávat se s problémy (coping style)
 3. pozměňování léčebného menu, aby odpovídalo dílčím úkolům v určitých etapách terapie
 4. přizpůsobování specifických postupů okamžitým situacím, které se vytvářejí ve vztahu mezi terapeutem a pacientem

Specifické faktory dle Procházky:

- **Suggestivní** – vliv autority terapeuta
- **Rozumové** – sebepoznání, porozumění souvislostem, náhled
- **Citové** – důležité, emoční podpora, emoční korektivní zkušenost, abreakce (bouřlivé odžití vzpomínky na trauma), katarze (uvolnění a odstranění nepříjemných pocitů)

Akční - učení, nácviky (asertivita), příznivá reakce okolí, posílení, opakované působení

24. Výzkum v klinické psychologii, druhy výzkumných projektů, příklady výzkumů s kontrolními skupinami. Problémy ve výzkumu psychoterapie. Proměnné v klinické psychologii a psychoterapii

VÝZKUM V KLINICKÉ PSYCHOLOGII

- Rozvoj od začátku vzniku oboru, oblasti diagnostiky, psychoterapie, psychopatologie, psychofyziologie => klinický psycholog by měl sledovat oblasti výsledků výzkumu v oboru, orientovat se v metodologických otázkách, přijímat nové poznatky, jako součást jeho praxe
- APA (Divize KP): vydává časopisy a publikace s cílem představit aktuální poznatky založené na evidence-based pro potřebu klinické praxe

CÍL VÝZKUMU V KP:

- Obecné cíle: popsat, vysvětlit, predikovat a kontrolovat chování a prožívání
- Zkoumání etiologických faktorů podílejících se na vzniku, trvání a prognóze psychických problémů
- Výzkum léčebných a rehabilitačních postupů s cílem vytvořit efektivní postupy na eliminaci nežádoucích symptomů, jejich rehabilitaci nebo kompenzaci (psychoterapie, neuro-psychologická rehabilitace, prevence)

VZTAH VÝZKUMU A TEORIE = model, jak věci fungují, abstrakce a zevšeobecnění

- **Hypotézy a konstrukty** = očekávání o vztazích mezi proměnnými, hypotézy: testování teorie, shora dolů, konstrukty: testování praktických zjištění, zdola nahoru
- Zjištění z praxe: klinické pozorování, rozhovory s pacientem, informace od příbuzných, okolí, diskuze s kolegy

Příklady výzkumů:

- shora dolů: testování teorie naučené bezmocnosti => psychoterapií ovlivníme tendence depresivního pacienta uvažovat o událostech jako neovlivnitelných, změni se emoční prožívání
- zdola nahoru: vliv chování příbuzných schizofreniků na prognózu jejich choroby k vyvození vlivu rodinného a sociálního okolí na prognózu duševních a somatických chorob

PROBLÉM VÝZKUMU V PSYCHOTERAPII

= obtížnost vytváření kontrolních skupin-placebo psychoterapie, otázky účinnosti

METODOLOGIE V PSYCHOTERAPII

Metodologické otázky psychoterapeutického výzkumu

- Výzkum výsledků: účinnost, faktory, druhy psychoterapie na konkrétní potíže
- Výzkum procesu: co se děje v psychoterapii
- Modelový výzkum: psychoterapie v laboratorních podmínkách

PROMĚNNÉ:

- Kvalitativní (třídíme, počítáme), kvantitativní (měříme), nezávislé, závislé
- podle S-O-R: podnětové (situační), proměnné v organismu, v reakci, v chování

Podnětové proměnné:

- **Psychoterapeutická metoda:** různé techniky a postupy, podněty vycházející od terapeuta, skupiny nebo prostředí, zajímáme se o vliv použití metody na symptomy nemoci, nevhodné postoje, maladaptivní chování, porovnávají se změny u skupiny s terapií a bez terapie, problém psychoterapeutického placebo a etické problémy neléčených pacientů
- **Psychoterapeut:** profese, věk, pohlaví, výcvik, zkušenost, zájmy, teoretická orientace, hodnotový systém, nadšení pro věc, charakterové a temperamentové vlastnosti, způsob řeči, sociální přizpůsobení, zralost, opravdovost, vřelost, schopnost empatie
 - o vztah terapeutů a terapeutických technik a jejich interakce => při porovnání technik u jiných terapeutů může být rozdíl dán osobnostmi terapeutů, pokud jeden terapeut více technik, je sice stejná osobnost, ale může se uplatnit jiný postoj k použitým technikám
 - o vztah mezi pacientem a terapeutem a jejich interakce-podobnost mezi nimi, sympatie a antipatie, přenos, protipřenos, terapeutické spojenectví

- o vliv skupiny a skupinových procesů ve skupinové psychoterapii-atmosféra, složení a organizace skupiny, fáze skupinového vývoje

Proměnné v pacientovi:

- Organismus s individuálními a věkovými zvláštnostmi, temperament, postoje a chování, onemocnění jeho druh a trvání
 - o Onemocnění: druh a závažnost
 - o Osobnost: pohlaví, věk, frustrační tolerance, životní styl, nezdolnost, síla ega, inteligence, vzdělání, společenské postavení, temperamentové rysy: aktivita-pasivita, extraverte-introverze, dominance-pasivita, hostilita-afiliace, sympatičnost a přitažlivost, ovlivňuje utváření terapeutického vztahu, YAVIS, protekce, v soukromé praxi honoráře, VIP, motivační faktory-snaha o vyléčení, sekundární vliv nemoci, interakce metody s osobností pacienta-pacient napomáhá působení metody nebo ruší

Proměnné reakce:

- Zlepšení stavu pacienta, jaká změna: v symptomech, v sociálním přizpůsobení, v reorganizaci osobnosti, hodnot a postojů, možnost vycházet z pacientova sebehodnocení, posouzení terapeutem, data od nezávislého pozorovatele, osoby z pacientova prostředí, standardizované testy, katamnéza za 3, 6, 12 m

RELIABILITA = spolehlivost, výsledky měření pomocí metody, přinesou stejné výsledky při opakovaném měření za stejných podmínek

Metody odhadu reliability:

- **Vnitřní konzistence:** jednotlivé položky jsou ve vzájemném vztahu, nejznámější je Cronbachova alfa
- **Split-half:** při rozdělení dotazníku porovnáme jejich výsledky, mezi nimi najdeme silnou pozitivní korelaci
- **Test-retest reliability:** probandům administrujeme test dvakrát v průběhu nějakého období, korelujeme výsledky mezi sebou
- **Paralelní verze testu:** více verzí jednoho testu
- **Reliability jako shoda posuzovatelů:** objektivní posuzovací stupnice, které vyplní odborníci, shoda mezi více posuzovateli, Cohenova kappa, korelační koeficienty

VALIDITA = platnost, měří test to, co má měřit, dnešní podoba: míra, do jaké míry empirické poznatky podporují konkrétní interpretaci testového výsledku, validita pak je charakteristikou významu, který připíšeme testovému výsledku, validita vypovídá o kvalitě závěrů, hypotéz, tvrzení, rozhodnutí, které vznikly na základě skóre v testu

Existuje jedna validita, jednotlivé typy představují způsoby a postupy o poznacích validitě

- **Obsahová:** do jaké míry test měří aspekty měřeného konstruktů (dotazník deprese by měl měřit symptomy deprese: náladu, anhedonii, pesimismus, sui tendence)
- **Kriteriální:** jak výsledky testu korelují s kritériem, vypovídá konkurenční a prediktivní kriteriální validitu (konkurenční: jak koreluje skóre deprese v sebesposuzujícím inventáři s klinickým dojmem psychiatra, prediktivní: jak se dá na základě výsledků v testu predikovat)
- **Konstruktová:** zrcadluje to, do jaké míry test měří, co je zamýšleno, ověření konstruktů, př. použití více metod měření, pak analyzujeme mezi sebou
- **Konvergentní:** zaměřená na zjištění blízkosti vztahů mezi dvěma proměnnými, které jsou očekávané na základě teorie
- **Diskriminační:** test koreluje slabě nebo vůbec s jinými konstrukty, u kterých nepředpokládáme vztah

NEJČASTĚJŠÍ TYPY VÝZKUMNÝCH STUDIÍ V KP Z HLEDISKA TRVÁNÍ A FORMY:

- **Průřezový** (jednorázový, transversální): analýza vztahů mezi proměnnými nebo skupinami, např. porovnání kognitivního výkonu u BAP a deprese
 - o Výhoda: nižší časová, finanční, personální a organizační náročnost
 - o Nevýhoda: získání statického výsledku o zkoumaných proměnných, nezachytíme dynamiku vztahu, vývoj v čase
 - o Korelační výzkumný plán: analýza více sledovaných proměnných

- o Komparační výzkumný plán: analýza rozdílů mezi skupinami
- **Sledování efektů terapie:** měření proměnných před a po intervenci
 - o Náročnější příprava, ideálně s kontrolní skupinou
 - o (kvazi)experimentální výzkum: práce s nezávislými proměnnými (manipulace, intervence) s cílem ovlivnit závislé proměnné (depresivní příznaky)
 - o Sledování procesů terapie: dynamika a elementy psychoterapeutických postupů
 - o Často kvalitativní výzkum
- **Longitudinální** (průběžný): opakované měření v delším časovém horizontě s cílem získat informace o dlouhodobém vývoji v čase
 - o Finančně, časově, personálně, organizačně náročné, zmenšování vzorku z různých důvodů => získáme data o proměnných z hlediska dynamiky a vývoje
- **Kauzistiky:** případová studie, N = 1 (jedinec, rodina), cílem je přinést nové poznatky, nebo oponovat existující
 - o Korelační výzkum: analýza vztahů, pozor není náhradou experimentálního ověřování kauzality vztahů, nelze dokázat směr vztahu (povaha) a event. ovlivnění dalšími proměnnými
- **Experimentální výzkum:** manipulujeme s nezávislou proměnnou a sledujeme, jak se mění závislé proměnné, vytvoříme, kontrolujeme a systematicky manipulujeme s nezávislou proměnnou a sledujeme a zaznamenáváme, jak se mění závislé proměnné, je třeba kontroly nad proměnnými
 - o **Vnitrosubjektový design:** stejné účastníky vystavujeme různým postupům
 - o **Mezisubjektový design:** zařazení více skupin
 - o **Náhodné zařazování participantů** (randomizace) do skupin
 - o **Kvaziexperimentální výzkumný plán:** nelze kontrolovat všechny části experimentu, nejsou splněny všechny podmínky pro experiment
- **Metaanalýza:** analýza publikovaných výzkumů v cílové oblasti, přehled a vytvoření závěrů z výzkumů ve zkoumané oblasti, problémem je tzv. publikace pozitivních výsledků, výzkumů, které podporují jejich hypotézy více než ty, které neukazují statisticky významné výsledky

Jiné typy výzkumů:

- **Epidemiologický výzkum:** zaměřený na výskyt některých problémů v definované populaci, prevalence: výskyt jevu v populaci za určitý čas, incidence: počet nových případů za určité období, souvislosti proměnných, rizikové faktory
- **Kvalitativní výzkum:** pozorování, interview, fokusové skupiny, analýza textů, přehledové studie, metodologické postupy: fenomenologie, narativní přístup, etnometodologie, diskurzivní a sociálně-konstrukcionistický přístup, zakotvená teorie

FAKTORIÁLNÍ PROJEKTY

- Klasický projekt: pracuje se s jednou proměnnou
- Faktoriální projekt: současně se sleduje více faktorů, více nezávislých proměnných

Baltimorský projekt:

- vliv psychoterapeutických technik a vliv psychoterapeuta, situační proměnná: terapeutická metoda (skupinová, individuální a minimální kontakt) a terapeut, proměnné týkající se pacientů (nezkoumali se, ale byl použit náhodný výběr), proměnné týkající se reakce (pacientovo hodnocení spokojenosti, změny v sociální neúspěšnosti = chování)

Pensylvánský projekt:

- vliv psychoterapeutických technik a osobnosti psychoterapeuta, situační proměnné: verbální chování terapeutů, osobní charakteristiky terapeutů, dvě techniky: direktivní a nedirektivní, proměnné týkající se pacienta: nezkoumaly se, ale znárodnění, proměnné týkající se reakce: MMPI, Rorschach, TAT, Edwardsova škála a zaškrťovací listina symptomů, posuzovací škála pro terapeuty, pro posuzovatele, kódování záznamu o průběhu terapie

Michiganský projekt:

- vliv tří druhů metod a vliv osobnostních rysů pacientů (extraverze, introverze) na snížení strachů v sociálních situacích, situační proměnné: tři typy skupinové psychoterapie (Rogers, RET Ellis, systematická desenzibilizace-behaviorální), dvě kontrolní skupiny (jedna se společenským

kontaktem- podpůrný rozhovor, druhá bez kontaktu), proměnné v pacientovi: extraverte a introverze zjištěná pomocí Myers-Briggsova testu, proměnné v reakci: škály interpersonální úzkosti (sebeuposouzení, posouzení chování vnějším posuzovatelem) a dotazník všeobecné úzkosti

Kalifornský projekt:

- srovnání behaviorální, psychoanalyticky orientované terapie a minimálního kontaktu u čekatelů, dále vliv zkušenosti terapeutů, závažnost příznaků na zlepšení symptomů a celkovou adaptaci u neuróz a poruch osobnosti, situační proměnné: tři druhy terapie, terapeuti, proměnné týkající se pacientů: náhodně přiřazení k terapiím, vyrovnávání vzhledem k věku a závažnosti potíží, proměnné týkající se reakce: symptomy, celková adaptace, posouzení třemi nezávislými posuzovateli před terapií, 4 m. po a katamnesticky za 1 a 2 roky

METODY MĚŘENÍ DAT = posuzovatelské stupnice, N5 dotazník neurotických příznaků, Dotazník životní spokojenosti, SCL 90: Zaškrtávací listina neurotických symptomů, Dotazník psychosociálního fungování, Beckova škála deprese, celkově se užívá při hodnocení efektu psychoterapie různých metod, problematika jejich vzájemného srovnávání, existuje snaha toto sjednotit

VÝBER PARTICIPANTŮ

- Vychází z požadavku zobecnitelnosti na cílovou populaci
- populace: množina všech, kteří splňují kritéria, to však ve většině případů nelze, ideálně volíme náhodný výběr z populace, nebo jinou formu pravděpodobnostního výběru (kvótní)
- V kvalitativním výzkumu: záměrný a cílený výběr, u více probandů se někdy řeší zkoumání vzorků do té doby, dokud přináší nové informace

INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

- Verifikační výzkum: zhodnocení, jestli a do jaké míry výsledky podporují hypotézy
- Explorační výzkum: odpovědi na naše výzkumné otázky

Tři části analýzy:

- seznámení s daty: kontrola dat, zkoumání odlehlych hodnot (outliers), přepis a čištění kvalitativních dat
- sumarizace získaných údajů: popisná statistika, velikost efektu-síla vztahu mezi proměnnými, vytváření kategorií, společných vzorců
- rozhodování: do jaké míry podporují naše hypotézy, jakou odpověď přináší na naše výzkumné otázky, diskuze, závěry
- testování hypotéz v kvantitativním výzkumu: otázky statistiky a metodologie
 - o princip: výzkumná otázka-statistická hypotéza-nulová hypotéza-stanovení hladiny významnosti alfa, pravděpodobnost chyby prvního typu, $\alpha = .05$, sběr dat, hodnoty testové statistiky, p-hodnota=pravděpodobnost dat za předpokladu, že platí nulová hypotéza, pokud je p nižší než hodnota alfa, zamítáme nulovou hypotézu (NHST), používání intervalu spolehlivosti, effect size, Bayesovská statistika, překonává problémy NHST (p- hodnota souvisí s velikostí vzorku, efektu a silou testu)
- míra efektu (effect size) a klinická významnost:
 - o effect size-velikost pozorovaného efektu, síla vztahu mezi proměnnými, velikost rozdílu mezi skupinami, Cohenovo d, hodnota Pearsonova korelačního koeficientu (síla vztahu)
 - o statisticky signifikantní-nepravděpodobnost, že je výsledek důsledkem náhody, s jakou pravděpodobností zamítáme nulovou hypotézu, když je pravdivá
 - o praktická (klinická) signifikantnost-pozorované výsledky mají praktický význam, praktická významnost
- síla testu a velikost vzorku:
 - o stanovení minimální velikosti vzorku, power analýza s cílem zabránit chybě druhého typu- nejsme schopni zamítnout nulovou hypotézu navzdory tomu, že není platná (účinnou terapii označíme jako neefektivní), síla testu-hodnota 1-beta, minimálně .80, ideálně .95, síla je pravděpodobnost detekce rozdílu, když v populaci je skutečný rozdíl (efekt)

- o vyšší síla testu klade větší nároky na velikost vzorku

VÝZKUM VÝSLEDKŮ:

- Závislou proměnnou je vždy léčebný účinek
- Spor o účinnost psychoterapie: Eysenckova kritika o účinnosti psychoterapie
- Výzkumy s kontrolní skupinou: náhodné řazení, většinou čekatelé na terapii: bez zásahu, minimální kontakt, placebo terapie, nebo kontrola v rámci skupiny: řazení podmínek za sebou, bez terapie a stejná doba psychoterapie u stejných klientů, srovnání různých druhů, intenzity, trvání nebo frekvence
- Výzkumy efektu: účinnost psychoterapie, míra účinku, negativní účinky psychoterapie (deteriorační efekt), spontánní remise (plynutím času, účinkem terapeutických faktorů působících mimo terapii)

VÝZKUM PROCESŮ A OBSAHOVÁ ANALÝZA

- Zaměřené na to, co se děje v průběhu psychoterapeutických sezení, vliv jedné proměnné na jiné proměnné v rámci terapeutické interakce
- Závisle proměnné: jevy a vztahy v průběhu terapie (např. výroky terapeuta, pacienta, formální charakteristiky, obsahová stránka interakce pomocí obsahové analýzy)

Obsahová analýza:

- Snyderův systém: zkoumání obsahu rozhovorů v rogersovské terapii
- Struppův systém: kategorizace aktivit terapeuta v pěti dimenzích
- Balesův systém: interakční analýza procesu, vychází ze skupinové situace a předpokladu, že řešení problému zahrnuje tři stadia: získání informací, provedení rozhodnutí a vykonání jednání

MODELOVÝ VÝZKUM

- Zkoumá dílčí složky psychoterapeutického procesu v experimentálních podmínkách
- Snaha o zpřehlednění komplexní psychoterapeutické situace zjednodušením v laboratorních podmínkách, které umožňují lépe ovlivnit a kontrolovat vliv jednotlivých proměnných
- Užívá se pokusných osob z řad dobrovolníků
- Klinik je nahrazen experimentátorem

ETIKA

- Schválení výzkumu
- Informovaný souhlas
- Možnost kdykoliv ukončit spolupráci na výzkumu
- Ochrana získaných informací
- Podmínky účasti
- Etický kód APA: části Výzkum a publikování, Testování
- Publikování: impact faktor-průměr publikací článku, Hirschův index (h-index)-produktivita a impact konkrétního výzkumníka
- Databáze: PSYCLIT, MEDLINE, EBSCO, PROQUEST, Sciencedirect, Web of science, Google Scholar, Pubmed, Researchgate

Hlavní úkoly současného výzkumu:

- Výzkum účinnosti (efektu) psychoterapie
- Výzkum indikace pro psychoterapii
- Výzkum psychoterapeutického procesu
- Výzkum vztahu mezi psychologickými a biologickými proměnnými

Výzkum účinnosti (efektu) psychoterapie:

- Účinnost psychoterapie, stejně jako jiných léčebných postupů, musí být zjištěna a ověřena, neboť by bylo eticky nepřijatelné a pacienta ohrožující provádět něco, čeho účinek a směr působení není znám
- Psychologické postupy totiž považujeme za prokázaně účinné, a nikoliv jen za "neškodné", čili jejich vliv se může projevit žádoucím, ale i nežádoucím směrem s následky poškození nemocného a jeho rodiny

25. Náplň a vymezení psychologické diagnostiky v dětské a dospělé praxi. Jednotlivé diagnostické okruhy v útlém věku, předškolním období, školním období, adolescenci, dospělosti, stáří.

