

I-810

MASARYKOVA UNIVERZITA

fakulta filozofická



1000244439

Uvedení psychologa do psychiatrické léčebny

Hugo ŠIROKÝ za kolektiv

Brno 1993

MASARYKOVA UNIVERSITA V BRNĚ

FAKULTA FILOSOFICKÁ - PSYCHOLOGICKÝ ÚSTAV

UVEDENÍ PSYCHOLOGA DO PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNY

HUGO ŠIROKÝ a kol.



Brno 1993

Hugo Široký a kol., Masarykova univerzita, Brno, 1993

ISBN 80-110-8117-2

46851

I-810

MASARYKOVA UNIVERZITA V BRNĚ

FAKULTA FILOSOFICKÁ - PSYCHOLOGICKÝ ÚSTAV

NÁRODNÍ KNIHOVNA

RF A 23 426

Rezervní fond

Národní knihovna ČR



I-810

h 2227/95

VYRAZENO

© Hugo Široký za kol., Masarykova univerzita, Brno, 1969

ISBN 80-210-0719-2

Učební texty Uvedení psychologa do psychiatrické léčebny zpracované kolektivem lékařů a psychologů Psychiatrické léčebny ve Sternberku pod vedením PhDr. Huga Širokého vycházejí podruhé až po dvacetitříleté přestávce, aby byly znovu zasvěceným a moudrým průvodcem studentům psychologie na jejich stážích.

Přesto, že od jejich napsání uplynula dlouhá doba, předkládáme je v původní verzi, abychom nenarušili osobitou koncepci autorského kolektivu, a také proto, že studenti se během stáží v psychiatrické léčebně ještě stále budou setkávat s obdobnými léčebně organizačními podmínkami, jak jsou popsány ve skriptech. Nová koncepce léčebné péče se teprve pracně rodí a uplyne ještě nějaká doba, než se projeví v praxi.

Didakticky zvlášt^ě cenná a originální je kapitola manželů Širokých "Setkání s psychiatrickým chorobopisem a orientace psychologického vyšetření" s apelem na psychologický přístup ke studiu chorobopisů, jehož východiskem je č l o v ě k v n e m o c i, zatímco medicínským východiskem je n e m o c č l o v ě k a. Psycholog může být ve zdravotnictví nejprospěšnější nikoliv snahou suplovat úkoly lékaře, ale využitím rozsáhlých možností vlastního specifického přístupu.

Předkládané učební texty vycházejí s laskavým svolením PhDr. Hany Široké při příležitosti letošního 20. výročí tragické smrti PhDr. Huga Širokého, vedoucího psychologa Psychiatrické léčebny ve Sternberku a odborného asistenta katedry psychologie filosofické fakulty Masarykovy university v Brně.

V Brně dne 11. srpna 1992

PhDr. Věra Machů

V současné době je o nás psychiatrická péče poskytována v ambulantních a lůžkových zařízeních. Téměř ve všech okresech pracují již v ambulanci psychiatři, někde i pedopsychiatri. Zatímco ambulantní psychiatrická péče se podstatněji rozvíjela teprve v posledních letech, se lůžková péče v psychiatrických léčebnách již mnohletou tradicí. Většina našich vězeňských léčeben byla budována na přelomu století; to se ovšem odráží na jejich stavbě a uspořádání. Část škola psychiatrických léčeben v posledních letech desetiletích přebírají vznikající lůžkové psychiatrické oddělení při všeobecných nemocnicích.

Skutečnost je však taková, že psychiatrická léčebna nejen slouží podstatně častěji lůžkové péči, ale také v mnohých případech plní psy-

ZÁKLADNÍ ORGANIZAČNÍ A PRÁVNÍ OTÁZKY PSYCHIATRICKÉ SLUŽBY

2. PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA A JEJÍ ORGANIZAČNÍ ČLENĚNÍ

Psychiatrická léčebna jsou ústředním místem diagnostiky, léčby a posuzování duševních onemocnění, veškeré péče a výchovné, výchovně-výchovné a výchovně-výchovné péče. Plní úkoly výchovně-výchovné péče a provádějí v tomto směru dlouhodobé datovní léčby a výchovně-výchovné péče duševně nemocných, převážně duševně nemocných /psychopati/, nemocných s duševně nemocných /psychopati/.

Psychiatrická léčebna jsou organizována a) jako oddělení, b) společně s ostatními odděleními v rámci všeobecných nemocnic, c) jako samostatné technické služby.