- **Psychodiagnostika** je aplikovaná psychologická disciplína zaměřená na zjišťování a měření duševních vlastností a stavů, popřípadě dalších charakteristik individua.
- **Cíle:** určit stupeň vývoje, zjištění příčin odchýlného vývoje od normy, zjištění individuálních zvláštností osobnosti, zjištění podstaty a příčin individuálních rozdílů, prognóza či predikce.
- **Musí být komplexní** (nejen to, co nefunguje)
- Přístup: *klinický* - idiografický přístup X *psychometrický* - statistický - porovnání s populací
- doporučena **fenomenologická metoda** – zbavit se přirozeně omezeného pohledu a přístupu, nezaújatě pozorovat a popisovat, neprojektovat
- **intervenující faktory:**
 - o **na straně examinátora** - jeho exteriér, odborné zkušenosti, pohlaví, věk, nálada, postoje, předsudky, soc. dovednosti (trpělivost, důvěřivost, tvořivost...)
 - o **vyplývající ze situace** - vzhled místnosti, prestiž a pověst pracoviště, teplota, světlo, hluk (hlavně u výkonových testů - IQ...), denní doba (optimálně 8-17 hod.)
 - o **na straně klienta** - momentální tělesný a duševní stav (vždy se na začátku zeptat, jestli se cítí ok, jestli už někdy byl P testován, jestli přijel autem nebo přišel), věk, pohlaví, životní zkušenosti; TESTOVÁ ÚZKOST - pokud nemá zkušenosti; manifestuje se různě (třes, familiérnost, drzost, manipulování...)
- vzájemný vztah - založen na důvěře, je třeba určité naladění a motivace klienta, úkolem je odstranění či redukce úzkosti, jelikož má značný vliv na výkon
- správná administrace testů

Fáze psychologického vyšetření

- 1) **formulace otázek, problému a stanovení hypotéz**
- 2) **výběr vhodných metod** – cíl, metody, které máme k dispozici, taktika měření, věk klienta, ...
- 3) **vlastní vyšetření**
- 4) **vyhodnocení získaných dat a jejich interpretace** (kvantitativní + kvalitativní analýza)
- 5) **formulace nálezů a závěru** + (návrh dalšího postupu)

Základní psychopatologické kategorie, které je nutné vždy odhalit

- neurotické onemocnění
- dětské psychózy - autismus, Aspergerův syndrom (Atwoodova škála)
- mentální retardace - je třeba vždy opakovaný kontakt, až ½ roku
- organické poškození CNS - poruchy učení, řeči (testy jako u dospělých)
- disharmonický vývoj osobnosti (dříve psychopatie)

Specifické rysy diagnostiky dětí (dle Koluchová, Morávek)

1. Psychický vývoj - mnohem rychlejší, sledovaná období jsou kratší.
2. Obtížná odlišitelnost hraničních stavů - širší rozpětí od normy k patologii, také obtížná diferenciální diagnostika.
3. Větší závislost dítěte na sociálním prostředí - při interpretaci metod je třeba brát v úvahu podmínky dítěte, výchovný styl ...
4. U mladšího dítěte menší možnost využití testů -> budou převažovat metody klinické, u testových počítat s větší unavitelností a labilitou pozornosti (spěchat na sebe ne na dítě)
5. U dětí obtížnější interpretace výsledků, čím mladší, tím méně přesná predikce vývoje, psychodiagnostika adolescentů – specifická.

ÚTLÝ VĚK – vývojové souvislosti

- Gesselovy principy vývoje

1. **Princip vývojového směru:**
 - *Kefalo-kaudální* (od hlavy k chodidlům), *Proximo-distální* (centrum k periférii), *Ulna-radiální* (od malíčku k palci)
 2. **Střídání flexorů a extensorů**
 3. **Princip funkční asymetrie:**
 - tonický šíjový reflex – šermíř
 - 4-5m symetrie
 - 6m asymetrie
 - po 1. roce symetrie
 - před 3 rokem asymetrie, lateralizace – specializace fce P a L poloviny těla
 4. **Princip individualizace** – obecné zákonitosti vývoje x každého dítěte jedinečný postup
 5. **Princip autoregulace** – univerzální biorytmus – dítě si samo řídí svůj režim (jídlo, spánek), má se to dodržovat, dítě si samo najde svou pravidelnost
- **Kognitivní vývoj – 4 etapy**
- 1) **Sensomotorické stádium - Piaget**
- myšlení = akce (vnímání + pohyb) – učí se prožitkem, chybí představy, ty se objevují po 2. roce života, prožívání teď a tady, vrozená pohybová schémata (reflexy => „zvyky“ => k záměrnému pohybu), permanence objektu (8m)
 - **Subetapy sensomotorického období:**
 - I. **Reflexy (1m)**
 - Poznávání skrze smyslové vnímání a motorické dovednosti, chování vědomě iniciováno, ale na úrovni reflexů (orientační a pátrací, polohovací, uchopový, vyměšovací, sací, polykací)
 - II. **Primární cirkulární reakce či zvyky (1-4 měsíce)**
 - Začíná záměrně opakovat => kruhová reakce (bouchne do hračky a ta se zhoupne), počátky koordinace zraku a hmatu, začíná objevovat svět a připravuje se na další fáze
 - III. **Sekundární cirkulární reakce (4-8 měsíce)**
 - opakování nahodilého pohybu záměrně – př. cucání palce (tvorba prvních zvyků na základě uspokojování potřeb), opakování chování stále dokola s cílem odezvy (zahazuje hračku) => základy sociálního chování a užívání předmětů, žvatlání, úsměv, zóna lehu do 6 m, pak zóna sedu
 - IV. **Koordinace schémat (8-12 měsíců)**
 - uvědomování funkce předmětů, poznává ústy a hmatem, začíná volit prostředky k dosažení cíle (cíl stanoven před začátkem akce), počátky permanence blízkých „ohmataných“ objektů
 - V. **Terciární cirkulární reakce (od 11.-12. měsíců)**
 - vyhledávání nových prostředků – metoda pokus – omyl = záměrná experimentace; motivace = novost, hledá nové prostředky na základě diferenciací známých schémat (hračku si přitáhne)
 - VI. **Zvnitřnělé (mentální) kombinace (do 2 let)**
 - chápání jednoduchých symbolů, oddálená imitace => počátek symbolické hry s autíčky, panenkami, přisuzují více kvalit jedné věci (auto dělá vrrr, to dělá i traktor -> zobecnění), postupně tvoří schéma trvalého objektu, časoprostoru, kauzality
- 2) **Symbolické stádium 2 – 4 roky**
- dítě začíná rozumět světu v symbolech - ovšem na základě vlastních zkušeností (myšlení dle analogie) => realita je vizuální (co nevidím, není realita)
 - předpojmy – založeny na konkrétních zkušenostech, zcela individuální, mísí se konkrétní a obecné, myšlení (až do stádia konkrétních operací) v podstatě intuitivní
 - kognitivní egocentrismus (nerozumí hledisku druhých), startuje vzdorovitost – snaha o sebeprosazení, vše můžu, dítě rozumí světu jen na základě vlastní zkušenosti
 - kauzalita = dotek, blízkost, magické myšlení: jakákoliv akce může mít jakýkoliv efekt

Vývojová diagnostika útlého věku
Účel vyšetření:

- diagnostika vývojových poruch (děti rizikové, opožděné dosahování vývojových mezníků; děti s diagnostikovaným neurologickým onemocněním nebo smyslovými poruchami)
- plánování stimulačních programů (raná péče) - mozek je plastický,
- náhradní rodinná péče / ústavní výchova (event. styk s rodiči po rozvodu manželství)
- behaviorální problémy (poruchy jídla, spánku, dráždivost, pláčivost, sociální nereaktivita)

Význam časné diagnostiky

- potřeba včasného zachycení dětí s ohrožením vývoje a zahájení intervence
- podpora / posilování rodin
- využití zvýšené plasticity CNS v raném období
- poskytnutí podnětů pro práci středisek rané péče, ev. pro další poskytovatele služeb

Interpretační principy

- integrace kvalitativního pozorování, anamnézy (rizikové faktory, dosavadní vývojové tempo) a vlastních výkonů
- VQ = ukazatel integrity CNS, u dětí ne IQ (predikovat inteligenci nelze), nutné počítat s variabilitou a hledat silné a slabé stránky
- analýza profilu
- hodnocení zralosti projevu (chůze, záměr)
- hodnotíme chůzi – ta je náročná, obzvláště tandemová chůze (nohy klade těsně za sebe); jeden test IDS – jeho část – tandemová chůze po laně se zavřenýma očima – pozor, selhání může být hlubokou poruchou čítí!!

Limity časné diagnostiky

- chybí jemnější diagnostické nástroje, projevy chování i důsledky poruch dílčích funkcí jsou globální
- dosud málo poznatků o vývojových zákonitostech (vzájemná závislost modulů vývoje)
- odlišnost projevů specifických poruch a následků postižení CNS v raném věku a později
- malá stabilita projevů chování a vývojových profilů – uplatnění značné plasticity CNS
- větší význam vlivů prostředí (ekologická plasticita)

Specifika časné diagnostiky

- důraz na pozorování
- význam aktuálního stavu dítěte
- pružnost postupu, rychlost
- přítomnost rodičů, kontakt s dítětem
- adaptace u dětí se smyslovým nebo pohybovým omezením

Psychologická diagnostika útlého věku

- **v prvních měsících života**
 - o východisko pro podporu rodiny
 - o posouzení aktuální reaktivity, temperamentu a emotivity dítěte
 - o poznání interakčního stylu dítěte i jeho rodičů
 - o vytipování hlavních potřeb rodiny
 - o všechny tyto úkoly pak trvají v následujících obdobích
 - o zachycení velmi vážných vývojových poruch či odchylek
 - o kognice moc ne, sledujeme biorytmus, můžeme zde vidět dráždivost (př. neadekvátně reaguje na zvuk vody, nemusí znamenat PAS)
 - o je nutné zachytit rozvoj vážných poruch
- **v 1. roce života**
 - o zachycení vážných vývojových poruch – suspektně středně těžká a těžší
 - stupně MR, smyslové a těžké percepční poruchy, poruchy motoriky
 - o neuropsychologický rozbor výsledků – popis jednotlivých specifických schopností - modulů ve vývoji
 - o popis kognitivního profilu a individuality dítěte
 - o vyhodnocování efektu intervencí
- **2. rok života**
 - o spolehlivě dg. těžkých vývojových poruch

- o suspekce i na lehčí vývojové poruchy (lehká MR), poruchy aktivity, poruchy vývoje řeči a dalších speciálních schopností
- o první projevy pervazivních vývojových poruch (spolehlivá dg. těžkých PAS)
- **3. rok života**
 - o spolehlivý popis kognitivního profilu dítěte, zachycení (susp.) specifických poruch řeči, percepce, motoriky ...
 - o hodnocení již dosti stabilních temperamentových, sociálních a emočních charakteristik dítěte a ustaveného interakčního stylu rodiny
 - o spolehlivá dg. typického autismu, suspekce na ostatní pervazivní vývojové poruchy
 - o suspektně poruchy aktivity a pozornosti

1) Klinické metody – zde lze hovořit o struktuře anamnézy a pozorování

2) Novorozenecké škály

- **Apgar skóre** (0-10 v 1., 5., 10. minutě po porodu – puls, dech, svalové napětí, reakce na podráždění, zbarvení kůže)
- **Brazeltonova škála (NBAS)**
- **Neurobehaviorální hodnocení nedonošených dětí (Kornerová)**
- *Možné patologie:* Downův syndrom, fetální alkoholový syndrom, mentální retardace, tělesná a smyslová postižení (korová slepota, hluchota, dětské mozkové obrny, ...)
- **Klinické užití novorozeneckých škál:**
 - o genetická dg odhalila riziko => nutné dítě sledovat vždy po několika měsících, porucha se může projevit později
 - o interakční intervence: děti ohrožené prostředím (preventivní programy), děti rizikové, časně diagnostikované vývojové poruchy
 - o posouzení celkové integrity CNS (nejde o vývojovou škálu)

3) Globální vývojové škály

- **Bayley Scales of Infant Development: 1m – 3,5r**
 - o podobná jako Gessel, 3 škály, úkoly s rostoucí obtížností, dítě musí předvést
 - o je nutné sledovat nejen dítě, ale i reakce matky (diriguje ho, omlouvá ho, zeptá se, jak na tom dítě je/zeptá se, jaké dávky dostane?)
 - *Mentální škála* – percepční bystrost, diskriminační schopnosti, vokalizace, paměťové učení, řešení problémů
 - *Motorická škála* – hrubá i jemná motorika (obvykle neurologem, ale můžeme i my)
 - *Záznam o chování dítěte* – kvalitativně, aktivita, zájem, pozornost, energie, soc. příklon ...
- **Gesellovy vývojové škály** – 4 týdny až 36 měsíců
 - o kvalitativní aspekty chování, důraz na maturaci a spíše na biologické zrání
 - o především klinická škála (Stačí, když rodiče uvedou, že zvládne – rozdíl Byleyová))
 - o pokud splní aspoň 1/2 úkolů => jdeme o úroveň výš
 - o do zprávy píšeme interval – př. řeč je na úrovni 1 až 1;2 měsíců => z toho vypočítáme VQ; vypsát jednotlivé kvalitativní aspekty chování,
 - o v 1. roce úkoly pro každé 4 týdny věku, ve 2. r. odstupy 3 měsíce, ve 3. r. 6 měsíce
 - o 5 základních škál
 - *Adaptivní chování* – vnímání, reakce na podněty, koordinace oko-ruka ...
 - *Hrubá motorika*
 - *Jemná motorika* – hl. motorika ruky, vč. Kousání (možný ukazatelem mentálního zrání)
 - *Řeč* - expresivní; receptivní (dělíme od 1. roku) – může být ukazatel intelektu (ale ne vždy), musíme mít jistotu, že dobře slyší)
 - *Sociální chování:* sebeobsluha; interakční dovednosti a hra
 - jak jí, jak si hraje, jak komunikuje s matkou, jak se učí dovednosti (jak chodí po schodech, jestli skáče sounož, jestli jezdí na tříkolce, jestli zvládne po schodech dolů i nahoru), jestli špetkou vytáhne korálek, jestli vloží tvar do správného otvoru, jestli napodobí kruh ->

to vše ukazuje na připravenost na další stadium, pokud je dítě přestimulované, mohou se objevit noční děsy, pokud to trvá déle než 14 dní a je to vícekrát za noc, může jít o dětskou epilepsii

- o začínáme na věkové úrovni odpovídající chronologickému věku dítěte.
- o **Klíčové věky** – podstatná stadia zralosti dítěte, která tvoří referenční body při vyšetření. Klíčové období je období, v němž jsou určité podstatné vzorce chování nejvýraznější nebo období, kdy se určité chování mění v jiné, složitější.
- o **Zóna zralosti** – delší vývojové období, které koresponduje s klíčovými věky a je určující pro počáteční pozici dítěte při vyšetření i pro celkovou doporučenou sekvenci postupu vyšetření (zóna lehu na zádech).
- o **Bazální věk** – úroveň, na které dítě všechny úkoly splnilo,
- o **Strop** – úroveň, nad kterou již dítě žádný z úkolů adekvátně nesplní.
- o **hodnocení** (na základě výsledku testu + anamnézy + kvali popis chování dítěte)
 - o vývojová úroveň jednotlivých oblastí
 - o celková vývojová úroveň (neuromotorická zralost)
 - o VQ - odhad celkového kognitivního potenciálu – nesmí být nižší než dosažená úroveň adaptivního chování (nejtěsněji koreluje s dalším vývojem)
- **Mnichovská vývojová diagnostika**
- **CH.Bühlerová: Kleinkindertests**
- **Griffithová**

4) Posuzovací škály

- **Hodnocení chování dítěte**- záznam o chování
 - o **Transdisciplinary play based assessment** (Linder,1990): narození až 6 let
- **Hodnocení dyadické interakce**
 - o **AMIS** (Ainsworth, 1978): hodnotí interakci s matkou, 25 položek (každá hodnocena 1-5 bodů)
- **Hodnocení rodinného prostředí**
 - o **HOME** (Caldwell, Bradley, 1984) – přímo v rodině dítěte, hodnotí se dimenze: citová a verbální reaktivita matky (spontánně na něj mluví, ...), přijetí chování dítěte (nekřičí na něj, ...), organizace fyzického prostředí (bere matka dítě ven, ...), poskytování vhodných materiálů ke hře, jak si matka s dítětem povídá, ...
- **Screening autismu**
 - o **CHAT** (Baron-Cohen, 2000)
 - o **CARS** (Schopler, 1986) – viz ot.č. 13

5) Specifické přístupy - upravené, nakombinované metody pro specifické vady, poruchy

DIAGNOSTIKA V BATOLECÍM OBDOBÍ

Batolecí období: období rozvoje autonomie, není ještě svědomí, hranice zvenčí, vysoké nároky na kvalitu/existenci pečující osoby – mnohé probírané se tedy týká attachmentu a vztahů

- **Reaktivní porucha přichylnosti** – abnormality v sociálních vztazích + emoční poruchy (např. bázlivost a nespavost, špatná sociální interakce se stejně starými, agrese k sobě a druhým, trápení, v některých případech nedostatečný vzrůst)
- **Desinhibovaná přichylnost v dětství** – př. neselektivně zaměřenou náklonnost chování, vyžadující trvalou pozornost a nediferencované přátelské chování
- **Obtížný temperament**

(Prvé dvě poruchy – dány nepříznivými vlivy prostředí – CAN, deprivací vlivy)

Rizikové faktory vztahové patologie

1) faktory na straně rodičů: těžká deprese u matky, abúzus alkoholu a drog, poruchy osobnosti, psychotická onemocnění, osobnostní rysy (impulsivita, nízká frustrační tolerance, špatné ovládání vzteku, ...), velmi mladé, svobodné matky, osobnostně nezralí rodiče, autoritativní výchovný styl s častým užíváním trestů, domácí násilí

2)faktory na straně dítěte:

- děti postižené tělesně nebo psychicky

- dráždivé, neklidné děti i děti pasivní, málo reaktivní, s obtížným temperamentem
- více ohroženy děti mladší než starší, ve skupině tělesně týraných je 50% dětí mladších 6ti let

3)faktory na straně prostředí: stres, vč. Socioekonomického, izolování rodiny (i geografické), protrahovaná separace dítěte a matky (zejm. během kojeneckého/na přelomu s batolecím věkem)

Protektivní faktory vztahové patologie: možnost dítěte nějak aktivně vstupovat do nepříznivé situace, ovládat ji, přechodnost nepříznivých faktorů, inteligence

Problematika attachmentu – Bowlby, Ainsworth

- citové přilnutí malého dítěte k matce a blízkým osobám, vzniká na základě hledání fyzického a emočního uspokojení a ochrany; celoživotně nastavují způsob fungování vztahů
- nejistý attachment = rizikový faktor (perspektiva dítěte – závislá i na jeho resilienci)
 - o **Pláč** – dlouhodobý neutišitelný pláč, nebo žádný pláč v situacích, kdy očekáváme
 - o **Krmení** – nepřiměřené dožadování jídla, hltání, zvracení, nebo malá chuť k jídlu,
 - o **Spánek** – je příliš dlouho bdělé, přepjatě ostražitě, nebo přehnaně dlouho spí
 - o **Dráždivost** – těžké utišit, snadno se podráždí, nebo je nápadně nevášimavě k okolí
 - o **Strach** – přehnaně bázlivé, nebo se naopak nikoho a ničeho nebojí, bez zábran
 - o **Řeč** - nestálé povídání, časté opakování, nebo se snaží nemluvit a nereaguje ani na hru