Léčebny tvoří oddělení: a) diagnostické, b) léčebné, c) výchovně-výchovné, d) výchovně-výchovné, e) výchovně-výchovné, f) výchovně-výchovné, g) výchovně-výchovné, h) výchovně-výchovné, i) výchovně-výchovné, j) výchovně-výchovné, k) výchovně-výchovné, l) výchovně-výchovné, m) výchovně-výchovné, n) výchovně-výchovné, o) výchovně-výchovné, p) výchovně-výchovné, q) výchovně-výchovné, r) výchovně-výchovné, s) výchovně-výchovné, t) výchovně-výchovné, u) výchovně-výchovné, v) výchovně-výchovné, w) výchovně-výchovné, x) výchovně-výchovné, y) výchovně-výchovné, z) výchovně-výchovné.

Obsah :

1. Zajišťování psychiatrické péče	7
2. Psychiatrická léčebna a její členění	7
3. Další formy psychiatrické péče	8
4. Přijetí do psychiatrické léčebny	10
5. Pobyť v psychiatrické léčebně a propuštění	12
6. Odpovědnost za psychicky nemocné	13
7. Povinnost pracovníků ve zdravotnictví	13
8. Zbavení způsobilosti k právnímu jednání	15
9. Trestní odpovědnost a přičetnost	17

1. ZAJIŠTĚNÍ PSYCHIATRICKÉ PÉČE

V současné době je u nás psychiatrická péče zajišťována v ambulantních a lůžkových zařízeních. Téměř ve všech okresech pracuje již v ambulanci psychiatr, někde i pedopsychiatr. Zatímco ambulantní psychiatrická péče se podstatněji rozvíjela teprve v posledních letech, má lůžková péče v psychiatrických léčebnách již mnoholetou tradici. Většina našich větších léčeben byla budována na přelomu století; to se ovšem odráží na jejich stavebním uspořádání. Část úkolů psychiatrických léčeben v posledních dvou desetiletích přebírají vznikající lůžková psychiatrická oddělení při všeobecných nemocnicích.

Skutečnost je však taková, že psychiatrickým léčebnám nejen zůstává podstatná část lůžkové péče, ale rozšiřuje se navíc o úkoly, které nestačí plnit psychiatrické oddělení při nemocnicích vyššího typu.

2. PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA A JEJÍ ORGANIZAČNÍ ČLENĚNÍ

Psychiatrické léčebny jsou určeny pro diagnostiku, léčení a posuzování duševních onemocnění, vad a úchylek obyvatelstva odpovídajícího spádového území. Plní úkoly odborného léčebného ústavu a provádějí v tomto smyslu dlouhodobé ústavní léčení a ošetřování osob duševně nemocných, povahově úchylných /psychopatů/, narkomanů a jinak psychicky postižených.

Psychiatrická léčebna je členěna na a) lůžková oddělení, b) společná zařízení vyšetřovací a léčebná a c) úsek hospodářsko-technických služeb.

Léčebny mívají tato lůžková oddělení: diagnosticko-léčebná s úsekem přijímacím, oddělení pro dlouhodobou léčbu, oddělení pro nemocné současně postižené tělesnými chorobami /interními aj./ - tzv. somatická oddělení, gerontopsychiatrická - pro ošetřování psychických poruch ve stáří, dětská a dorostová oddělení, oddělení protialkoholické. Některé větší léčebny mají i speciální oddělení pro tuberkulózní nemocné, případně pro další infekčně nemocné a bacilonosiče. V středních a menších léčebnách nejsou ovšem všechna uvedená oddělení samostatně vyčleněna. V poslední době se zřizují oddělení koedukovaná, určená současně pro mužské i ženské pacienty. Některá oddělení léčebny, tzv. otevřená, poskytují nemocným celkem volný pohyb v areálu léčebny, jiná oddělení jsou polozavřená či uzavřená, s větším či menším omezením pohybu nemocných mimo prostor oddělení. Snahou moderní psychiatrie je vytvářet co největší počet oddělení otevřených.

Ke společným zařízením vyšetřovacím a léčebným patří především oddělení rehabilitační, které mívá úsek fyziatrický, úsek léčby prací a léčebné tělesné výchovy /náplň práce těchto úseků je probírána v samostatných kapitolách/.