Deprivace

- **Potřeba určitého množství, proměnlivosti a druhu podnětů** (Uspokojení této potřeby umožňuje naladit organismus na určitou žádoucí úroveň aktivity.)
- **Potřeba základních podmínek pro standardní prožívání života** (Potřeba určité stálosti, řádu a smyslu v podnětech, tj. „smysluplného světa“. Uspokojení této potřeby umožňuje, aby se z podnětů, které by jinak byly chaotické a nezpracovatelné, staly zkušenosti, poznatky a pracovní strategie.)
- **Potřeba sociálních společenských vztahů** (zaměstnání, koníčky, společnost), to umožňuje účinnou základní integraci osobnosti (Uspokojování této potřeby člověku přináší pocit životní jistoty a je podmínkou pro žádoucí vnitřní integraci osobnosti.)
- **Potřeba společenského uplatnění** umožňujícího osvojit si rozličné společenské role a hodnotové cíle. To je podmínkou pro osvojení užitečných společenských rolí a hodnotných cílů životního snažení. Potřeba „otevřené budoucnosti“. Uspokojení této potřeby dává lidskému životu časové rozpětí a podněcuje a udržuje lidskou životní aktivitu.
- **Potřeba otevřené budoucnosti** je založená na tezi, že jedinec je snáze schopen překonat životní potíže a zátěž, pokud vidí před sebou určitou otevřenou životní perspektivu.

typů chování z hlediska reakce na deprivaci

1. **Typ hypoaktivní, utlumení, regresivní** je charakterizován opožděním mentálního vývoje při celkově snížené aktivitě převážně výrazně se projevující v oblasti sociálního chování.
2. **Typ relativně dobře přizpůsobený** - děti nevykazují zachytitelné odchylky či nápadnosti
3. **Typ sociální hyperaktivity** - nemá možnost navázat citový vztah k mateřské osobě => jeho sociální zájem se rozptyluje (kontakt s dospělými bez rozpaků, zábran se stejnou přítulností s tendencí více těžit z kvantity podnětů než z jejich kvality)
4. **Typ sociální provokace** - projevy agresivity, výbuchy zlosti sloužící k domáhání a získávání pozornosti, ale s potenciálem být k nepoznání milé, klidné a přítulné
5. **Typ náhradního uspokojení citových potřeb** - dítě hledá uspokojení na úrovni nižších potřeb zvláště na úrovni biologické (přejídání, zvýšení sebeukáječích aktivit, týrání zvířat)

Deprivační vlivy

- Specifický vztah k matce => prototyp přátelských vztahů a později rodičovských/partnerských
- **V deprivačních podmínkách** – není specifický vztah k pečovateli (matce) – tj. není možná ani separace
- **Výsledkem navázání mnoha nediferencovaných vztahů** (desinhibovaná přichylnost) => nesocializovaná porucha chování, pragmatismus vztahu... vztah k psychopatiím v dospělosti

Obtížný temperament (temperament = charakteristický způsob emočního reagování a chování)

- má biologické kořeny a je geneticky podmíněný => relativně trvalá charakteristika člověka
- ovlivňuje prožívání světa, adaptaci, interakci s prostředím a také výkon,
- temperamentové konstelace – velmi rozdílné
 - o => individuální rozdíly v temperamentech dětí
 - o => individuální rozdíly v temperamentu rodiče, ale později i třeba učitele
- Dle longitudinální studie – 9 temperamentových dimenzí: úroveň aktivity, pravidelnost, přístupnost-stažení se, adaptabilita, reakční práh, intenzita reagování, kvalita nálady, roztěkanost, rozpětí pozornosti a vytrvalost

Typy temperamentu u dětí

- 1. Snadno zvladatelné děti:** pravidelnost, dobrá adaptace na změny, pozitivní odezva na novinky, mírná až střední intenzita a pozitivní nálada. Přátelské sociálně orientované děti, které nejsou snadno frustrované. Asi 40 % dětí v NLS – oblíbení dětmi i učiteli.
- 2. Obtížně zvladatelné děti:** biologická nepravidelnost, negativní nálada, malá přizpůsobivost na změny, intenzita reakcí a negativní odezva na novinky. Snadno frustrované, pokud není po jejich, vznětlivé, hůře se přizpůsobují pravidlům. Asi 10% dětí v NLS. – potíživé.
- 3. Pomalé děti:** mírná negativní odezva na novinky, pomalá adaptace na změny. Vyčkávají, drží se zpátky, pomalu se rozehřívají a zapojují... Asi 15% dětí v NLS – spíše neoblíbení učiteli, někdy považováni za hloupé, neoblíbení dětmi. Potřebují podporu a trpělivost. To co 1. a 2. nudí, 3. Vyhledává.

Temperament: 2 hlavní typy problémů:

- 1) obtížný temperament
 - 2) když na sebe dva odlišné temperamenty „naráží“, když temperament není v souladu s prostředím
- **největší problémy tam, kde:**
 - o negativní nálada v kombinaci s nepravidelností
 - o extrémní vytrvalost (jak reakce dítěte ulpívají)
 - o stažení se, mírně negativní reakce na nové situace spolu s pomalou adaptací
 - o extrémní roztěkanost
 - o velmi vysoká nebo velmi nízká úroveň aktivity
 - mnoho rodičů frustrováno především neklidnými, velmi aktivními, zbrklými, citově labilními dětmi x inhibované, pomalé děti – znevýhodněny rovněž

Diagnostika

- struktura inteligence je jiná (výrazný vliv emocí a variability soc. zkušeností)
- pseudodospělé odpovědi, 3r – rozvoj vět, dítě může zadržovat, ale není to patologie, jen nestíhá vyjádřit rychlé myšlenky, myšlení je předoperační – kauzalita na základě doteku v místě nebo v čase; typický je kognitivní egocentrismus; jsou zaměřeny na odměnu, tedy pochvalu dospělého -> budou perseverovat pochválenou odpověď
- Lze zařadit diagnostiku MR a PAS – viz předchozí otázky
- možný dosah vývojových škál: **Gessel, Bayley**
- testy inteligence:
 - o **SB IV – 2-3 až 23 let**
 - 15 subtestů (9 podobných SB III, 6 nového typ) => umožňuje výsledek v IQ i SVS (standartní věkový skóre)
 - Testuje 4 základní oblasti: verbální myšlení (4 sbt), kvantitativní myšlení (3 sbt), abstraktně vizuální myšlení (4 sbt), krátkodobá paměť (4 sbt)
 - Úkoly rozděleny do jednotlivých úrovní => umožňuje najít odpovídající úroveň dítěte i adaptivní testování
 - Ve Slovníku lze dle kalendářního věku nalézt základní úroveň (na ní začínají úrovně i v dalších subtestech => vždy nutné nalézt bazální úroveň (zvládne 2 po sobě jdoucí úlohy) a horní úroveň (selže ve 3 až 4 úkolech na po sobě jdoucích úrovních)

- **Pozitiva:** Struktura podobnější Wechslerovým testům, umožňuje individuální složení, zkrácenou verzi i screeningovou verzi, dobře pokrývá poznávací schopnosti a kapacitu v jednotlivých oblastech, obsáhla paměťová škála, která příliš nenadhodnocuje
- **Negativa:** nemá české normy ani úpravu, od 80. let nestandardizován, komplexní verze časově i pozornostně náročná, nadhodnocuje, ještě kolem 4-5 let nediferencuje lehkou a středně těžkou MR
- o **SON-R** – 2 ½ - 7 let
 - Neverbální test (žádná verbální položka)
 - I přes kolísavé výkony velmi malých dětí má test dobrou prognostickou hodnotu (80 % pravděpodobnost) i dobrá korelace s testy do budoucna
 - SON-IQ prům. 100, SD 15
 - Položky vzrůstající obtížnosti, administrace 50-60 min (u mladších dětí kratší)
 - Aktuální normy i standardizace v ČR, vyhodnocení tužka-papír i PC verze
 - Subtesty: mozaiky /PŠ/, kategorie /ŠU/, skládky /PŠ/, analogie /ŠU/, situace /ŠU/, vzory /PŠ/ (PŠ = performační schopnosti, ŠU = škála usuzování)
 - Ukončení po 3 chybných položkách celkově, nemusí být po sobě
 - **Výhody:** možná demonstrace, podpora, poskytování zpětné vazby, ukázat řešení, uspějí i afatické, neslyšící, s PAS, cizinci, materiály přitažlivé
 - **Nevýhody:** pro děti se zrakovým postižením nevhodný, používání v sec. Pedagogických i logopedických poradnách, velmi drahý, obtížná manipulace (dřevěné bedýnky zavírání)
- o **Dále:** K-ABC, WPPSSI-R
 - testy speciálních schopností
 - projektivní testy

DIAGNOSTIKA V PŘEDŠKOLNÍM OBDOBÍ

Předškolní věk 3 – 6 let. Co se děje?

- Vývojový úkol seberegulace, zvyšuje se prvotní regulace emocí
- Formování vztahů mimo primární osoby rodičů
- Expandování – pohyb, prostor, činnosti, vymezování se – hranice a reakce
- Stud-vina-odměna
- Kolísání závislosti a snažení se o nezávislost

Specifika předškolního věku

- Prudké nestejněměrné změny ve vývoji
- Velká situační variabilita
- Egocentrické vnímání světa – neumí přizpůsobovat reakce a odpovědi požadavkům / představám druhých
- Nemá zájem o správnost výkonu

Obecné otázky diagnostiky

- Podstatnými body je dostatek anamnestických údajů, pozorování, navození optimálního prostředí, navázání vztahu s rodiči a dítětem, znalost metody
- Je důležité zahrnout údaje z pozorování chování dítěte, kvalitativně – interakce, kontakt, zájem, udržení pozornosti, ladění, sociální adaptivita, reakce na nový podnět, schopnost učení atp.
- Neopomenout - aktuální stav dítěte, včetně zdravotního a fyziologického, psychického stavu, chování malých dětí často s výkyvy v závislosti na drobnostech, ovlivnění únavou, afektivním stavem atp.

Průběh diagnostiky

- Seznámení s požadavkem /zadání/ a anamnestickými údaji, očekávání a nastavení rodičů
- Pozorování interakce ve volné činnosti i v řízené činnosti, navázání interakce

- Práce s testovými úkoly, porovnávání výsledků a výkonu, časové rozložení, nečinit závěr z jednoho sezení
- Informace či pozorování v přirozeném prostředí /škola, domácí prostředí/

Testování dětí předškolního věku

- Pozornost menší, emoční nestabilita, i snaha zalíbit se a být oceněn, projevy závislosti, negativismu
- Méně motivace soutěží či porovnání se s druhými
- Ovlivnění chováním, fyzické pohodlí /jídlo, vyměšování, oddech-spánek/
- Důraz na navázání kontaktu, připravenost metod /neodbíhat/, dobrá artikulace, úprava prostředí /hračky/

Diagnostické okruhy, kromě předchozích jmenovaných zejména:

- **Intelekt: SB-IV, SON-R, IDS a IDS-P, od 6 let WISC-III**
 - o **IDS – 5 – 10/11 let**
 - Výborná kombinace inteligenčního i vývojového posouzení i hrubé i jemné motoriky
 - Komplexní profil nebo lze administrovat s výběrem jednotlivých oblastí
 - Celkem 2 hodiny, možnost rozdělení na 2 části, lze měnit pořadí, možnost administrovat i v rozmezí týdně- max 14 dní
 - o **IDS-P – 3-5let, kombinace vývojového a IQ testu, téměř shodná struktura s IDS**
 - **IQ:** Kognice – 7 sbt
 - **Celkový vývoj** – socio-emoční kompetence (1 sbt), logicko-matematické myšlení (1 sbt), řeč (3 sbt), verbální myšlení (2 sbt)
 - **Přístup k testové situaci:** teorie mysli, odložená odměna, výkonová motivace)
- **Exekutivní funkce** – Reyová komplexní figura (od 5,6 let), Bludiště (WISC-III)
- Mentální retardace (otázka č. 13), Pervazivní vývojové poruchy (otázka č. 14), Poruchy řeči (otázka č. 14), ADHD (otázka č. 15), Porucha opozičního vzoru (otázka č. 15), Enurézy a Enkoprézy (otázka č. 15), Školní zralost

Školní zralost

= stupeň vývoje, který *umožňuje dítěti se zdarem si osvojovat školní znalosti a dovednosti*, což je spojeno s biologickým zráním příslušných struktur a já organismu

znaky školní zralosti:

1. tělesný a zdravotní stav
2. kognitivní zralost – percepce, paměť, rozumové schopnosti, vyjadřování
3. emoční zralost – kontrola afektů, impulzů, motivace
4. sociální zralost – separace od matky, vztahy s vrstevníky

Faktory ovlivňující nezralost:

- dočasně brzdící vývoj dítěte – prostředí, trauma
- nezpůsobilost k docházce – defekt intelektu, slabomyslnost, slaboduchost
- trvalý handicap – rané postinfekční poškození CNS

Věk: 6 let orientační, brát v úvahu děti na podzim, filipínská míra

Diagnostické metody:

- **Stanford-Binet**
- **Dotazník chování předškolních dětí**
 - o screening – umožňuje identifikovat děti ohrožené vývojem vážného problému chování
 - o oblasti: Emocionální problémy, Koncentrace a konstruktivní hra, Sociální vztahy, Jazyk, řeč, návyky, dodržování osobní hygieny
 - o více než 12 bodů: kritický bod → potíže s chováním → vyžadují naši pozornost (odbornou)
- **Heidelbergský test řečového vývoje**
 - o komplexní diagnostika úrovně vývoje řeči a jazykových dovedností → zachycuje riziko opožděného vývoje řeči
- **Vinelandská škála sociální zralosti**

- o diagnostika dětí s postižením: mentálním, smyslovým, pohybovým
- o posouzení stupně zralosti x celková inteligence
- o použití: děti výchovně zanedbávané, sociokulturně handicapované
- o hodnotí: úroveň obecné soběstačnosti: soběstačnost v jídle, oblékání, samostatnost
- **Orientační test školní zralosti** (Jirásek)
 1. kresba mužské postavy
 2. napodobení psacího písma
 3. obkreslení skupiny bodů
 + Krejčířová: hvězda, kruh, trojúhelník → dělá dlouho za sebou (pozornost, soustředěnost)
- **Zkouška znalostí předškolních dětí**
 - o oblasti: společenská, zařazení, pohádky, domácnost, čas, počet, zvířata, rostliny
- **Obrázkově slovníková zkouška**
 - o slovní zásoba před vstupem do školy
 - o obrázkový materiál (30 obrázků)
 - podstatná jména (parientální? Lalok)
 - činnosti (frontální lalok)
- **Informativní posouzení mentálního vývoje 5 letých**
 - o při pediatrické prohlídce
 - o subtesty: obkreslování (grafomotorika, percepční znalost?) a výklad obrázku
- **Zkouška laterality**
 - o zaměření na hodnocení laterality – horních, dolních končetin, očí, uší
 - o výsledek: koeficient pravorukosti + info o zkřížené lateralitě
- **MaTeRs – Test připravenosti na školu** – nový standardizovaný diagnostický nástroj českých autorek

DIAGNOSTIKA MLADŠÍHO ŠKOLNÍHO OBDOBÍ AŽ PUBESCENCE

- v tomto období velká terapeutická resistance
- stoupají na ně morální nároky
- pokud má dítě konflikty jen s dětmi a ne s dospělými – susp. precocismus

Vývojové úkoly daného období

- Přijetí vlastního **těla, tělesných změn**, vč. pohlavní zralosti a pohlavní role, časté je srovnání (-> možný vznik PPP, sui a sebepoškozování, p. chování).
- **Kognitivní komplexita, flexibilita, abstraktnost** myšlení.
- Uplatnění kognitivního a emocionálního potenciálu ve **vztazích k vrstevníkům**.
- Změna **vztahů k dospělým** (rodiče, autority) – autonomie, kooperace a vzájemný respekt, už opouští pubertální vzdor a nachází respekt, pak také respektují, už kladou inteligentní otázky, zamýšlejí se nad světem.
- Získání představy o ekonomické nezávislosti a směřování k ní – **volba povolání, získání základní kvalifikace** – to, co si v tomto věku zvolí, nemusí být úplně košer, volba ještě není ukotvená, může experimentovat, zklamání se může projevit jako deprese, únik do drog, ale může to znamenat i počátek nějaké nemoci.
- Získání zkušenosti v **erotickém vztahu**, příprava pro partnerský a rodinný život; může se stát, že ho to nenaplní, to může vztahovat na vlastní cenu (fyzická atraktivita, psychická hodnota -> může se objevit úzkostná rozlada, poruchy identity); někdy je reálný vztah nahrazován pornem nebo virtuální realitou (výzkumy – může způsobit až změny na mozku), mohou přicházet s předčasnou ejakulací, bolestivostí styku u dívek.
- Sexualita je otázkou výkonu – je trend neutajovat sexualitu a jít na to dost hrr, riziko promiskuity, ale tím, že do vztahů jdou, připravují se na budoucí vztahy a plní si svůj vývojový úkol; sexuálním vztahem si potvrzují vlastní fyzickou atraktivitu; pokud to chybí, nahrazují pornem – může přejít do excesivní masturbace, deformované představy o sexu a sexuálním výkonu.
- Získání kompetence pro **sociálně zodpovědné chování** – zjišťují, jak to je v naší kultuře, dříve všechno po svatbě, dnes už nekupujeme zajíce v pytli.
- Představa o **budoucích prioritách** – důležité osobní cíle, životní styl.

- Ujasnění *hodnotové hierarchie, reflexe a stabilizace vlastního vztahu ke světu*, k životu.
- Vývojové úkoly mají *biologickou, psychologickou i kulturní* dimenzi.