K dalším významným složkám patří ústřední laboratoře, rtg. oddělení, prosektura, odborné konsiliární služby /interní, gynekologické, neurologické/.

ké, stomatologické, oční, ORL aj./, psychologická pracoviště či laboratoř, oddělení sociální služby^{x)} a další.

Z úseku hospodářsko-technického zmíníme jen úsek ekonomický, dopravní, kuchyň, prádelnu, kotelnu, dílny, zahradnictví a jiná potřebná zařízení.

V čele psychiatrické léčebny stojí ředitel, v čele hospodářsko-technického úseku správce, za jednotlivá oddělení zodpovídají primáři, za vedení středních a nižších zdravotníků v ústavu odpovídá vedoucí ošetřovatel či sestra /dříve "hlavní"/, na jednotlivých odděleních vrchní ošetřovatelé či sestry. Mimo to jsou některé sestry pověřeny zodpovědností za inventář stanice /"staniční"/.

Práce na psychiatrii je hodnocena jako velmi obtížná, málo atraktivní a náročná a proto zdravotničtí pracovníci v léčebnách mají některé výhody, například týden dodatkové dovolené, zařazení do druhé důchodové kategorie a zvláštní příplatky k základnímu platu, v současné době se pohybující mezi 100,- Kčs a 500,- Kčs.

Přesto všechno není dosud práce na psychiatrii dostatečně společností oceňována, bude nutno i nadále prosazovat oprávněné požadavky nejen pro zaměstnance, nýbrž zejména pro naše nemocné /nahrazení zaostalých, málo vyhovujících budov, odstranění přeloženosti léčeben, výměnu nemoderního vybavení aj./.

3. DALŠÍ FORMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE

Patří k nim záchytné stanice, psychiatrická denní a noční sanatoria a léčebně výrobní dílny.

Z á c h y t n á s t a n i c e

Je určena pro ošetření opilých osob, zřízení a činnost je upravena instr. min. zdrav. 313/1954 Sb. instr. Pobyť v záchytné stanici není považován za hospitalisaci a ošetřený není uznán práce neschopným /pokud je tedy zachycen v pracovní době, má neomluvenou absenci v zaměstnání/ a hradí si

x) Oddělení sociální služby či " s o c i á l n í o d d ě l e n í " je důležitým mediátorem mezi léčebnou a různými institucemi. Současně představuje prodlouženou ruku diagnostika v terénu. S o c i á l n í p r a - c o v n í c e mají základní úkoly dvojího druhu:

- a) získávají informace o pacientovi v terénu či zprostředkují alespoň korespondenci v tomto smyslu s osobami, schopnými informace poskytnout /viz oddíl o sociálně psychologické práci v kapitole "Seznámení s psychiatrickým chorobopisem a orientace psychologického vyšetření"/.
- b) zajišťují příslušná sociální opatření jednáním s příslušnými institucemi /MNV, soudy, důchodové zabezpečení, umístění v domově důchodců, bytové otázky atd./.

sám veškeré výlohy za dopravu a ošetření. Pobyt v záchytné stanici trvá zpravidla 8-12 hodin i déle, dle stupně opilosti. Záchytné stanice jsou zřizovány buď samostatně, nebo přidružovány k lůžkovým zařízením, hlavně protialkoholním.

Psychiatrická denní a noční sanatoria

Jde o novější formu psychiatrické péče. Jejich zřizování a provoz je upraven směrnicí č. 43/1964 Věstníku MZd. Denní sanatorium je zřizováno pro denní pobyt nemocných k urychlení jejich rehabilitace a resocialisace, při čemž zbývající část dne a noc tráví nemocný ve svém běžném životním prostředí /u rodiny atp./. Jeho úkoly jsou: léčba nemocných nevyžadujících přímo lůžkové péče, doléčování po propuštění z lůžkového zařízení, posudková činnost a poskytování sociálně právní pomoci. Nemocní v denním sanatoriu jsou uznáni práce neschopnými a mají nárok na nemocenské dávky, pokud jsou v pracovním poměru. Pobyť a strava v denním sanatoriu jsou bezplatné.

Je zřejmé, že denní sanatoria lze zřizovat jen ve větších městech, kde nalezneme dostatečný počet indikací. Zřízení těchto zařízení je výhodné i pro děti; skýtá možnost školní výuky.

Noční sanatorium slouží naopak výhradně pro noční pobyt nemocného, který přes den je ve svém běžném životním prostředí, pracuje ve svém zaměstnání. Tím je umožněno i práce schopnému nemocnému zachovávat potřebný léčebný režim v domácím prostředí neuskutečnitelný. Úkolem nočního sanatoria je doléčování nemocných propuštěných z psychiatrických zařízení, především práce schopných, jakož i péče o nemocné, kteří nemají vhodné sociální podmínky; rovněž poskytování sociálně právní pomoci. Pobyť a léčba v nočním sanatoriu jsou bezplatné, strava je poskytována za přiměřenou náhradu.

Jde o zařízení, které lze s výhodou zřizovat při psychiatrických léčebnách; umožňuje plynulejší přechod nemocných do normálního života. Zdá se, že význam této formy psychiatrické péče do budoucna dále poroste v péči o psychotiky i pro některé formy alkoholismu atd.

Léčebné výrobní dílny

Jejich zřizování dosud mnoho nepokročilo a jsou budovány zatím jen ojedinele pochopením některých podniků. Jde o speciální dílny pro psychicky nemocné, se zvláštním pracovním režimem a zdravotnickým dozorem. I tento způsob psychiatrické péče by zasluhoval větší propagace, umožnil by začlenit do zaměstnání mnoho dosud nepracujících nemocných, a tím i jejich lepší socialisaci.

Všechny shora popsané formy psychiatrické péče jsou jistě významnou součástí dosavadního systému, přece však patrně zůstanou jen doplňkovou péčí a nenahradí možnosti komplexního vyšetření a léčení v průběhu řádné psychiatrické hospitalisace.

4. PŘIJETÍ DO PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNY /na psychiatrické oddělení nemocnice/

Do psychiatrické léčebny či na psychiatrické oddělení nemocnice může být nemocný přijat celkem paterým způsobem:

a) Dobrovolný vstup x)

Nemocný se sám rozhodne, že potřebuje léčbu v psychiatrickém zařízení, případně zcela dobrovolně a bez nátlaku s návrhem této léčby souhlasí. V takovém případě je nutno, aby před dvěma svědky podepsal prohlášení, že vstupuje do léčebny dobrovolně. Je-li zbaven způsobilosti k právnímu jednání podpisuje takové prohlášení opatrovník, u dětí do 15 let rodiče nebo zákonní zástupci, u mladistvých od 15 do 18 let podepisují jak rodiče nebo zákonní zástupci, tak sami mladiství. Je pochopitelné, že takový dobrovolný vstup může být nemocným kdykoliv odvolán a pak je nutno pacienta buď propustit nebo postupovat dle možnosti uvedené sub b).

Když se nemocný sám rozhodne pro léčbu nebo s ní souhlasí, je nejpriznivější konstelace pro celou léčbu. Dobrovolně vstupují do léčebny většinou nemocní neurosami, někdy psychopatií, část alkoholiků a část nemocných s lehčími formami psychos. Pacientovi, který není schopen v dané chvíli o sobě rozhodovat /např. je v bezvědomí/ nebo o němž je zřejmé, že obsahu reversu nerozumí, revers jistě nebudeme dávat podpisovat.

b) Ústavní péče bez souhlasu nemocného

Je upravena §§ 23 a 24 zák.č. 20/1966 - zákona o péči o zdraví lidu. Do psychiatrické léčebny můžeme nemocného bez jeho souhlasu převzít jen tehdy, ohrožuje-li vzhledem ke svému zdravotnímu stavu své okolí nebo jestliže nemocný stížený duševní poruchou ohrožuje sebe /např. sebevražednými tendencemi, či pokusem/. Nemocného můžeme takto přijmout i tehdy, není-li možno si jeho souhlas vyžádat /např. pro bezvědomí/. Takové přijetí, tj. zadržení nemocného bez jeho souhlasu, nutno hlásit do 48 hodin nadřízenému národnímu výboru. Vzniknou-li u národního výboru, u pacienta či jeho opatrovníka nebo u léčebného ústavu pochybnosti o důvodnosti zadržení, zahájí se tzv. p ř e z k u m n é ř í z e n í, kde se vyžádá stanovisko MNV dle místa bydliště, znalecký posudek nezaujatých psychiatrů /zpravidla primářů sousedních léčeben/ a zadržení se buď potvrdí nebo zruší. Proti tomuto rozhodnutí lze ještě podat námitky u příslušného okresního soudu.