Diagnostické okruhy mladší školní věk až pubescenci zejména:

- **Poruchy příjmu potravy** (viz otázka č. 10)
- **Sebeпоškozování a suicidální chování** (viz otázka č. 8)
- **Psychotické poruchy** (viz otázka č. 7)

Klinický obraz

- do 15. roku – **nejčastěji zkratkovitá jednání** – impulzivita v dětství (odhalíme v testech, př. TENAZO, ale i ROR, odpovědi střídá bez myšlenek, mění je, jak mu některé věci postupně docházejí), ale i disharmonický vývoj
- po 15. roce: v **presuicidálním období** – dlouhodobý **diskomfort**, konflikty.... ⇒ "idea vnějšího nepřítele" ⇒ obrácení agrese proti sobě ⇒ představa realizace, reakcí pozůstalých, fantazie o vlastním pohřbu... = prolínání autoagrese a heteroagrese ⇒ **realizace suicidálního jednání**
- zdánlivý **paradox u vývoje nálad**

Schizofrenie

- adolescence – typický věk začátku prvoříznaků sch, ale je nutné vědět, že ještě nedoznává puberta, že to není fantazie
- může vzplanout i v dětství, ale má jiný obraz
- **puberta a adolescence: modifikuje klinický obraz:**
 - o *paranoidní bludy podstatně častější, časté dysmorfofobické bludy*
 - o *ambivalence jsou běžným prožitkem x zde nabývají zúzkostňujících rozměrů a rozrušují centrální koherenci*
 - o *biolog. stres puberty může být spouštěčem vlohy*
 - o *experimenty s psychoaktivními látkami – mohou také spustit vlohu ke schizofrenii*
 - o *druhy dětských psychóz: pseudoamentní psychózy, autistické psychózy, Arésův syndrom, symbiotické psychózy*
- schizofrenie dosedá na nedozrálé struktury CNS, desintegruje v období, kdy vývojovým úkolem je postupná integrace a ustavení identity
- **psychóza** – nejednotné užítí jak u dětí, tak u dospělých nicméně často užívaný ⇒ vymezení pracovně: těžká duševní porucha, jejíž rámec tvoří porucha vztahů pacienta: k sobě samému, k ostatním osobám, k realitě
- **progredující schizofrenie** v adolescenci nejčastěji ústí v **astenický syndrom** (jsou taková vyčerpání, nemastní neslaní), nálada často **dysforická**
- prožitek narušení **identity, intergity a intimacy** osobnosti
- u akutní ataky v adolescenci - tendence ke spontánním remisím

Diagnóza schizofrenie v adolescenci:

- diagnostikujeme 3 různé varianty:
 - o **Dětská schizofrenie**, vystupňovaná stresem puberty (prokazatelný začátek již v dětství)
 - o **Chronická schizofrenie /plíživé formy/** – adolescentní věk hraje malou roli, v anamnéze jsou úporné potíže nejčastěji z okruhu neurotického; často probíhá nerozpoznána a teprve pomalá deteriorace výkonnosti, snížením zájmu o kamarády, pseudofilozofováním a afektivní tupostí pomůže stanovit dg., nízký intelekt, malé zapojení do společnosti
 - o **Akutní schizofrenie** – s jasným začátkem potíží až ve věku adolescentním – rozmanité klinické obrazy, bližší těm, co vidáme u dospělých, často syndromy paranoidní

Faktory suspektní pro schizofrenii

- dlouho persistující symptomatika
- odtahování od normálních zájmů adolescenta (buď nezralost nebo pseudozralost)
- zdůrazňování formálního proti obsahu – TYPICKÉ!!!
- poruchy myšlení
- OCD symptomy, spíše spekulativní, než že by provokovaly anxieta
- bizarní fantazie
- denní snění

- neobvyklé úsudky
- později disociace, zárazy

Testy inteligence – WISC-III

verbální	performační
2 Vědomosti	1 Doplnění obrázků
4 Podobnosti	3 Kódování
6 Počty	5 Řazení obrázků
8 Slovník	7 Kostky
10 Porozumění	9 Skládanky
12 Opakování čísel ^a	11 Hledání symbolů ^b
	13 Bludiště ^a

faktor I	faktor II	faktor III	faktor IV
Vědomosti	Doplnění obrázků	Počty	Kódování
Podobnosti	Řazení obrázků	Opakování čísel	Hledání symbolů
Slovník	Kostky		
Porozumění	Skládanky		

Projektivní metody u dětí

- **verbální:** ROR, TAT a jeho varianty, Doplnění vět, povídek, performační (3 přání, ...)
- **Kresebné:** kresba postavy, rodiny, začarované rodiny, strom, volná kresba
- **Scénické:** Scénotest, test světa
- **Jiné (test volby):** Chromatický asociační experiment, Lüscher-volba barev)
- Využití: Vývojová zralost (minimálně 2, spíše 3 roky MV; dosažení symbolické vývojové fáze) a Zralost dílčích dovedností (řečové schopnosti, jemná motorika a vizuomotorika, percepce)
- Mladší děti - zjednodušení pokynů
- Obecně méně výtěžné, ale časově nenáročné
- Vždy kromě osobnosti i vývojové vyhodnocení
- Vždy hravý přístup, ale současně více podpory a struktury
- **ROR:** původně pro dospělé, užití od 3 let, Standardní kvantifikace - od 5 let
 - o Předškolní ROR - určení vývojového stádia: Perseverační stádium (2-2 ½ roku - hrubé perseverace, 2 ½ - 3 roky - modifikované perseverace) Konfabulační stádium (3 - 4 ½ roku), Konfabulační kombinace (4 ½ - 6 let), Konvenční „Rorschach“ (po 5. roce věku)
- **Nedokončené věty:** sleduje se ústřední téma, postoj k různým osobám a oblastem života, užití jako východisko pro rozhovor, Zadání ústní nebo písemné, Celá řada různých sestav (předškolní až školní věk), vývojové hodnocení - postoje, zacházení s řečí. ev. vzorek písma
- **Doplnění povídek:** Thomasová, Důsová, 40 příběhů, pro předškoláky i školáky, př: (Chlapec jde do školy, ale o přestávce si nehraje s ostatními dětmi. Proč?), Zkoumá sny, přání, pohádky, konflikty; vyhodnocení kvalitativní, Relativně méně užívané, Zadání ústní i písemné
- **TAT – Murray,** Menší děti - spíše nutně řízené vyprávění, více struktury proti dospělým (Kdo je na obrázku, co se tam děje a co bylo předtím (co k situaci vedlo) Co si všichni ti lidé na obr. myslí, co cítí? Co bude dál? Jak příběh dopadne?) **Interpretace:** Ústřední téma, hlavní hrdina, postoje k hrdinovi, k dalším osobám, vynechané osoby, důl. objekty; hl. konflikty a styl řešení, obranné mechanismy
 - o **Dětské varianty:** CAT (zvířata), CAT-H, CATO, Projektivní interview, AAC
- **Projektivní interview – Michal,** prý 2 části: **Kouzelný svět** - dítě se vžívá do role kouzelníka/víly, tak přetváří svůj svět => rodina, škola, kamarádi, identifikace se zvířaty, postoj k sobě => věk, pohlaví, jméno, **3 přání**, zakončeno nedokončenými větami, **Varianta**

TAT, Pro dospívající ještě: hodnotový dotazník, Doplnění povídky (můj všední den - v dospělosti)

- **Kresba postavy:** Nakresli člověka, ev. pak druhé pohlaví“ => Vývojová zralost, Vizuomotorika a jemná motorika, Projekce - předpoklad identifikace s kresbou, Řada systémů skórování /projektivních hypotéz, Formální kvality (velikost a umístění kresby, síla a jistota tahů apod...části těla a jejich poměr, chybění detailů, nápadnosti provedení, Verbální komentář
- **Kresba rodiny:** Základní forma instrukce: nakresli rodinu a Dynamická forma: „Nakresli obrázek že života celé vaší rodiny“, Lépe tužkou (barvy spíše práci komplikují), důležitý komentář dítěte ke kresbě, Interpretace: Kdo chybí, kdo přebývá, Prostorové umístění kresby, vztahy mezi členy, zapojení do interakcí, Role jednotlivých členů, kvalita a nápadnosti znázornění
- **Začarovaná rodina:** Instrukce: „Kdyby přišel kouzelník a každého z vás začaroval do nějakého zvířete (které mu nejlépe odpovídá, nejlépe vyjadřuje jeho povahu)“, Interpretace: Formálně analogicky ke kresbě rodiny, Volba konkrétních zvířat, Zdůvodnění dítěte
- **Test světa** – Bühlerová, Formální aspekty sestavy (rozložení na ploše, organizace, bohatost, ohrožování, rigidita), Obsah (projektivní témata, agrese, nezapadají nějak do sebe), Prvky
- **Scénotest:** Von Staabsová, Základní instrukce: postav nějakou scénu (jako režisér na divadle), Zaměření na vztahy dítěte, vyjádřené konflikty, význam symbolických figur, Formální charakteristiky scény, Lze - rodinná forma, Interpretace v rámci analýzy rodiny

DIAGNOSTIKA V ADOLESCENCI (diagnostika jako pro dospělé)

V tomto období nově sledujeme také:

- **Bipolární porucha** (viz otázka č. 8)
- **Disharmonický vývoj** (viz otázka č. 26)
- **Poruchy pohlavní identity** (viz otázka č. 11)

+ ale také jiné afektivní poruchy (deprese, dysthymie, cyklothymie, závislosti, poškození mozku,...)

Bipolární porucha

Nejčastější symptomy depresivní fáze BP u dětí a adolescentů

- u dospívajících postupně mizí somatizace, která je typická pro děti, ale jsou tací, kteří potřebují větší kontrolu, ti více somatizují
- narušené myšlení – začnou se zaobírat ptákovinami, pokládají si otázky, na které není odpověď, věnuje tomu moc a moc času, pak se sebedrská, obvykle ztrácí kontakty s okolím, je nutné se na to zaměřit a posílat ho do činnosti (pokud není agitovaný), typicky diskvalifikují pozitivní – nic, co udělají, není dobré
- smutná nálada
- neschopnost prožívat radost
- iritabilita
- únava – dodat energii dobrou stravou
- insomnie
- snížené sebehodnocení
- sociální stažení
- v dětství – somatická manifestace, v adolescenci už méně, v dospělosti málo (například bolesti břicha nebo hlavy)
- mohou být přítomny halucinace
- agitovanost nebo extrémní strach
- změny váhy
- excesivní ospalost během dne - nutná dif dg narkolepsie
- někdy jsou v partě, ale mají pocit, že jim nerozumějí, někdy jsou odříznutí od vrstevníků (malá vesnice, nemají peníze na kroužky, zájmy) -> aktivizovat, i kdyby to šlo přes sílu

Mánie u BAP

- **1% prevalence bipolární poruchy (BP) v adolescenci a 5% prevalence subsyndromových případů širšího bipolárního spektra** – je náročné je diagnostikovat

- více než u 1 % adolescentů s depresí (endodeprese) dochází k přesmyku do manie do věku 24 let

Manie v dětském věku bývá:

- nonepisodická – těžko se to podchytí
- chronická – resp. rychle chronifikuje
- s kontinuálním rychlým cyklováním
- často má netypický, smíšený obraz
- neremituje k uspokojivému fungování
- pokud je obraz smíšený a nasadíme stimulanty a dítě se zlepší, tak to není bipolárka, pokud se nasadí antipsychotika, dítě nebude reagovat, reaguje až na thymoprofylaktika

Mimikry alias co pod tím může být schované

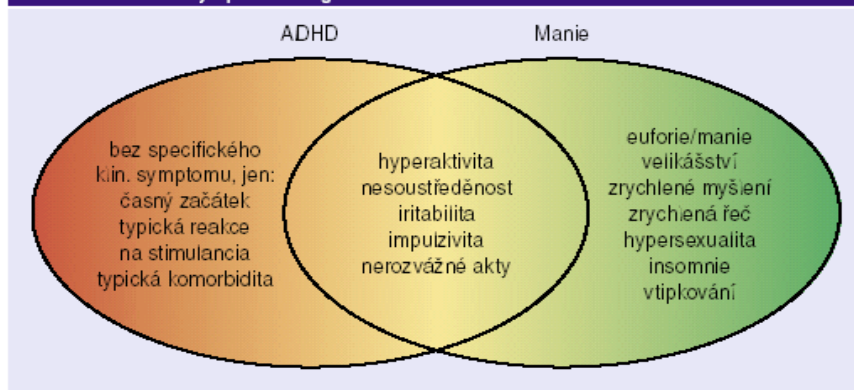
Tabulka 2. Dětská a adolescentní manie může imitovat jiné poruchy

MANIE	MIMIKRY
Elevace nálad	Pubertální nevázanost
Iritabilita	Poruchy chování, deprese, reakce
Velikášství	Vývojová fáze, osobnost
Roztržitost, nepozornost	ADHD, anxieta
Agitovanost	ADHD, abusus drog
Poruchy úsudku	Nezralost, drogy, psychózy
Insomnie	Deprese, anxieta
Mnohomluvnost	ADHD

Tabulka 3. Přesah symptomatologie u manie a ADHD

Manie vs adhd

Tabulka 3. Přesah symptomatologie u manie a ADHD



↓

nejlepší ukazatele difdg adhd x manie

- u manie: elevovaná nálada, grandiozita, zrychlené myšlení, snížená potřeba spánku, hypersexualita - můžeme čekat až od 15, u některých již od 12, ale obvykle jsou spíš cestou bolesti a rizika
- toto se u ADHD spíš nevidí, ale ADHD zvažovat vždy (jsou subhypomanicky nastřelení)
- vždy pozor na abúzus psychoaktivních látek – 'mají tyto příznaky
- abúzus alkoholu může maskovat larvovanou bipolárku

Rizika pro rozvoj bipolární poruchy

- genetika
 - o jednovaječná dvojčata -kolem 65 %,
 - o dvojvaječná dvojčata - kolem 15 %.
- premorbidně deprese, hypomanie
- afektivní poruchy v rodině

Protektiva pro prognózu bipolární poruchy:

- stejná jako u schizofrenie – jasné ohraničené prostředí, strukturovanost, rodinná péče, neohrožující prostředí (pozor na nefunkční rodinu, snížený intelekt rodičů apod.)
- při propuknutí M-D psychózy v časném věku – relativně časný vývoj (přesmyk) ve schizoafektivní poruchu, evt. později čistě schizofrenní obrazy

DIAGNOSTIKA V OBDOBÍ DOSPĚLOSTI

Zde si každý může vybrat z předchozích otázek ☺

DIAGNOSTIKA V OBDOBÍ STÁŘÍ

Zvláštnosti diagnostiky ve stáří

- častěji potřebují kompenzační pomůcky (brýle, naslouchadlo..)
 - mají sníženou hybnost - nelze zadávat úkoly na jemnou motoriku
 - mají zpomalené psychomotorické tempo - posuzovat podle norem daných věkem
 - jsou rychleji unavitelní
 - vyšetřují se 3 oblasti - kognitivní, behaviorální, funkční
1. **Pozornost, orientace** – časem, místem, „sedmičkový test“ (odčítání 7 od 100)
 2. **Paměť**
 3. **Slovní produkce**
 4. **Jazyk** – porozumění – slovní i písemný pokyn, pojmenování
 5. **Zrakově-prostorové schopnosti** – test hodin, krychle
 6. **Organicita** – Kostky, ROCFT, Bender-Gestalt

+ při podezření na MCI nebo demenci testy soběstačnosti, např. FAQ

+ vysoká prevalence deprese a úzkostí!!!! -> riziko sui kvůli beznadějně situaci mnoha seniorů, časté je i rizikové chování (např. nebezpečná jízda na kole za účelem sebezabití) s úmyslem “dát osudu šanci“, jelikož dnešní senioři jsou ještě z generace, která sebevraždu neuznává jako volbu, někteří ale suicidium páchají

+ pozor na deliria, abúzus léků, alkoholu, sy EAN!!!

- při posuzování kognice se ptát i primárního pečovatele/partnera/děti, jak je klient soběstačný, orientovaný, zda má propady, lepší dny, kdy funguje nejlépe, kdy má přes den nejlepší a nejhorší výkon a náladu
- screeningové testy: ACE-R, ACE-CZ, MoCA, MMSE, ADAS-Cog atp.

české metody: ALBA, TEGEST, POBAV, BOPR...

26. Diagnostika osobnosti a psychopatologie u dětí a dospělých.

Přehled klinicky významných metod k diagnostice osobnosti a psychopatologie, strategie vyšetření dle jednotlivých vývojových období. Klinický a psychometrický přístup v diagnostice.

OSOBNOST = při diagnostice registrujeme vnější projevy (kvanti, kvali) a vyvozujeme závěr o přímo nepozorovaných rysech, vlastnostech, charakteristikách

- **Vlastnosti osobnosti** (Kondáš) = formy stálého reagování určitým způsobem
 - o Vnitřní charakteristiky: rysy, schopnosti motivy, stavy
 - o Vnější charakteristiky: projevy (výraz, reakce, chování, výkon, jednání)
 - **Typy osobnosti** (starší výklady): struktura navzájem skloubených dominantních a stálých vl.
 - **Základní vlastnosti** (novější výklady pomocí faktorové analýzy): př. extraverte, neuroticismus
- *PO u dětí ne, místo nich mluvíme o **disharmonickém vývoji osobnosti (DVO)**

Obecná diagnostická kritéria (6) dle MKN-10:

- Evidence subjektivní odchylnosti od očekávaného průměru chování dané společnosti (norma), projevující se ve více než jedné z oblastí: (1) Poznávání (vnímání a interpretace) skutečnosti, (2) Emotivita, (3) Ovládání impulzu a uspokojování potřeb, (4) Způsob chování k ostatním (interpersonální sféra)
- Odchylka jako výrazná nepřizpůsobivost, maladaptace, dysfunkce v rámci širšího okruhu situací
- Odchylka se stává příčinou osobních potíží, má dopad na sociální prostředí a negativní důsledky.
- Dlouhotrvající odchylka, začátek v (pozdním) dětství nebo adolescenci
- Odchylka není projevem ani důsledkem jiné duševní poruchy
- Musí být vyloučeno organické onemocnění, úraz nebo dysfunkce mozku

DISHARMONICKÝ VÝVOJ OSOBNOSTI (DVO)

- MKN-10 sice definuje PO na základě nerovnoměrností v dětství, ale blíže se jim nevěnuje
- Dg: určujeme, kam se vývoj ubírá (odhadem) a jeho míru => diagnózu jen při naprosté jistotě
- Využití popisné dg (popis zvláštěných rysů, co funguje)
- DVO: některé složky příliš (ne)rozvinuté, trvalé povahy, působí nositeli anebo okolí potíže
- **(1) Paranoidní PO:** nemá dg. korelát v dětství, spíše povahové zvláštnosti, kolize s dětmi ne s dospělými (prekocismus), konfliktnost, hypersenzitivní, předjímá útok
- **(2) schizoidní PO:** dg korelát (schizoidní p – ne poruchy myšlení, Asperger)
- **(3) Disociální PO:** dg korelát (p nesocializovaná, opozičního vzdoru, socializovaná), samotáři, nenavazují vztahy, absence pocitů viny a empatie
- **(4) Emočně nestabilní PO:**
 - o Impulzivní typ: dg korelát (ADHD, LMD, socializovaná pch), sebeovládání
 - o Hraniční typ: dg korelát (p identity), instabilita, nízká frustrační tolerance => buď přejde do poruch chování (návykové látky, automutilace) nebo ducharina
- **(5) Histriónská PO:** nemá dg korelát, prognóza relativně dobrá => akce a chaos
- **(6) Anankastická PO:** dg korelát (OCD), tvorba prvních rituálů už vyžaduje terapii
- **(7) Anxiózní PO:** dg korelát (sociálně úzkostná, GAD), infantilismus, práce s rodiči
- **(8) Závislá PO:** dg korelát (GAD), závislost na rodičích, zvyrazňuje ji nárok na vznik erotického vztahu => terapeuticky vhodné přechodové rituály
- **(9) Narcistická PO:** nemusí být rané narcistické zranění (utvrzen komplex méněcennosti), buď => poruchy chování, suicidální pokusy (- sebehodnocení)
- **(10) pasivně-agresivní:** dg korelát (opoziční vzdor), impulzivní agrese lepší prognóza, chladná (promyšlená) horší => ROR, Handtest

KLINICKÉ METODY k dg. PO:

- Nejsou psychometricky podloženy, kvalitativní charakter dat, doplňující charakter
- **Anamnéza:** auto/hetero, přímá (vyšetřován), nepřímá (blízcí)
- **Pozorování:** během vyšetření i během samotné diagnostiky a př. vyplňování testů

- **Rozhovor, analýza spontánních produktů:** kresba, hra

PSYCHOMETRICKÉ METODY

Testy osobnosti (děti):

- **B-JEPI** (Eysenck pro děti), **CMAS** (manifestní úzkost pro děti), **KSAT, ROR, CATO**
- **CDI** (dětská depresivita), **Scénotest, kresba stromu – postavy – začarované rodiny**

Testy osobnosti (dospělý):