Přezkum je vyprovokován manželem starší ženy, který ji sám dal do ústavního léčení pro obtížnost domácího ošetřování. Dle dosavadních předpisů se u hospitalisovaných nemocných zastavuje důchod po 2 měsících pobytu v léčebně a proto žádá manžel její propuštění domů. Bylo však zcela zřejmé, že se sám o ni nedoveče postarat, že žena bloudila po vesnici, že hrozilo opakovaně nebezpečí vážnějšího úrazu. V přezkumném řízení bylo zadržení potvrzeno.

x)

viz přílohu VII

Většina přijímaných vstupuje do léčebny shora popsaným způsobem, k přeskumnému řízení dle současné praxe dochází výjimečně. Bez vlastního souhlasu jsou zpravidla přijímáni nemocní těžšími psychosami bez náhledu chorobnosti, demenční nemocní, i někteří pacienti po sebevražedném pokusu a jiní.

Po zlepšení stavu může být nemocný kdykoliv lékařem propuštěn domů.

c) Ochranná léčba

Je ukládána trestním senátem soudu u takových nemocných, kteří se dopustili trestných činů, nejsou však pro nepřičetnost trestně odpovědní a jejich pobyt na svobodě je pro duševní chorobu nebo poruchu nebezpečný. Může být uložena i zmenšeně přičetným pachatelům, např. některým oligofrenikům a psychopatům vedle nebo i místo trestu /§ 72 tr.zákona/.

Ochranná léčba má význam pro nemocného samého a současně je i ochranou společnosti před nepřičetným pachatelem. Zvláštním druhem je ochranná protialkoholní léčba, která však může být uložena jen pokud se pachatel dopustil trestného činu v opilosti.

Z ochranné léčby může nemocného propustit pouze soud, "jestliže pomínou okolnosti, pro něž bylo léčení uloženo", zejména tedy, zlepší-li se zdravotní stav nemocného. Je zřejmé, že dobu léčby nelze předem určit.

Ochranná léčba je uložena matce, která v depresivní dosud trvající psychosě zabila své několikaměsíční dítě.

Schizofrenní nemocný se dopouští opěťovaných agresí vůči svým sousedům, některé zraní. Je uznán nepřičetným a uloženo ochranné léčení.

Ochranné léčení je rovněž uloženo demenčnímu nemocnému vyššího věku, který sexuálně zneužívá nezletilé děti sousedů.

d) Pozorování v ústavu za účelem vyšetření duševního stavu

Provádí se u osob obviněných z trestního činu, "nelze-li duševní stav vyšetřit jinak" /§ 116 trestního řádu/. Duševní stav obviněných se jinak vyšetřuje zpravidla ambulantně, u složitějších případů a tam, kde nelze dojít ambulantním vyšetřením k závěru, je vhodná hospitalisace a přímé pozorování znalci na psychiatrickém oddělení. Takové pozorování může nařídít soud, prokurátor nebo i vyšetřovatel se souhlasem prokurátora. Vyšetření nemá trvat déle než 2 měsíce. Pouze v odůvodněných případech může orgán, který vyšetření nařídil, tuto lhůtu na návrh znalců prodloužit o 1 měsíc.

Tohoto způsobu vyšetření se zpravidla používá jen při závažnější trestní činnosti, vzbuzující důvodné podezření na duševní chorobu nebo poruchu.

U pachatele násilného tr. činu nebylo možno rozhodnout ambulantním vyšetřením, zda jde skutečně o paranoidní symptomatologii, či zda vyšetřovaný jen předstírá. Ústavním pozorováním zjištěna paranoia a vyšetřený uznán nepřičetným, doporučena ochranná léčba.

e) Léčení alkoholiků v psychiatrické léčebně na výměr ONV

Ukládá je ONV zpravidla na návrh protialkoholní poradny, těm, kteří se řádně neléčí nebo kde nestačí ambulantní léčení. Dobu léčení určuje ONV na návrh zdravotnického zařízení /§ 13 zák. 120/1962 Sb. o boji proti alkoholismu/.



Léčba alkoholiků na výměr má obyčejně horší prognosu než léčba dobrovolná. K nucené léčbě se uchylujeme, nedá-li se pacient /žádným způsobem/ přimět k protialkoholní léčbě a dalším požíváním alkoholu vážně poškozuje své zdraví a společnost.

Alkoholik v značně pokročilém rozvoji alkoholismu se ve stavech opilosti dopouští drobných výtržností, bije ženu, ohrožuje svým chováním výchovu nezletilých dětí, dosud se však nedopustil trestního činu. V práci má četné absence, objevují se typické alkoholové povahové změny. Sám však nutnost léčby neuznává a musí být použito výměru.