- **MAS, PSSI, MMPI, ROR, TAT, Hand test**

KLINICKÝ A PSYCHOMETRICKÝ PŘÍSTUP V DIAGNOSTICE

PSYCHOMETRICKÝ PŘÍSTUP	KLINICKÝ PŘÍSTUP
Intenzivní zkoumání několika rysů	Extenzivní informace o jediné osobě
Informace v podobě členství ve skupinách	Lze použít libovolná data
Predikce založená na počtu pravděpodobnosti	Predikce založená na znalostech teorie chování
Predikce jako formální důsledek pozorování, může provést i úředník	Predikce jako kreativní akt, musí provést vysoce zkušená osoba
Nelze upotřebit nahodilé jevy	Nahodilé jevy lze upotřebit

+ předchozí otázka a PO

27. Projektivní techniky v klinické praxi, přehled nejvýznamnějších metod, objasnění základních principů, zásady administrace, vyhodnocení. *(Procházka prý říkal, že si máme vybrat jednu – o té mluvit víc a zbytek znát zhruba)*

- Poprvé pojem použil Freud 1894 – v jiném významu (obraný mechanismus proti úzkosti)
- H. Murray – použil termín „*projektivní test*“
- L. K. Frank (NE Frankl) zavedl název projekční technika (1939)
- **2 dělení projekce**, která se promítá do toho, co v **podnětu** vidíme:
 - o **Projekce Jako obraný mechanismus**: připisování vlastních potřeb, snah, přání atd. jiným osobám a podnětům
 - o **Projekce Jako proces**: promítání vlastních psychických procesů
- **Podnětová situace (podnět)** je neurčitá a nespecifická, umožňuje vidět mnoho odpovědí
- Odpověď je **individualizovaná**: Liší se podle odpovídajícího člověka; odráží vnímání a základní aspekty osobnosti klienta
- **Typické vlastnosti**: Malá organizovanost materiálu, maskovaná testovací procedura, globální přístup k hodnocení osobnosti, účinné při odhalování skrytých, nevědomých aspektů osobnosti, zkoumá dynamiku osobnosti
- projektivní techniky zařadit až ke konci testové baterie
- **Výhody**: menší zkreslení, dávají komplexnější obraz osobnosti, menší ovlivnění intelektem testovaného, diagnostická situace se nezdá jako zkušební
- **Nevýhody**: náročné na administraci a nároky psychologa; možné narušení objektivity subjektivním vnímáním psychologa (nutné zkušenosti a vědomosti); nutné sledování chování při testu (latence odpovědi, never. a paraverbální chování); NE skupinová administrace

VERBÁLNÍ METODY

Slovní asociační experiment

- Nejstarší psdg metoda vůbec, první s ní pracoval Jung (původních 100 slov => Střídání neutrálních a podnětových slov)
- **Administrace**: individuální; nutnost navození uvolněné atmosféry; klientovi je pak podána instrukce, aby odpovídal prvním slovem, které ho napadne; po skončení standartní části následuje reprodukční pokus – zaznamenáváme, jestli je nebo není opakováno stejné slovo
- Sledujeme: latenci (nad 30 s. => selhání); kvalitu asociací; poruchy v reprodukci při 2. pokusu
- rozlišování neurotických klientů; nebo psychóz schizofrenního nebo cykloidního okruhu
- Existují různé varianty obsahující od 25 do 100 slov
- Uplatnění: diagnostika psychopatologie; forenzní psychologie; možné v poradenské psychologii

Testy nedokončených vět – Ebbinghaus původně pro zkoumání inteligence

- Úkolem je doplnit nedokončenou větu první myšlenkou, která klienta napadne
- Existují modifikace testu

Tematický apercipční test – TAT: Morganová, Murray, 1935;

- česká verze nemá standardizaci
- od 7 let – rozlišujeme obrázky pro chlapce a děvčata; od 14/15 let obrázky pro dospělé
- Principem podobný ROR – oba popisují osobnost v celé její šíři; TAT je více spojen se sociálním přizpůsobením, kdežto ROR spíše zkoumá poruchy procesů myšlení => **nárok na sociální situaci a časoprostor**
- TAT je tak vhodný pro interpretaci poruch chování, neuróz a psychóz
- Test podle Murrayho pracuje na základě 2 tendencí lidské psychiky:
 - o mnohovýznamové situace interpretuje ve shodě s vlastními potřebami a zkušenostmi
 - o Literární autor vykresluje vlastní city a potřeby v postavách svých hrdinů
- Testový materiál a Administrace:
 - o 31 tabulí s obrázky (1 je prázdná), na kterých jsou neurčité situace

- o Konkrétní pořadí administrace (karty jsou označeny číslem a písmenem v závislosti na tom, komu mají být administrovány; M-muž, F-žena, G-dívka-B-chlapec)
- o 16. tabule prázdná – zde si má klient promítnout vlastní příběh
- o Standartní vyšetření: 2 administrace vždy po 10 kartách (rozestup 2+ dní)
- o 2. sada je „temnější“, více provokuje k psychopatologickým fenoménům
- Ptáme se na: Situaci => Jak k ní došlo => Jaké bude rozuzlení => Na co osoby myslí a co cítí
 - o (na prázdné tabuli vykládá klient vlastní příběh)
- Při hodnocení se soustředíme na:
 - o Hrdinu, se kterým se klient identifikuje
 - o Motivy, tendence a city hrdiny (28 potřeb)
 - o Vnější síly v jeho okolí – osoby, které na kartě nejsou, rysy lidí, se kterými hrdina jedná
 - o Rozuzlení – kdo koho ovládá, poměr sil, selhání,
 - o Témata – interakce hrdinových tlaků a potřeb
- *Steinova technika klinické analýzy:*
 - o Hrdina, chování hrdiny, podněty prostředí, citový přízvuk podnětů, vnitřní stavy, projevy chování, závěry (problém zařazen do skupiny problémů: rodina, práce, sociální vztahy, vlastnosti „já“, hodnoty)
- *Novější systémy:*
 - o Manuál obranných mechanismů – jaké obranné mechanismy se vyskytují při zpracování (psychotické, neurotické, zralé...)
 - o Sociální poznávání a objektivní vztahy (SCOR) – posuzuje se komplexnost reprezentace lidí, afektivní zabarvení vztahových vzorců, kapacita emočního vkladu do vztahů, porozumění sociální kauzalitě
- *Tomkinsova analýza:* Vektory (směry), roviny (kde se příběh odehrává, podmínky a okolnosti, kvalifikátory (čas, stupeň jistoty, intenzita, ...))

Hand Test: Wagner, 1961

- 6 a více let
- Diagnostika a **predikce** (příliš projektivních testů prediktivních není) agresivního chování, odhad bazální osobnostní struktury
- 10 podnětových karet; ptáme se „*Co asi může dělat tahle ruka?*“, klient pak může držet kartičku v libovolné pozici jako u ROR, poslední karta je prázdná (obdobně jako 16. karta TAT)
- Okruhy skórování:
 - o interpersonální (náklonnost, závislost, komunikace, exhibice, direktivita, agresivita)
 - o enviromentální (získávání, aktivita, pasivita)
 - o maladjustace (napětí, zmrzačení, strach)
 - o stažení se (popis, bizarnost, selhání)
- Hodnocení odpovědí:
 - o vyšší pravděpodobnost zjevné manifestní agrese: AGG (agrese), DIR (řízení)
 - o nižší pravděpodobnost zjevné agrese: F strach, AFF (náklonnost), COM (komunikace), DEP (závislost)
 - o další: exhibicionismus, zmrzačení, neosobní aktivita, deskripce, získání, tenze, bizardní, neosobní pasivní tendence, selhání
 - o citlivý na aktuální stav, do 18 let jen opatrná interpretace

Rosenzweigův obrázkově frustrační test (PFT, PFT-CW)

- verbálně tematická projektivní metoda k odhalování vzorců chování na běžnou zátěž
- evokuje latentní agresivní tendence, projekce do verbalizace
- dgn. sociálního kontaktu, odhalování neurotických tendencí, psychopatických reakcí
- 24 obrázků, osoba vlevo něco říká, osoba vpravo má prázdnou bublinu, obličej je schematické
- 4+ let, neomezený čas
- druhy frustrace: **primární** (nepřítomnost uklidňující situace) a **sekundární** (prožívání překážek na cestě k uspokojení potřeby)

- situace obsažené v testu:
 - o ego brzdící situace – překážka ruší nebo frustruje objekt
 - o superego brzdící situace – subjekt je napaden někým jiným
- hodnocení směru a typu agrese
 - o **směr agrese:** E – extrapunitivita (k okolí), I – intropunitivita (vůči sobě), M – impunitivita (snaha přenést se přes frustraci)
 - o **typ reakce:**
 - překonávání překážky – zdůraznění frustrace
 - obrana Já – sebeobraně tendence a mechanismy
 - trvání potřeby – zdůrazněna potřeba řešení problému
- vyhodnocení: srovnání se skupinou, M/Ž, analýza tendencí změn v řešení během testu

Další:

- **Experimentální diagnostika pudů (SZONDIHO TEST)** - 6 sérií po 8 fotografiích – vyobrazení psychiatrických pacientů, označit 2 sympatické a 2 nesympatické tváře, náročná interpretace, u nás nepoužívány
- **Zulligerův tabulový test:** „zkrácený ROR“, pouze 3 předlohy, možno i promítat na plátno
- **Projektivní test vyprávění příběhů (MAPS):** 6+ let, 67 figurek z kartonu, 22 druhů pozadí, examinátor volí kulisy, proband postavy a vypráví příběh

Rorschachův test (ROR) - Nárok na symetrii a fragmentaci skvrn

- H. Rorschach, 1921, 4. nejpopulárnější v USA, 3+ let
- percepčně – kognitivní test, používán na diagnostiku poruch myšlení
- projektivní – zachycuje strukturální i funkční změny osobnosti – předpokládá vztah mezi osobností a vizuální percepcí, vyvolává pareidolie, které osoba verbalizuje
- **10 tabulí:** achromatické (I, IV, V, VI), červená + achromatické (II, III), více chromatických barev (VIII, IX, X)

Administrace:

- Klientovi podáváme kartu v pozici „A“ a pokládáme otázku „**Co to může být?**“
- neomezovat čas na odpověď ani počet odpovědí, doslovný záznam odpovědí a reakcí (Při způsobu administrace R-PAS nezaznamenáváme více než 4 odpovědi na kartu: další odpovědi nám už nepřinesou nové informace)
- měříme čas od začátku, čas latencí odpovědi
- do protokolu zaznamenáme: poloha tabule, lokalizace odpovědi, doslovné znění odpovědi, nonverbální projevy, doba latence a celková doba testu

Fáze:

- asociační fáze – expozice tabulí
- inquiry – zpětné dotazování – sledujeme, jak odpověď vznikla, kognitivní zpracování, kde to viděl, jak to myslel, ptáme se na přídavná jména, co na něco upozorňují
 - o (dle Morgenthalera: vybrat nejsympatičtější a nejméně sympatickou tabuli; není při administraci nutné)
- **zvláštní fenomény:** selhání, vědomí výkladu, šokové fenomény, subjektivní a objektivní kritika, dojmy
- standardní protokol: 18-20 odpovědí, méně než 15 a více než 50 – omezená validita
- signovací systémy: Böhm, Exner, R – PAS

Exnerův systém - Signování (co skórujeme):

- lokalizace a vývojová kvalita (typ apercepce), determinanty, symetrie, obsahy, popularita, organizační struktura, speciální skóry
- Základní pravidlo signování: signum má reprezentovat kogn. operaci, která se objevila v okamžiku, kdy jedinec dával odpověď; skórujeme jen to, co klient viděl na kartě

Typ apercepce: interpretace skvrny jako celku/detailu/meziprostoru;

Lokalizace (kde na skvrně to viděl)

- W (celek), D (velký obvyklý samostatný detail), Dd (neobvyklý detail), S (bílý meziplochy)

Vývojová kvalita

- + syntetická (2 nebo více objektů ve vzájemném vztahu, alespoň jeden má specifický tvar)

- o obvyklá (jeden objekt se specifickým tvarem)
- v vágní (objekt nemá určitý tvar)

Symetrie

Determinanty: čím je určena interpretace skvrny

- F – tvar
- M – lidská pohybová odpověď (FM, m)
- C – čistá barvová odpověď (CF, FC, Cn)
- C' – čistá achromatická odpověď (C'F, FC')
- T – textura (TF, FT)
- V – vista – interpretace odstínů jako hloubky, 3D (VF, FV)
- Y – čistá difúzní odpověď, šerosvitové vlastnosti (YF, FY)

Obsahy

- | | |
|--|-----------------|
| - H – lidé; (H) – fantazijní (superman) | - Cg – oblečení |
| - A – zvířata; (A) – fantazijní (jednorozec) | - Cl – mraky |
| - An – anatomická interpretace | - Fd – jídlo |
| - Hx – lidská zkušenost | - Ls – krajina |
| - Art – umění | - Sc – věda |
| - Ay – antropologie | - Sx – sex |
| - Bl – krev | - Xy – rentgen |

Popularita (obvyklost a originalita); P = popular (obvyklá odpověď pro danou kartu)

- | | |
|----------------------------------|----------------------------|
| I. netopýr, motýl | VI. zvířecí kůže, kožešina |
| II. zvíře (slon, medvěd) | VII. lidská hlava, tvář |
| III. lidská postava | VIII. celá zvířecí figura |
| IV. lidská postava (obluda, obr) | IX. člověku podobná figura |
| V. netopýr, motýl | X. pavouk, krab |

Organizační aktivita

- Zf – intenzita člověka uspořádat nové podnětové pole + účinnost toho úsilí
- Speciální skóry
- na 2 úrovních (lepší – horší)
- DV – deviantní verbalizace (neologismy, redundance)
- DR – nepatřičné fráze, odbíhavost, podružnost
- INCOM – inkongruentní kombinace (netopýr s rukama)
- FABCOM – fabulační kombinace (nemožný vztah – psi hrají basketbal)
- CONTAM – kontaminace (motýlokvět)
- ALOG, MOR, CP, PSV, AG, COP, ...

Vyhodnocení

- Affect – sekce emocí
- Information processing – zpracování informací
- Cognitive mediation – kognitivní zprostředkování
- Ideation – představivost
- Self perception – vnímání sebe
- Interpersonal perception – int. percepce a chování
- **Proměnné centrální sekce**
 - o Jsou obsaženy ve všech interpret. trsech
 - o Lambda – „ohnisko pozornosti“ – předpoklad pro úspěšné přizpůsobení, poměr všech F odpovědí vůči všem odpovědím
- **Afektivní sekce** – emoce prostupují veškerou psych. aktivitou, jakou roli mají při rozhodování, jak jsou kontrolovány, jsou neobvyklé?
- **Zpracování, mediace, ideace** – „kognitivní triáda“, zpracování – mentál. postupy při vstupu informací (processing), mediace – mentál. operace tlumočení a identifikace informace, ideace – proces myšlení, konceptualizace informace
- **Sebepercepce** – schopnost náhledu na vlastní kvalitu, udržení sebehodnocení, obsahuje sebeobraz a zaujetí sebou

MANIPULAČNÍ

Testy: Barevný pyramidový test, Lüscherův test, Chromatický asociační experiment, Test světa, ...

Scénotest: Von Staabsová, 1941, kufr (postavičky, kostky, zvířata, předměty)

- Terapeutická a diagnostická metoda (neurózy u dětí)
- Vývojová diagnostika, terapie hrou, diagnostika rodinných a sociálních vztahů, pozorování při činnosti, navázání kontaktu s dítětem, při zaseknutí v terapii pro posun společné práce
- Metoda vytvářející hypotézy, figurky – znázornění rysů osob z okolí a ve vztazích mezi sebou
- Je třeba zaznamenávat proces stavby, manipulace, výběr figurek, emoční projevy
- Hodnocení: vždy posuzovat v kontextu daného dítěte! Důležité je inquiry tvůrce!
- **Obsahová analýza** – zobrazená situace může/nemusí odpovídat realitě, shoduje se s afektivním, vnitřním životem člověka
 - o Výklad scény – z hlediska konkrétního nebo symbolického
 - o Vyjadřuje realitu? Přání? Obavy?
- **Formální analýza** – pozorováno, jak je scéna postavena, 3 dimenze – přizpůsobení se prostoru, stavba v rozích, zaplnění herní plochy

GRAFICKÉ

Kresba postavy (FIGURE DRAWING TEST)

- Vymyslel Baltrusch, jako PM poprvé Machoverovská (1949), dle Goodenoughové se dá použít jako ukazatel úrovně inteligence dítěte (percepce a kresba lidské postavy se vyvíjí v závislosti na tělesném a duševním vývoji dítěte)
- Dává info o osobnosti, tělesném schématu, neurotických konfliktech, schopnosti adaptace a dynamické interakce
- Papír A4, přeloží se na poloviny, tužkou nakreslit na levou část úplnou lidskou postavu, po dokončení na druhou polovinu nakreslit osobu opačného pohlaví => rozhovor ohledně věku, vlastností osob a jejich vzájemném vztahu
- předpoklad identifikaci s 1. postavou; vyhodnocení dle různých interpretačních systémů
- **formální stránku** (stínování, tlak tužky, čárkování, gumování,...) - vypovídá o integraci osobnosti, přizpůsobivosti, vztahu ke světu, sexuálních postojích, konfliktových momentech, úrovni energie a pudové struktuře
- **Obsahové stránka** - jednotlivé části těla, při popisu se nejčastěji uvádí: velikost postav (vypovídá o sebeúctě, vitalitě, prostoru, který chce proband zaujmout), pořadí postav (identifikační bývá první postava, sleduje se i pořadí kresby – hlava, trup,...), jednotlivé části (propracovanost, čas, reálnost prvků nebo deformace, chybění detailů), projevy konfliktů (o úzkosti svědčí gumování, stínování, zesílené znaky, transparence).
- K rychlé orientaci o osobě, časově nenáročný, lepší pouze na dokreslení + jako pomocná metoda k diagnostice transsexuality.

Další:

- **Test kresby stromu (BAUM TEST, 1952 KOCH)**
 - o Emocionální zralost dětí i dospělých, poruchy v emocionální a soc. oblasti
 - o Poté má proband vyprávět ke stromu příběh, pozornost k celku (umístění, velikost), ale i detailům (otevřenost koruny, srdce stromu, stabilita kmene, kořeny,...), Výhoda: její nenáročnost, jednoduchost, menší průhlednost, hodnocení: formální i obsahová stránka.
- **Test tří stromů (CORBOZ)** => Projekce vztahu mezi dítětem a jeho rodiči
 - o na A4 nakreslit 3 listnaté stromy => otec, matka a dítě (hodnocení viz Kresba stromu)
- **Kresba rodiny:** Pro děti 6-12 let, vhodné je kreslit tužkou
 - o Instrukce: „Nakresli obrázek, který by vyjadřoval život celé vaší rodiny.“ + rozhovor (kdo je na kresbě, co dělá) => hodnocení (kdo je, kdo chybí, postavení, natočení, velikost, stínování), nutné porovnat s informacemi z jiných zdrojů
- **Kresba začarované rodiny** – vhodné pro děti, v kombinaci s Kresbou rodiny

„jako kdyby přišel kouzelník a každého z vás začaroval do nějakého zvířete, které mu tak nejlíp odpovídá, které nejlépe ukazuje jeho povahu.“ + zdůvodnění jednotlivých rysů kresby.

28. Dotazníkové metody v klinické praxi, přehled nejvýznamnějších metod, klinické škály, posuzovací stupnice, strategie výběru dotazníkových metod dle psychopatologického okruhu.

DOTAZNÍK = metoda založená na subjektivní výpovědi osoby o jejích vlastnostech, citech, postojích, názorech, zájmech, způsobu reagování v nejrůznějších situacích => **založeno na introspekci a metodě nepřímého posouzení** => obvykle popisuje chování v určitých situacích, kde se může sledovaný rys objevit

- o **Dotazníky** – formulovány jako otázky (odpovědi ano/ne/nevím, popř. více alternativ)
- o **Inventáře** – forma oznamovací věty (odpověď souhlasím/nesouhlasím)
- (+) snadná, rychlá administrace a vyhodnocení. V krátké době mnoho údajů od mnoha osob
- (-) úroveň schopnosti introspekce ohodnotit sebe sama (Anosognosie – nedovoluje klientům o sobě dát adekvátní výpověď) + dostatečné IQ, možnost záměrného zkreslení, nepružnost a nepřesnost otázek => **dotazníky nehodnotí, jaká osoba je, ale jak se vidí**
- Používání dotazníků je sporné u osob, které nechťejí spolupracovat, nebo mají důvod k jejich ovlivnění (forenzní psychologie, konkurzy) => třeba použít:
 - o Maskované otázky: ptají se na problém oklikou
 - o Metoda nucené volby: ptám se na dva sociálně nežádoucí znaky a je třeba vybrat
 - o Verifikační škály: málokdo odpoví pozitivně, pozitivní odpověď svědčí o záměrném zkreslení, neporozumění otázce nebo o náhodné odpovědi
 - o Opakování otázek, pouze přeformulování
- **Lži skór:** otázka týkající se některých situací denního života, ve kterých je pravděpodobné, že vyšetřovaný se v nich chová určitým společensky méně vhodným způsobem => posouzení (ne)spolehlivosti vyplňování celého dotazníku
- nejčastějším dg nástrojem => screening (hrubé odlišení výskytu) a při výzkumech
- od 9 let mentálního věku (sebereflexe, retrospekce)

JEDNOROZMĚRNÉ DOTAZNÍKY = měří jeden rys/složku osobnosti

(1) škála I-E (Rotter):

- měří locus of control (13 dvojic tvrzení), internalisté a externalisté (bipolární kontinuum), LOC souvisí s věkem, zkušenostmi a životní spokojeností, externalisté častěji úzkostní

(2) MMQ = maudslay medial questionnaire (Eysenck)

- Zaměřen na neurotické tendence osobnosti, položky s ohledem na somatickou symptomatologii neuróz => screening, ano/ne položky, součet kladných = hrubý skór, obsahuje lži skóre

(3) N-5 neurotický dotazník (Knobloch, Hasner)

- Rozpoznání neurotických rysů, neurastenické, vegetativní, depresivní a úzkostné potíže, 33 položek (příznaků) => zaškrťává, co se objevilo a s jakou intenzitou (škála 1 mírně – 3 v. silně)

(4) ŽIS dotazník životní spokojenosti:

- Subjektivní pocit zdraví = životní spokojenost, štěstí, pozitivní a negativní afekty
- 70 položek, 10 škál (zdraví, práce, finance, volný čas, partnerství, vztah k dětem, vlastní osoba, sexualita, přátelé, známí, příbuzní, bydlení)
- **skór celkové životní spokojenosti** (kromě práce, vztahu k dětem a partnerství)

(5) ŽIN-ŽIS životní ne/spokojenost:

- 20 okolností přispívajících k ne/spokojenosti jedince => označení výskytu, intenzity a jak moc působí + 6 bodová stupnice odhadu vlastní spokojenosti
- Rozlišuje mírné, silné a velmi silné neurotické tendence

(6) MAS škála manifestní úzkosti (Taylorová):

- Vychází z MMPI, 50 položek ke třízení => spolehlivé rozlišení neurotiků od zdravých
- Citlivě reaguje na změny v míře úzkosti, sleduje účinky léčby
- Vysoké skóry svědčí o depresi

(7) STAI state trait anxiety inventory:

- 177 položek, rozlišuje aktuální psychický stav úzkosti a trvalý osobnostní rys
- Krátká administrace, jednoduché vyhodnocení

(8) BDI inventář agrese Busse a Durkeevé:

- Agresivní chování rozděleno na 8 kategorií (fyzická, nepřímá, popudlivost, negativismus, pocit zlosti na svět, podezřívavost, verbální agrese, pocit viny) => 75 položek, agrese i hostilita

(9) TEST HODNOT (Allport, Vernon, Lindsey):

- Hodnotová orientace (minimálně středoškolské vzdělání), vychází ze Sprangerovy typologie
- Seřazuje probandy do 6 kategorií: teoretický (poznání pravdy), ekonomický (tělesné potřeby) estetický (harmonie), sociální (láska k lidem), politický (zájem o moc), nábož. (jednota)
- 30 otázek (jedna ze dvou alternativ), 15 otázek (4 možnosti seřazení dle preference)

(10) Rokeachův test hierarchie hodnot:

- 36 hodnot rozdělených na dvě části (18), hodnoty dělí na cílové (život k nim směřuje) a instrumentální (směřující), hodnotám se připisují podle důležitosti čísla

VÍCEROZMĚRNÉ DOTAZNÍKY = měří více oblastí, mapují celou osobnost

(1) ICL interpersonal check list (Leary): dotazník interpersonální diagnózy

- Osobnost vzorec (ne)vědomých interpersonálních projevů = 16 kategorií projevů
- 8 kategorií podle míry adaptivnosti: dominance, egocentrismus, agrese, rezervovanost, submise, závislost, afiliace, responsibilita => znázorněno grafem

(2) FIRO-B dotazník interpersonální orientace

- Interpersonální chování 3 potřeby: inkluze, kontrola, afekce => 4 druhy chování: deficientní, excesivní, ideální, patologické => 54 položek, 6 jednodimenzionálních škál
- Měří chování a očekávání chování druhých

(3) EPI eysenckův osobnostní inventář

- Od 14 let, 2 osobnostní faktory: neurotické tendence a extraverci, odpovědi ano/ne
- 57 otázek, 24 (N škála), 24 (E škála) + 9 lži škál
- 4 osobnosti: flegmatik, sangvinik, cholerik, melancholik

(4) EPQ eysenckův osobnostní dotazník

- Rozšíření o dimenzi psychoticismu + škály kriminality, návyků, impulzivity => 106 otázek
- 4 dimenze osobnosti: ExI, psychoticismus, neuroticismus, inteligence

(5) DOPEN (Ruissel, Muller)

- 86 položek, 4 škály: psychoticismus, extraverce, neuroticismus, lži škála, otázky ano/ne
- Podle šablon lze odhadnout neurotické, psychotické rysy
- Psychoticismus spojen s poruchami chování, schizoidní p a kriminalitou => dobře rozlišuje netrestané a delikventy

(6) PI test

- Cílem být kratší než MMPI, zájem o zdravé jedince, zjistit vhodnou profesí
- 120 položek, 9 bipolárních kategorií (sebekritika – nedostatek sebekritiky, ne/sociální postoj, IxE, ne/neurotický, ne/manický, ne/depresivní, ne/schizoidní, ne/paranoidní, vegetativně ne/stabilní)

(7) 16 PF (Cattell)

- Produkt psychometrické technologie (ne teorie) => 16 primárních faktorů, 4 obecnější (extraverze, úzkost, nezávislost, citlivost – racionálnost) + škála vytváření dobrého dojmů
- Skóry na steny, grafické znázornění profilu

(8) Big five

- O (otevřenost), C (svědomitost), E (extraverze), A (přívětivost), N (neuroticismus) faktory
- Dotazníky: NEO-PI-R, BFQ => 60 položek

(9) SUPOS (Mikšík):

- Dotazník struktury a dynamiky psychických pocitů a stavů
- Škály: psychická pohoda, pocit síly, prahnutí po akci, impulzivní reaktivita, úzkost, obavy, ...

(10) PSSI inventář stylů a poruch osobnosti:

- Relativní vyhraněnost nepatologických variant rysů => 140 položek, 14 škál (norma-pato): sebejistý/disocialita, nedůvěřivý/paranoia, rezervovaný/schizoidita, => 4 bodová škála souhlasu
- Výsledky mohou sloužit jako otevírací téma při terapii, poradenství

(11) FPI freiburský osobnostní dotazník:

- 12 dimenzí osobnosti: 9 škál (př. nervozita, spontánní agresivita, depresivita, společensnost, mírnost), formy C (212 položek celkem), A-B (paralelní, 114 položek), K (zkrácená, 76 položek)

(12) BOD(h): Brněnská metoda sledování aktuálního stavu během terapie, kvalitativní charakter, hodnocení temperamentu, charakteru, potřeb, schopností, nadání, zvyků, patologie

- (13) **SVF-78**: strategie zvládání stresu
(14) **MMPI-II**: detailněji dále

POSUZOVACÍ STUPNICE „rating scale“

= Vymezené kontinuum, na němž nebo kolem něj se umisťují úsudky, zajišťuje určitou objektivnost a dovoluje kvantitativní zachycení jevu

Pět skupin škál (Guilford):

- Numerické: pro spolehlivost alespoň 5 stupňová škála s verbálním zakotvením
- Grafické: posouzení na úsečce, zakotvení na krajích nebo rovnoměrně, čísla/slova
- Standardní: používají stanovené škálové hodnoty př. popis konkrétních nebo imaginárních osob
- Kumulativní: přiřazování řad adjektiv
- Posuzovací s nucenou volbou: ze 2-5 variant, která nejvíce vystihuje

Další škály:

- **Technika Q třídění**: uspořádání více položek (60-100) v širokém rozpětí, nucená distribuce s charakterem normálního rozdělení
- **Sémantický diferenciál (Osgood)**: 7 bodové stupnice, koncové zakotvení bipolárním adjektivem, zaznačení podnětu na více škálách, volba párů adjektiv vytváří SD
- **Rater metoda**: korelace posouzení jednoho a více posuzovatelů, hledáme korelaci s vnějším kritériem (empirická validita): sebeposuzovací nebo objektivní stupnice

SEBEPOSUZOVACÍ STUPNICE:

(1) HAMA hamilton anxiety scale:

- Sleduje změny úzkosti u dospělých => 15 položek, 5 bodová škála, dva faktory:
- F1: somatická úzkost, F2: psychotická úzkost (fobie, tenze, insomnie, deprese)

(2) IPDE strukturovaný rozhovor pro poruchy osobnosti:

- Zachycuje PO podle dg kritérií, skórování 0-2 (norma – akcent – patologie)
- Proband musí uvádět příklady k jednotlivým položkám, relativní nezávislost na aktuálním stavu

(3) BDI beckův depresivní inventář

- Screening hloubky deprese, 21 položek na základní symptomy: motivační, kognitivní, afektivní, fyziologické => dospělý + od 13 let, 4 bodová škála 0-3 jestli a jak se cítil za posledních 14 dní
- Důraz na položky 2 (pesimismus) a 9 (sebevražedné jednání)
- 4 kategorie HS: minimální, mírná, střední a těžká deprese

(4) BAI beckův inventář úzkosti

- Screening úzkostnosti u dospělých a adolescentů, 21 položek (emoční, kognitivní a fyziologické aspekty) => odlišuje úzkost a depresi, škála 0-3 a rozmezí posledního týdne

(5) Stress profile

- Zjištění vztahu mezi stresem a nemocí (kognitivně-transakční přístup ke stresu dle Lazaruse)
- Slouží jako podpora (ne dg metoda) při rozhodování o léčbě

(6) Stafordská škála hypnability

- Individuální testování, 12 testových položek => paralelní forma A a B, C (náročnější)
- Úprava pro skupinové použití => Harvardská škála hypnability (převažují motorické položky)

(7) Chování typu A, B (popsal Rosenman)

- Jenkins aktivita survey: 52 otázek, nucená volba, 3 skupiny otázek: H (soupeřivost), J (pohlčení prací), S (dynamika, iritabilita)
- Bortnerův dotazník: 14 položek protikladných tvrzení, difference chování A nebo B
- Framingham type A scale: výzkum infarktu myokardu, 2x vyšší u chování typu A

MMPI-II (Hathaway, McKinley)

- Měří normální nebo patologickou orientaci složek osobnosti (i proč člověk selhal)
- Empirická metoda zkonstruovaná na základě vyšetření 800 pacientů a 700 zdravých osob
- Skládá se z 550 (v sešitu 567 - verze MMPI-2) položek týkajících se 26 oblastí:
 - o zdravotního stavu, vzdělání, sexuálních vztahů, sociálních vztahů, maskulinity/feminity, deprese, fobií, halucinací...
- několik forem: na kartičkách (indiv), v testovacím sešitě (skup), speciální arch, který se vyplní a vloží do PC na vyhodnocení, PC forma celá na PC
- Administrace 60-90 minut, počítačová verze – plně automatické skórování
- T skóry: 50-70 normální rozptyl, nad 70 může být patologie, nad 90 silné patologické rysy

- Nelze stanovit diagnózu na základě zvýšené hodnoty škály – tvar celkového profilu má větší význam **možnost kvalitativního zhodnocení**
- Výsledek i text = orientační popis amerických norem (vztaženo ke 2 nejvíc syceným škálám)
- Goldbergův index: nad 20 psychotický (vychází u hospitalizovaných pacientů)
- F-K index: pokud zápor, nelze interpretovat
- Hodně „X“: fenomén faktor demoralizace (psychopatologie, zvedne celý protokol vlivem překryvu škál) => **patologie +1,5 SD a symbol X**
- **Škálové trsy**: přesné zachycení symptomu/syndromu, vyhodnocení je na nás a klinickém dojmu

Škály validizační:

- „?“ = „nevím“ situace bez vyhraněného názoru, nezodpovězené otázky, nad 30 nevalidní
- „L“: **lži škála** = dojem společenské příznivosti, vysoký skóre = tendence nadhodnocování
- „F“: **validita** = položky, které zřídka kdy někdo zodpoví +
 - o průměrná osoba ze 64 vět zodpoví kladně 7 a méně, nad 80 nevalidní, tendence u depresí, schi nebo nedbalé vyplnění
- „K“: **postoj k pokusu** = analogická k L škále, značí snahu dělat lepší dojem
 - o Vysoký skóre pacienti co nejsou příliš přístupní terapii, demonstrují zdánlivé zlepšení
 - o Nízký skóre: snaží se udělat horší dojem, jsou více připraveni přijmout pomoc a terapii

Škály klinické (diagnostické):

- „Hs“ **hypochondrie**:
 - o Hypochondrické, psychoneurotické, neurastenické obtíže, 58-64 somaticky nemocná, nad 65 hypochondrické rysy
- „D“ **deprese**:
 - o Depresivní symptomy (centrální nemoc nebo doprovod jiné nemoci), citlivé k exogenní depresi
- „Hy“ **konverzní hysterie**:
 - o Terapeuticky rezistentní jedinci

První tři škály = **neurotická triáda** (neurotické tendence osobnosti, typ neurózy), Hy a Hs vyšší než D = symptomy silnější než subjektivní potíže, naopak převažují subjektivní potíže

- „Pd“ **psychopatie**:
 - o Chybí citové reagování, asociální, nedbá na vztahy
- „Mf“ **maskulinita – feminita**:
 - o Ukazuje na zájmy určitého pohlaví, vysoké Mf hodnoty ukazují na odchylku v zájmech, u mužů s VŠ vyšší skóre
- „Pa“ **paranoia**:
 - o Nedůvěra, přecitlivělost, ideje pronásledování
- „Pt“ **psychastenie**:
 - o Odhalování psychostenických rysů, fobií, nutkavého jednání, obsese
 - o Pokud vysoká i další neurotická škála, poukazuje na aktuální stav jedince
 - o Když nejvyšší, odkazuje na patologickou osobnost
- „Sc“ **schizofrenie**:
 - o Schi a schizoidní, bizarní neobvyklé chování a myšlení, rozpor mezi myšlením a realitou => nemůžeme racionálně sledovat změny nálady a chování schizofrenika
- „Ma“ **hypomanie**:
 - o Nadprodukce v myšlení, jednání

Pa, Pt, Sc, Ma = **psychotická tetráda**, usuzuje na charakter psychotického onemocnění

- „Si“ **sociální introverze**:
 - o Sociální ExI, tendence vyhýbat se sociálním kontaktům

+ Přídavné škály vytvořené na základě exist. položek – školní úspěch, alkoholismus, sebekontrola
Harriw-Lingoes = rozpracování klinických škál, **Wiener-Harmon** = symptomy předstírá nebo ne

29. Výkonové metody v klinické praxi, diagnostika intelektu, kognitivních schopností, testování paměti, pozornosti, exekutivních funkcí. Přehled užívaných metod, objasnění jejich principů.

- nejstarší a nejpropracovanější, odpovědi: „dobře/špatně“, „ano/ne“, nelze simulovat „lepší“ výkon

Dělení výkonových testů

- testy inteligence: **jednodimenzionální** (jedna složka intelektu) X **komplexní**
- testy speciálních schopností a jednotlivých psychických funkcí:
 - o t. paměti, zk. Kreativitu, zk. parciálních a kombinovaných schopností, t. technických schopností, zk. verbálních a matematických schopností, t. uměleckých schopností, t. organicity
- testy vědomostí

JEDNODIMENZIONÁLNÍ TESTY INTELIGENCE

Kohsovy kostky – zaměřené na vizuální percepci (problematické u osob s organicitou)

- 5 + let, 16 kostek (a=2,5 cm, 4 barvy)
- staví podle barevné předlohy – 17 + 1 (zácvičná úloha) ks
 - o na zadní straně napsáno číslo úkolu a čas povolený k administraci
- Nezdár: u zácvičné => ještě jeden pokus; během testu 5x po sobě => ukončíme administraci
- zaznamenávám čas a počet pohybů
- vhodný **test** – **retest** (lze použít opakovaně bez rizika zácviku) - může poukazovat na:
 - o psychosociální retardace: 1. subnorma 2. norma
 - o dětské neurózy: lepší retest po delším odstupu
 - o organická deteriorace + děti s LMD: variabilita skóru i po bezprostředním retestu
 - o demence, regrese ment. funkcí: dlouhodobě klesající trend
- při testu využívané procesy: *analýza – komparace – generalizace – abstrakce – syntéza*
- tj. zjišťuje zachovalé analyticko – synestetické funkce
- nezávislý na verbálních schopnostech – lze předkládat i pantomimicky (neslyšící, cizinci, ...)
- **intratestový rozptyl** vyjadřuje pohotovost zkoušeného reagovat na postupné zvyšování nároků
- **diagnostika**: normální dospělý řeší bez potíží polovinu úkolů
 - o *ment. podprůměrní* – diferencuje slabomyslnost a podprůměr
 - o *organické postižení CNS* (zjišťuje lépe deterioraci ment. funkcí než jejich úroveň)
 - o *subjektivní nejistota* - opravuje obrázky
 - o *schizofrenie*:
 - incipientní: selhávání u jednodušších, dobrý výsledek u složitějších
 - stabilizovaná: rovnoměrný výkon

Standardní progresivní matrice (Standard progressive matrices, SPM) - 1938 (Raven), 1976 (Říčan)

- zaměřené na vizuální percepci (problematické u osob s organicitou)
- Varianty: Standardní, Advances, Barevné (pro děti/starší osoby)
- **normy**: 8 – 14 let, 20 – 65 let
- 30–45 min, 60 úkolů v 5 setech (A–E), dosazování části obrazce do vzoru, ↑ obtížnost
 - o A – princip souvislosti vzoru
 - o B – princip analogie mezi páry figur
 - o C – progresivní změna vzorů v souladu s logickým principem
 - o D – přeskupování figur
 - o E – analýza figur na elementy a jejich rekonstrukce
- **nonverbální test inteligence**: pro individuální i skupinovou administraci, pro hluché
- potřeba: percepcie, pozornost, myšlení
- **zjišťuje**: abstraktní tvarovou percepci a dedukci – nutný logický úsudek (sch. nazírat a chápat vzájemné vztahy)
- **nevýhody**:
 - o IQ není deviační, je pro skupinu 16 – 35 let (předpoklad vrcholu inteligence)
 - o vliv mimo intelektových faktorů (hl. pozornost) – u neuróz může zkreslovat výsledek

- o chybí info. o struktuře inteligence
 - inspirace Spearmanem: nej. složkou obecné inteligence je schopnost vidět vztahy mezi objekty
 - **index variability** = součet všech rozdílů v pěti setech (větší než 7 – výsledek je nespolehlivý)
- Testy nezávislé na kultuře** (Culture Fair – nenadržuje na základě kultury) - Cattell
- Dobře sytí g-faktor, fluidní inteligence
 - 3 varianty:
 - o C.F.1: děti 4-8 let
 - o C.F.2: 8+ let => využívá se u nás (2 paralelní varianty A, B)
 - o C.F.3: 14 let a výše (zejména pro vysokoškolskou populaci a nejnadanější dospělé)
 - **Princip testu:** Doplňujeme obrazce do řady; 4 subtesty (princip sérií, p. klasifikace, p. matric, p. topologie); administrace 12,5 minut => hodnotíme všechny správné odpovědi

Další:

- **Krátký verbální inteligenční test (KVIT)** – forma A, B, 5 min, percentilové normy, dobře diferencuje mezi stupni vzdělání, měří verbální inteligenci, princip testu: Přiřazování slov k obrázkům
- **Vídeňský maticový test (VMT):** Verze tužka papír/PC; skupinová i individuální (25 minut, 5 minut před koncem upozorníme); 24 položek s narůstající obtížností + zácvik, náhrada za Ravena, který se používá příliš často, ale normy jen pro muže
- **Bochumský maticový test (BOMAT Advanced)** – dospělý a adolescenti, 10 zácvik + 40 testových položek (**dopředu seznámíme s instrukcemi a ujistíme se o pochopení**) => sledujeme uplatnění naučených pravidel, neverbální, aktuální výkon rozumových schopností, predikuje celkovou úroveň intelektu, diferencuje hl. v nadprůměru – obtížné položky (normy na VŠ studentech)
- **D 48 Domino, UNESCO, Test intelektového potenciálu (TIP)** => prům.-podprům. populace

VÍCEDIMENZIONÁLNÍ TESTY INTELIGENCE

- obvykle několik subtestů, měří více komponent => často poskládané z jednodimenzionálních
- mohou poskytnout profil inteligence
- závislé na teorii, ze které vycházejí

Wechslerova inteligenční škála - 14 subtestů, 19-89 let, 60-90 minut, měří IQ 45-155 bodů,

- **Principy metody**
 - o princip **kvalitativně homogenních subtestů**
 - o každý subtest umožňuje kvantifikaci v širokém pásmu
 - o získáme **profil struktury inteligence** jednotlivce
 - o citlivější na **parciální nedostatky** než na silné stránky
 - o méně položek v delších subtestech
 - o gradující obtížnost položek
- Hodnoty, skóry
 - o *deviační inteligenční kvocient* – individuální stálost IQ – jedinec si podrží své místo ve skupině
 - o *profilové skóry* – srovnání výkonů v subtestech ($PS = 3z + 10$) => ideálně profil = přímka $PS = 10$
 - o *index deteriorace* – pouze v WAIS-R a WAIS-IV, ve WAIS-III ne
 - o všechny subtesty (vyjma číselných symbolů) – **stálý interpersonální kontakt**
 - o nelze skupinově, snadná administrace i skórování
- Charakteristika metody a její struktura => subtesty: (dobově podmíněny)
 - o **verbální:** Slovník, Podobnosti, Informace, Porozumění, Počty, Opakování čísel
 - o **performační** (názorové): Kostky, Doplňování obrázků, Matrice, Skládání obrázků, Řazení obrázků, Symboly – kódování, Řazení písmen a čísel, Hledání symbolů
- Specifika jednotlivých subtestů (Jochmanové prý stačilo vyjmenovat pořadí subtestů)

1) Informace:

- ústně pokládané otázky, 0 – 1b
- odráží množství a úroveň všeobecných vědomostí, vzdělání, kvalita výchovného prostředí
- závisí na dlouhodobé paměti
- málo ovlivněno věkem

- odolnost vůči psychopatologickým vlivům, **míra premorbidního intelektu** (při deterioraci – kromě sémantické demence)
- selhávání MR, porucha kontaktu s realitou
- 2) Opakování čísel:** přímé opakování/pozpátku
 - úroveň koncentrace a rozsahu pasivní pozornosti a krátkodobé verbální auditivní paměti
 - velmi **citlivý na organické poškození CNS**
 - nízký výsledek, negativní emoce (úzkost, deprese, ...), organicita
- 3) Slovník:** význam slov
 - obsahová úroveň řeči, jazykové schopnosti, informovanost
 - **nejstabilnější míra inteligence (nejlepší index premorbidního intelektu)** – nejvíce g
 - možná analýza obsahu odpovědí (bizardnosti, perseverace, ...)
 - vysoké skóre: vyšší vzdělání, rozhled, široké zájmy, sklon k intelektualizaci, OCD, vykládání na úkor prožitku, deflexe
 - selhávání: histriónské rysy (tendence k vytěšňování, zapomínání), stimulačně chudší prostředí, MR
- 4) Počty:** soubor aritmetických úkolů (slovní úlohy), časový limit, nesmí si psát
 - sch. numerického úsudku, sch. koncentrace, pozornost, krátkodobá paměť
 - citlivost k přechodným citovým stavům (snížený výkon u úzkosti)
 - vyšší výkon u obsesí a paranoii
 - krajně neobvyklé odpovědi - nepozornost, nedostatečné porozumění, porucha myšlení
 - **výsledek u MR odpovídá adaptaci na běžný život**
- 5) Porozumění:** verbální řešení každodenních problémů, vysvětlení přísloví
 - sch. pochopit realitu, adekvátně reagovat, sociální úsudek, konformní jednání v souladu s pravidly, úroveň socializovanosti myšlení
 - zachycení abstraktního myšlení (chybí u organicit)
 - dobrá míra obecné inteligence
 - odráží aktuální citový stav
 - vyšší výsledky: emoční stabilita, paranoidní schizofrenie (ost. SCHI – nižší skóre)
- 6) Podobnosti:**
 - verbálně předkládané dvojice slov, najít a vysvětlit podobnost
 - sch. základní abstrakce, pružnost myšlení
 - nadměrné propracování odpovědí: obsese
 - ukazatel fluidní inteligence (formální vzdělání hraje malou roli)
 - horší výsledky: organicita, schizofrenie
- 7) Doplnování obrázků:**
 - obrázky s chybějícími částmi
 - sch. vizuálně percepčního rozlišování hlavních komponent známých předmětů (vizuálně percepční diskriminace), sch. konkrétního neverbálního úsudku, sch. rychlého přizpůsobení
 - kulturní vlivy, smysl pro realitu
 - čas limit 45s (překračují MR a neurologické postižení)
 - více zvláštních odpovědí - psychotici
 - „nic nechybí“ opakovaně - hostilita
- 8) Řazení obrázků:** příběh v nesprávném pořadí
 - sch. vyložit si situaci z hlediska vzniku, plánovat, anticipovat další rozvoj
 - uplatnění divergentního myšlení, sch. porozumět celkové situaci, příčina – následek
 - inteligence v sociálním kontextu, **soc. přizpůsobení**
 - rychlé, neorganizované přesuny - impulzivita
 - dlouhá latence před prací - hloubavý styl
 - narušení plánování (exekutivní fce) - počáteční organicita
- 9) Kostky:** 9ks, dle předlohy, červeně – bílé (+ diamond design)
 - vizuální orientace v prostoru, log. myšlení, analýza a syntéza vizuálních podnětů, prostorová představivost, myšlenkové operace v prostoru
 - vizuální analýza prostorových vztahů - vizuální syntéza geometrických elementů - zpětnovazební kontrola
 - paměť hraje minimální roli
 - **velmi citlivý na organicitu** – indikátor difuzního organického poškození (hl. P hemisféra)
 - obsedantní obavy o detaily

10) Skládání objektů: z různě tvarovaných kousků, časový limit

- rychlost, pohotovost, vizuální analýza částí, tvoření hypotéz o celku, vizuálně – motorická koordinace, zpětnovazební kontrola
- pokus – omyl, vhled
- počítají se správná spojení – pokud celé správně, tak ještě body za rychlost
- když netuší, co skládá – problém se zrakovým vnímáním

11) Číselné symboly: přiřazování symbolů pod číslice dle vzoru (kódování)

- rychlé asociační myšlení, vytrvalost, rychlost, vizuálně – percepční organizace
- návrat ke klíči před každou reprodukcí- narušení krátkodobé paměti
- nízký výsledek (nutno vyloučit zrakové/motorické postižení): deprese, schizofrenie, organická

12) Matrice:

- abstraktní tvarová percepce a dedukce, kognitivní úsudek, pravoemisferální komplexní zpracování informací, percepční uspořádání, obecná vizuální inteligence
- více času - MR, neurologické problémy
- vyloučit barvoslepost při nízkém výkonu

13) Řazení písmen a čísel: seřadit číslice vzestupně, písmena dle abecedy

- zachycuje pracovní paměť, g-faktor
- usnadnění výkonu předurčenými sekvencemi

Test struktury inteligence (IST)

- lze administrovat hromadně, 13+ (u nás normy 12+), 90 min
- **inteligence jako část osobnostní struktury** – rozumové schopnosti uplatněné ve výkonu
- 9 subtestů, paralelní formy A a B
 - o profil M – jazykově teoretické nadání
 - o profil W – praktické nadání
- účel: diferencované hodnocení úrovně rozvoje intelektu, vhodné pro poradenství (profi)
- náročný na rychlost myšlení, vhodný pro nadprůměrné jedince
- částečná preference osob s přírodovědným, matematickým a teoretickým nadáním (IST – 70 nadřazuje přírodovědně vzdělaným)
- **poznávací schopnosti měřené IST:** verbální int., numerická, figurální int., celková úroveň pozn. schopností, paměť, znalosti (verbálně, numericky, figurálně kódované), krystalizovaná inteligence, fluidní int.

IST – 2000 – R (Plhánková) - 90 – 160 min

- vyváženější co do obsahu než IST – 70 – nové moduly aby nezvýhodňovali přírodovědce
 - o **základní modul** – 9 subtestů, verbální, numerické, figurální + 2 subtesty na paměť
 - o **zkrácený základní** – bez paměťových úloh
 - o **rozšiřující modul** - + znalostní test (sch. osvojit si kulturně předávané vědomosti)

Analýza struktury inteligence (ISA)- velmi podobný IST

- hl. pro diferenciální diagnostiku
- zjišťuje obecnou inteligenci vázanou hlavně na řeč a čísla, schopnost prostorového a figurálního vnímání, pozornost
- 14 – 40 + let, individuálně i skupinově, kvalitní zátěžové úlohy, 90 min
- 3 formy: ISA, ISA/L (lehké, 9 subtestů, 65min), ISA/S (těžký, 53 min)
- využití: školní poradenství, výběr uchazečů, následky traumat, výzkum

Analytický test inteligence (AIT) - 10 – 15 let, dospělí, 60 min (5 – 6 min/subtest), individuálně i skupinově

- školní poradenství, jediný, který **měří i kreativitu**
- **struktura inteligence – 4 faktory:**
 - o komplexnost – množství a rozsah elementů
 - o globalita – seskupovat integrovat
 - o plynulost (fluidita) – pohyblivost myšlení, přechod k dalším informacím
 - o plastičnost – rozložit na části, reorganizovat, složit
- výsledek: **typ inteligence** zakreslený do profilu
 - o logicko – formální
 - o obrazně – konkrétní
 - o analytická – receptivní
 - o kombinační, tvůrčí
 - o senzitivní

Testy kognitivních schopností Woodcock – Johnson Test (WJ-IE-COG)

- **intelligence = soubor kognitivních schopností** (Cattel – Horn – Carrolova teorie inteligence)
- cíl testování: **odhalit problémy, ne získat inteligenční kvocient**
- 5 – 65 let, individuálně, 3 trsy, 7 subtestů
 - o verbální schopnosti: obrázkový slovník, synonyma/antonyma, verbální analogie (prediktor školních výkonů)
 - o schopnosti myšlení: paměť na jména, prostorové vztahy, zvukové vzorce, kvantitativní pozorování
 - o kognitivní efektivnost – vizuální pozorování, obrácené číselné řady

Další: IST – 70, Krátký test všeobecné inteligence, Orientační zkouška

TESTY PAMĚTI

- **Význam:** stížnosti na potíže s pamětí – často první symptomy, poruchy rozdílně postihují paměť a intelekt, pomáhá vysvětlit, jak se lidé učí, odhalení přidružených kognitivních oslabení, které se dosud nemanifestují, interferuje oscilace pozornosti

Wechslerova škála paměti (WMS) - 20 – 64 let, 15 – 20 min, české normy, ale ne standardizace

- výsledek: HS, **MQ** (paměťový kvocient) – lze srovnat s IQ (dgn. cenný rozdíl)
 - o dobře stanovuje celkovou úroveň paměti u organického poškození mozku
 - o 0 – 60 defekt, 61 – 80 podprůměr, 81 – 100 průměr, 101+ nadprůměr
- zraková, sluchová, krátkodobá, dlouhodobá
- sch. asociačního učení, **celková úroveň paměti** hl. u organických poškození mozku
- 7 subtestů (6 subtestů na sluchovou paměť)
 - o informace (věk, ...) – na něj se ptát vždy
 - o orientace (datum, ...)
 - o duševní kontrola (abeceda, ...)
 - o logická paměť (2 povídky)
 - Alzheimer – ani s nápovědou ne
 - Parkinson - ano s nápovědou
 - o čísla (dopředu a pozpátku) - kapacita paměti
 - o vizuální reprodukce (zpaměti malovat 3 předložené obrazce)
 - o asociační učení (dvojice slov)

WMS-III - 30 – 35 min + 20 min, volitelné subtesty, 19 – 89 let

- výhody: vyvážení auditivní a vizuální, řádná restandardizace, větší věkový rozsah, revize položek s ohledem na zkrácení kulturou)
- nevýhody: delší administrace
- 11 subtestů (7 původních, 4 nové) – 6 základních, 5 volitelných
 - o Informace a orientace, Logická paměť, Tváře (označit ty, co už viděl), Verbální párová asociace, Obrázky – rodina (6 osob, 4 scény), Seznam slov, Vizuální reprodukce, Uspořádání písmen a čísel (abecedně a vzestupně), Prostorový rozsah, Mentální kontrola, Číselný rozsah
- dimenze:
 - o způsob prezentace podnětů: auditivní X vizuální
 - o časová: vybavení okamžité X oddálené
 - o formáty subtestů: volné vybavení X s nápovědou X rekognice
- primární indexové skóry:
 - o okamžitá paměť: 1. bezprostřední auditivní, 2. bezprostřední vizuální
 - o všeobecná oddálená paměť: 1. oddálený sluchový index, 2. oddálený vizuální index, 3. oddálená sluchová rekognice
 - o pracovní paměť

Wechslerova škála paměti – zkrácená verze (WMS-III-A), na deklarativní epizodickou paměť, 15 – 20 min

- výsledek: **3 kompozitní skóry:** BP (bezprostřední), OP (oddálená), CP (celková paměť)
- subtesty: Logická paměť I a II, Obrázky rodiny I a II

Bentonův vizuálně retenční test: 7+ let, individuálně

- **dgn. poruch vizuální pozornosti a retence paměti** (odhalování organických poškození)
- diferencuje psychogenně a organicky podmíněné p. chování – jeden z nej pro dif. dg
- použitelný jako vývojový test

- **formy:** kresebná (3 x 10 předloh, kreslí) X forma volby (vybírání ze 4 shodných s předlohou)
- **možnosti administrace:**
 - o A – 10 s expozice, zakrýt, kreslí
 - o B – 5 s expozice, zakrýt, kreslí
 - o C – obkresluje během expozice (eliminace retenčního faktoru, k měření vizuomotorických a vizuopercepčních sch.)
 - o D – 10 s expozice, 13 s pauza, kreslí
- hodnocení: počet správných reprodukcí, počet chyb
- u normálních osob koreluje s IQ, od 8 let stoupá, 45 – 50 klesá
- klinicky:
 - o paranoia, asociálové – nedostatek snahy
 - o deprese, organické poruchy – neschopnost reprodukce
 - o autisti, schizofrenici – nerelevantní reprodukce
 - o chybí vzdělání, soc. zkušenosti, onemocnění mozku – narušená grafomotorická schopnost

Další: Meiliho test aktuální paměti, Škála aktuální paměti (ŠAP), Paměťový test (LGT-3), Paměťový test učení (AVLT)

TESTY POZORNOSTI

Bourdonův test pozornosti - Bourdon, 1895 – aktuálně nejčastější

- úkol: diferencovat v řadě symbolů, 30 + 1 řádek/ 50s, 2550 znaků
- standardizace: 17 – 36 let, modifikace norem
- koncentrace pozornosti, PSM tempo, přesnost percepce
- hodnotí se výkon (počet zvládnutých znaků – kvantita) a počet chyb (kvalita)
- dopravní psychologie, psychologie práce, klinická praxe

Test pozornosti d2 - 9 – 60 let (+ nové normy), 8 – 10 min, individuálně i skupinově

- 14 x 47 položek, škrtat „d“ se 2 čárkami, 20s na řádek, hraje roli **pohlaví**
- **koncentrace pozornosti, PSM tempo**
- výsledky:
 - o kvali +, kvanti + : dobrá pozornost, sch. koncentrace, dostatek sebevědomí, sebedisciplína, dostatek sebevědomí, sebedisciplína
 - o kvali +, kvanti - : svědomití, pečliví, trpěliví, někdy pedanti
 - o kvali -, kvanti + : impulzivní až divocí, pracovní elán, vysoké sebevědomí, sebejistota, povrchnost až lehkomyšlnost
 - o kvali -, kvanti - : bez schopnosti mobilizace vůle, vnitřně nevyrovnaní, nepořádní, nejistí, trémisté, lhostejní
- organické postižení – znatelný pokles, rozeznatelné od poruch nálady

Rychlostní auditivní test sériového doplňování (PASAT)

- mužský/ženský hlas, 4 úrovně rychlosti, prezentuje 60 číslic => **sečíst vždy 2 poslední číslice**
- senzitivní pro poruchy pozornosti a vigilance, citlivý na proces zpracování informací, integrita složek pozornosti
- nejlépe úroveň zvládne jen 72% zdravých dospělých, nejtěžší 45%
- selhávání vigilance, narušení retikulární formace, limbického systému, frontálního laloku (drobnější infarkt?)

Test cesty (TMT) cca 5 min, normovaný na jiném vzorku

- základní neuropsychologická zkouška => citlivý na **organicitu**, poškození CNS
- PSM tempo, prostá pozornost, distribuce pozornosti
- vyžaduje: rozpoznání písmen a čísel, flexibilita, zrakové vyhledávání, motorické schopnosti
- A – spojovat čísla, B – spojovat písmena a čísla (při chybě vrátit)
- výsledky:
 - o A a B v normě: přiměření PSM tempo i distribuce pozornosti
 - o A prodloužené, B v normě: prodloužené PSM tempo, schopnost se zlepšit (soc. anxieta?)
 - o A norma, B prodloužené: počínající organicita?
 - o A i B subnormní – organicita, deprese, málo motivovaní, funkční poruchy výkonnosti, zvýšený stres

Číselný čtverec – Jirásek, hledací zkouška = co nejrychleji vyhledat čísla 1 – 25; 10x se opakuje

- percepční pohotovost, úmyslná pozornost, bystrost, představivost, paměť, nespecifická psychická aktivita

Číselný obdélník - 18 min, černá čísla 1 – 100, diktování 8 trojic čísel, zapisují malé červené indexy

- selektivita a distribuce pozornosti, přesnost percepce
- ovlivnění: vnitřními činiteli (CNS, soustředěnost, zaměřenost, oscilace) a vnější činitelé (velikost pole, počet, tvar a barva prvků v poli, stupeň barevné homogenity a heterogenity)

Další: Test koncentrace pozornosti (TKP), Disjunktivní reakční čas (DRČ)

EXEKUTIVA

Test Hanojské věže (TOH) - 5 kruhů různé velikosti na 3 tyčkách, co nejmenší počet tahů

- **pravidla:** pohybovat jen 1 kruhem, kruh musí být na tyčce, větší kruh nesmím dát na menší
- sch. plánování, inhibice odpovědi, exekutivní funkce

Test Londýnské věže (TOL) - 3 barevné koule, 3 tyčky

- **pravidla:** omezený počet koulí na tyčce, hýbat je s jednou koulí, koule nesmí být jinde
- **12 úloh**, vzrůstající obtížnost, minimálně počet tahů
- dgn.: plánování, pracovní paměť, vizuálně – prostorová paměť, sch. inhibice odpovědi

Stroopův test (CWT) - zjišťování percepční zátěže, odolnost vůči psychické zátěži, závislost na poli

- test organicity – **jeden z nejlepších na diagnostiku exekutivních funkcí**
- 100 slov barev - **S skóre** (osobní tempo)
- barevné obdélníčky - **F skóre** (faktor percepce) – lepší u žen
- slova barev napsaná jinou barvou - **SF skóre** (skóre percepční zátěže) – předkládáme alespoň 2x
- střídavě číst jednou slovo, jednou barvu - **SFS skóre** (detekce reakce na zvýšenou zátěž)
- index interference = rozdíl mezi rychlostí čtení F a SF (mění se s věkem – nejnižší kolem 25)

Test kognitivního odhadu (TKO) - 15+, 5 min, neuropsychologický screening (poškození frontálního laloku)

- význam vyšetřování řeči: odhalení p. sluchu, MR, demence (předem nutné vyloučit p. vědomí, orientace, delirium, p. zraku/sluchu, hlasu, mluvidel, ...)

Další: Iowský herní test (IGT), Wisconsinský test třídění karet (WCST)

30. Soudně znalecká problematika, diagnostika v soudně znalecké praxi, posuzování věrohodnosti výpovědi, rozpoznávacích a ovládacích schopností, strukturování znaleckého posudku.

Problematika exkulpace.

SOUDNĚ ZNALECKÁ ČINNOST:

- Rozvoj ve 2. pol. 20. stol.; upravuje ji **Trestní řád** a probíhá podle **zákona o znalcích a tlumočnících** (§105 TR = přizvání psychologa, obvykle klinického či forenzního)
- **Soudně- znalecký psychologický posudek**: důkazní prostředek, ke kterému přihlíží soud
- **Znalci**: osoby se speciálními odbornými znalostmi jmenované soudem, zapsané v seznamu znalců, mající znaleckou doložku (výjimka: psycholog jako znalec ad hoc, tj. bez zapsání v seznamu; vysoké školy; vědecké ústavy; vědecké instituce)
 - o **Znalce si vyžádá**: vyšetřovatel, soud, státní zástupce
 - o **Znalci nepřísluší se vyjadřovat k právní stránce věci**
 - o **Obvykle posuzuje**: osobnost obviněného či svědka, kriminální motivaci, chování obžalovaného, věrohodnost výpovědi, interpersonální vazby, možný kriminální vývoj osobnosti (nebezpečnost pachatele), možnosti resocializace (nápravy)
- **Metody**: klinické (pozorování, rozhovor, anamnéza, zjišťování postojů a názorů) testové: (výkonové, projektivní, dotazníky; př: WAIS-R, WISC, Rorschach, Hand test, Test slovních asociací, MMPI, Eysenck)
 - o **PLC-R**: Hare psychopatie check liste (R.D.Hare) – 20 položek, např: povrchní šarm, nedostatek empatie, impulzivita, časná kriminalita apod.
- **Uplatnění**: trestní právo i občanské právo, nejčastěji: TČ proti životu a zdraví, TČ spáchaný mladistvým pachatelem, případy autoagrese, nedbalostní TČ

Jmenování:

- Občan ČR, dostatečné znalosti a zkušenosti, osobnostní charakteristiky, řádně vykonávaná činnost, musí s jmenováním souhlasit, svéprávnost, bezúhonnost
- Soud se obrací na znalce, pokud sám není schopen odpovědět na určité otázky => znalec musí posoudit v co nejkratší lhůtě a řádně za smlouvenou odměnu

STRUKTURA POSUDKU:

1. Zadání úkolu (proč, kdo, co, identifikační údaje) a popis zkoumaného jevu
2. Stručný výpis ze spisové dokumentace = k čemu v posudku přihlíží
3. Vlastní psychologické vyšetření = anamnéza, diagnostika, rozhovor, testy a výsledek (=psychologický nálezn, srozumitelný i pro nepsychologa)
4. Závěr posudku (odpovědi na zadané otázky)
5. Formální náležitosti (platnost a autorství posudku, datum, identifikace, znalecká doložka)

HLAVNÍ TÉMATA = motivace k činu, vývoj osobnosti – vrozené dispozice & vnější prostředí, os. obviněného v interpersonálním kontextu – vazby, dynamika vztahů, kriminolog. a trestní odpovědnost... duševní zdraví, individuální a kriminální predikce, charakter: nápravné opatření/ochranné opatření/ochranná léčba, způsobilost vypovídat, věrohodnost výpovědi svědků a poškozených, nezletilí – výsledek (přiměřená úroveň), posouzení možnosti resocializace obviněného

POSUZOVÁNÍ NEBEZPEČNOSTI PACHATELE

- **Protekcionisté**: zdůrazňují ochranu společnosti před zločincem; zásada „in dubio pro securitate“ = v pochybnostech ve prospěch bezpečí
- **Antiprotekcionisté**: zdůrazňují právo nebýt uvězněn na dobu delší než nezbytnou; zásada „in dubio pro libertate“ = v pochybnostech ve prospěch svobody
- **alfa chyba**: jedinec shledán neškodným, ačkoliv je nebezpečný
- **beta chyba**: jedinec omylem označen za nebezpečného
- **dangerous people** = kriminalita jako přílišná svoboda jednání jedinců, kteří k ní mají předpoklady (minimalizace role vnějších okolností)
- **dangerous actions** = kriminalita jako výraz, projev nedokonale provedené sociální rovnosti

Nebezpečnost se posuzuje na základě (3):

- **intuitivního přístupu** (celostní posouzení osobnosti), **klinického** (psychodiagnostika, anamnéza), **statistiky** (odhad pravděpodobného kriminálního chování v budoucnosti)

DIAGNOSTIKA

- v případech pochybnostech o přičetnosti pachatele či u mladistvých, kde se taky posuzuje stupeň rozumové a mravní vyspělosti, posuzování věrohodnosti, posouzení osobnosti člověka, stav jeho poznávacích procesů, možnost resocializace
- Ambulantní vyšetření, sledování v ústavu za podmínky podezření simulace příznaků (krajní řešení)
- Pokud podezřelý nespolupracuje, ptáme se na důvody nespolupráce, předloží se znalci veškeré podklady, znalec se vyjádří, zda je možné podle nich něco usuzovat
- Diagnosticky relevantní také znaky antisociální osobnosti podle MKN

VĚROHODNOST = Neexistuje absolutní věrohodnost

= Míra souladu výpovědi se skutečností, rozpoznání lži v produkci vyslýchaného

- **Obecná:** komplexní psycholog. charakteristika osobnosti; schopnost zaregistrovat určitou realitu, uložit ji do paměti a reprodukovat ve formě vzpomínky
- **Specifická:** zda je konkrétní výpověď pravdivá, jak se shoduje se skutečností
- Vztah mezi obecnou a specifickou je nesymetrický (kdo je obecně věrohodnou osobou, může mít někdy dost dobrý důvod, aby lhal a naopak)
- Vnímání času je ovlivněno stavem čl. => tím ovlivněna objektivnost (např. čl. má velké bolesti a přijde mu strašně dlouhá doba, než se dostane na pohotovost)

POSUZOVÁNÍ VĚROHODNOSTI

= Zjišťuje se míra pravděpodobnosti, že je výpověď věrohodná

- Přihlíží se ke způsobilosti osoby podat věrohodnou výpověď (závisí na **rozumových schopnostech, duševním zdraví** – psycholog zjišťuje fungování smysl. orgánů, mozku apod.), **motivaci** (ne/má motivaci lhát/něco měnit/zamlčovat: posuzování lži), **výpovědi člověka** (řeší se obsah výpovědi, způsob sdělování, neverbální chování, emoce apod.)
- **Verbální kritéria věrohodné výpovědi:** kritérium reality, struktury výpovědi, fantazijní produkce, detaily, originalita, nepochopení děje, asociace, konstantnost výpovědi, servilnost k vyslychajícímu, přidrzelost, stereotypní opakování
- **Výslech = nejstarší metoda kriminální psychologie**
- V současnosti nesmí být čl. k výpovědi donucen, nesmíme je konfrontovat s důkazy, kt. neexistují, prezentovat můžeme pouze ty důkazy, kt. reálně existují
- **Lež je sankciována = křivá výpověď je trestný čin!**

Fabulace: vědomé uvádění nepravdivých skutečností svědkem/ obviněným/ odsouzeným s cílem získat v trestním konání procesní výhodu (např. podezřelý se nestane obviněným)

Konfabulace: čl. vypovídá nepřesně, ale nevědomě (na základě špatného vnímání; organické poruchy, nedostatečná kapacita paměti, porucha v udržení či vybavení paměti)

- **Fabulaci posuzuje psycholog, konfabulaci psychiatr**

Nepřičetnost: Psychiatři posuzují nepřičetnost v souvislosti s trestní odpovědností => přičetná osoba je trestně zodpovědná => epřičetná (musí být nepřičetná v době konání činu) není trestně zodpovědná

- stačí, když je narušená 1 ze složek (*konativní:* volní složka nebo *ovládací:* zda pachatel rozuměl, že jeho čin bude sankciován) a čl. se stává nepřičetným
- neurotický čl. není nepřičetný – neuroza nebere náhled; psychotik není trestně zodpovědný, když v čase spáchaného skutku nebyl schopný rozpoznat/ovládat své chování, ale když byl pod vlivem medikace a věděl, co dělá, tak nebyl nepřičetný

Simulace: příznaky jsou hrané s cílem získat jistou výhodu (lidé s vyšším IQ jsou lepší simulanti)

Disimulace: zakrývání skutečných příznaků (smyslové vady, psychické poruchy)

Agravace: záměrné zhoršování existujících příznaků

Účelová výpověď: lživá výpověď s nějakým cílem (výhoda, kterou mi to může přinést) => předem připravená nebo spontánní (předem nepřipravená)

Psychologická kontaminace: osoba mohla být ovlivněna jinou, jak má vypovídat (ne/úmyslně)

VYŠETŘENÍ OBECNÉ VĚROHODNOSTI

- Standardizované metody (Wechsler,..) + dotazníky + projektivní metody
- Při výslechu dítěte požívat jen slova, které dítě zná! (např. dítě používá slovo „kokot“, používáme ho taky, neovlivňujeme dítě slovem „penis“, nemusí vědět, co to znamená)
- U dětí třeba vyžádat potvrzení ze školy (např. je podstatné, když má nějakou poruchu učení)
- vliv také environmentálního prostředí (např. ve tmě člověk hůře vidí, snižuje se věrohodnost)
- vliv má i psychický, fyzický stav, předešlá zkušenost, věk, ...
- často se chybně posuzuje uhýbání pohledem za projev lhaní, ale jedná se o normální součást konverzace (pauza v komunikaci)

Východiska pro vědecké zkoumání věrohodnosti a lži

- Filozofická
- Biologická: nevíme, jaké oblasti mozku zodpovídají za lhaní, úroveň lži souvisí s myšlením
- Psychologické: př. socializační vlivy ovlivňují lhaní dítěte také v dospělosti

Všeobecně-psychologické hledisko

Specifické projevy lhaní se odrážejí v jednotlivých psych. procesech:

- **myšlení:** flexibilita myšlení – pohotově odpovídá na otázku takovou odpovědí, aby byla uvěřitelná (příběh, kt. má začátek, vyvrcholení a konec) => pro dobrou lživost musí být dobré **konvergentní i divergentní** => když člověk lže cítí vyšší úzkost, což narušuje myšlení
- **řeč:** projevuje se v ní myšlení, všimáme si úrovně odborných výrazů (př. dítě používá taková slova, kt. nejsou v jeho věku běžná/používá stejná slova či věty jako rodič – pravděpodobně bylo ovlivněné, jak má odpovídat) => osoba, která přemýšlí nad odpověďmi (nemusí vyloženě lhát) = větší reakční čas odpovědi = je zaskočený, větší kognitivní zátěž, musí přemýšlet, aby jeho další výpověď zapadala do dříve uvedených projevů, čímž se zpomaluje řečový projev,..
- **paměť a pozornost:** když člověk vypovídá pravdivě, tak většinou sekvenčně + je schopný také vypovídat nesequenčně (počítá se také s fluktuací pozornosti v průběhu času) => lhář je schopen vypovídat sekvenčně, ale těžší je sch. nesequenčního myšlení (nesequenční = události nevypráví chronologicky => většinou znakem pravdivé odpovědi, překvapení lháře: ať vypovídá od konce
- **emoce**
- **představitost**

Sociálně-psychologické hledisko: porovnáváme indikátor lhavosti

- situační x osobní faktory pro hodnocení lhavosti

Komponenty výpovědi: jádro události + periferní informace (co před, po) – doplňují jádro události

TŘI DIMENZE VÝPOVĚDI

- **fyzilogický kontext:** fyziolog. pochody (bušilo mi srdce, třásl se mi ruce)
- **psychologický kontext:** poukazuje na stupeň nebezpečnosti situace (čím větší psycholog. kontext, tím větší nebezpečí) => jak se člověk cítil
 - o 2 roviny: **rozumová** (jak přemýšlel) a **citová** (co prožíval)
- **environmentální kontext:** čl. je schopen ukotvit událost do urč. prostoru

Ve výpovědi by se měly objevit všechny 3 dimenze => pak konstatujeme pravděpodobnost závěr!

LHANÍ = uvádění událostí, kt. se částečně/úplně liší od skutečných událostí; přítomný náhled (hodnotí, uvědomuje si příčiny a následky)

- Lež dělíme na úmyslnou = vědomou X neúmyslnou = nevědomou (neví, že sdělované informace nejsou pravdivé)
- Lež: jako prostředek k získání výhody, motivované vyhnout se úzkosti, prostředek k zabezpečení výhody jiné osobě, jako kompliment

Tři úrovně lhaní:

- **Falzifikace:** aktivní, výpověď se liší (bez základů skutečnosti), u lidí jednoduché osobnosti
- **Distorze:** aktivní, pravdivá výpověď doplněná urč. fabulacemi (čl. si uvědomuje, že vyšetřovatelé již mají nějaké info, proto si vymýšlí jen něco, aby je odvedl na jinou cestu), hůře rozpoznatelná než falzifikace

- **Zatajení/blokování informací:** čl. vypovídá jen selektivně, pasivní => je těžké dokázat, že se jedná o zatajování a ne př. o neuvědoměle nevyřčené nebo nesdělení zásadní informace

EXTRALINGVISTICKÁ KOMUNIKACE PŘI LŽI

- sebedotýkání gestikulace a ilustrované pohyby (žena, která byla týrána si často šahá na oblast, kde dříve cítila bolest/kde ji udeřil, aniž by si to uvědomila)
- pohyby rukou, prstů (poklepávání, náznak nervozity), nohou (podupávání – náznak nervozity)
- pohyby hlavy (trhavé pohyby – náznak histriónské os.)
- pohyby trupu (přibližování a odtahování, budíme tenzi u podezřelé osoby – není zakázané)
- proxemické charakteristiky
- chyby v řeči: zvukové distorze (dítě zřejmě použilo projev, který není zvládnutý)
- projevy váhání řeči, výška hlasu (s vyšším napětím máme vyšší hlas), rychlost řeči, latence (čas mezi položenou otázkou a odpovědí, někdy freezing neboli zamrznutí), frekvence výskytu pauz v řeči (typické u obětí), časové trvání pauz v řeči

Je třeba se rozdílně chovat k podezřelému a ke svědkovi a k poškozené osobě

Sedm verbálních projevů (třeba brát s rezervou = nemusí znamenat, že vyslýchaný lže)

- negativní výroky (vypovídá o postoji čl. k dané osobě)
- relevantní odpovědi (neodbočují od tématu)
- irelevantní info
- výroky v 1. os. (když jsem sit. zažil, budu ji vztahovat k sobě: znak pravdomluvnosti)
- výroky ve 3. osobě se snaží naopak od události distancovat
- hyper-generalizace
- délka odpovědi

Lidé mají tendenci věřit tomu, co jim lidé říkají = **předpojatost k pravdě** = „Truth bias“

Policisté **předpojatí k nepravdě** = „Lie bias“ (nežádoucí jev, problémy v osob. životě, součást prac. deformace)

PORUCHY S FORENZNÍM VÝZNAMEM = Disociální porucha osobnosti, Alkoholismus a závislosti, Organické poruchy a poruchy intelektu, Psychotické poruchy

Druhy právní odpovědnosti (častěji subjektivní, objektivní spíše výjimkou)

- **subjektivní:** odpovědnost za zavinění a porušení právní odpovědnosti (**jednání**)
 - o **EXKULPACE** = **vyvinění**: prokázání, že subjekt nezavinil újmy i přes to, že jsou splněny všechny předpoklady odpovědnosti (prokázání, že nešlo o zavinění)
- **objektivní:** odpovědnost za protiprávní stav, událost (za **následek**), př. odpovědnost za vady na zboží, které vznikly nezávisle na zavinění zhotovitele, ale i mimo zavinění objednavatele => tedy odpovědnost za škodlivé následky bez ohledu na zavinění (stanovuje právní předpis)
 - o **LIBERACE** = **zproštění, zmírnění** odpovědnosti: i přes splnění předpokladů k objektivní odpovědnosti, podle stanovených liberačních důvodů => u případů kriminální činnosti, ke které prokazatelně došlo pod vlivem psychické poruchy (psychotický proces, bludy, halucinace...), nevztahuje se na tr. činy pod vlivem drog

DALŠÍ PŘÍKLADY:

- **Nezvládnutý afekt**
 - o stav ležící mezi normálním a patickým afektem
 - o člověk je vědom toho, co dělá, ale svému jednání není prakticky schopen zabránit
 - o „afektivní tunel“: potlačení větší části reality, setrvání v nastoupeném jednání

Nabízí se závěr, že v době klasifikačních systémů by mělo platit, že většina trestných činů spáchaných v afektu, by měla být posuzována bez snížení ovládacích schopností => mělo by dojít k rozlišení, zda došlo ke zločinu v rámci afektu prostého, nebo v rámci afektu patického (spojen s kvalitativní poruchou vědomí)

- neměl by být používán pojem "nezvládnutý ani nezvládnutelný afekt"
- všichni zainteresovaní (především znalci psychiatrie) by měli vědět, že jde o přechod mezi prostým a patickým (často neostřý, obtížně prokazatelný)
- velmi obtížná detekce (úkol forenzní psychiatrie)

- kvantifikace afektu prostého (v kontextu kriminálních deliktů) dosud čeká na nezpochybnitelné vymezení (jeli to ovšem vůbec možné), všeobecně přijatelné terminologické označení pro různé stupně afektu prostého a dosud ještě ne patického