Do které psychiatrické léčebny má být nemocný přijat, je stanoveno směrnici 18 Věstníku MZd částka 12-13 ze dne 22. května 1963 /Stanovení spádových území psychiatrických léčeben a některých psychiatrických oddělení nemocnic/.

Obecně jest přijímání pacientů upraveno instrukcí ministerstva zdravotnictví č. 28/1962 Věstníku min. zdravotnictví. Nemocný přijímaný do psychiatrické léčebny /mimo případy, kdy hrozí nebezpečí z prodlení/ by měl mít řádné lékařské doporučení tzv. parere, obsahující, mimo spolehlivě zjištěné nationale, výstižný popis příznaků choroby a důvod přijetí /na příklad, že je nebezpečný pro své okolí svou agresivitou apod./ . Při přijetí do léčebny neopomineme pečlivě zjistit totožnost přijaté osoby, ve sporných případech konzultujeme příslušné oddělení VB. Není totiž výjimkou, že se do léčebny vetře hledaný podvodník a podobně.

5. POBYT V PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNĚ A PROPUSTĚNÍ

Během pobytu v léčebně jsou nemocní povinni dodržovat domácí řád /obsahuje řadu pokynů pro nemocné, vyhlašuje návštěvní dny, dobu vycházek v areálu ústavu, doby hlavních jídel a další/. Vycházka mimo areál ústavu nebo dovolenka domů je dle zdravotního stavu nemocného povolována zásadně jen lékařem. U nemocných na uzavřených odděleních, kde by hrozilo eventuální nebezpečí poranění, je nutné kontrolovat /vždy za přítomnosti nemocného/ obsah jejich balíčků, zda neobsahují nůž či jiné nebezpečné předměty. Musí se tak dít způsobem taktním a nijak neurážejícím nemocné, nejlépe, když nemocný sám za přítomnosti ošetřovatele otvírá své balíčky.

U nemocných, kteří obtěžují svými písemnostmi zjevně chorobného obsahu příbuzné, známé, případně nejrůznější úřady a instituce, provádíme rovněž nenápadnou kontrolu jejich korespondence a vysloveně nevhodnou korespondenci zadržíme a uložíme do chorobopisu nemocného. Zásadně však nezadržujeme kterékoliv přípisy určené prokuratuře či soudu nebo nadřízenému národnímu výboru.

Po provedeném vyšetření nebo léčení a zpravidla po zlepšení zdravotního stavu je nemocný z psychiatrického zařízení propuštěn. Nemocné částečně či úplně zbavené způsobilosti k právnímu jednání propouštíme pokud možno do rukou opatrovníka nebo alespoň s jeho vědomím. I u jiných nemocných je při propuštění záhodno promluvit o zdravotním stavu pacienta s nejbližšími příbuznými a poskytnout jim rady, jak mají o nemocného pečovat. Nemocného vždy vybavíme léky pro prvé dny pobytu doma. Propuštěné nemocné předáváme do dalšího ošetřování obvodním či závodním lékařům a příslušným psychiatrickým ambulancím.

U některých nemocných může dojít k předčasnému propuštění z ústavního ošetřování proti radě lékaře, na revers podepsaný buď nemocným, nebo u zba-vených způsobilosti k právnímu jednání, jeho opatrovníkem. Ani na revers však nelze propustit nemocné nebezpečné pro sebe nebo své okolí.

6. ODPOVĚDNOST ZA PSYCHICKY NEMOCNÉ

Odpovědnost za škodu způsobenou těmi, kteří nemohou posoudit následky svého jednání /a k takovým patří podstatná část našich nemocných/ je stanovena § 422 zák. 40/1964 Sb. Není-li ten, kdo způsobí škodu, pro duševní poruchu schopen ovládat své jednání nebo posoudit jeho následky, odpovídá za škodu ten, kdo je povinen vykonávat nad ním dohled.

Jestliže takový pacient během hospitalisace způsobí škodu, je organizace /léčebna/ zproštěna povinnosti náhrady jen tehdy, prokáže-li, že nezanedbávala náležitý dohled. Jednotliví pracovníci léčebny, pověřeni dohledem sice podle zák. 40/1964 Sb. za vzniklou škodu neodpovídají, ale nesou odpovědnost vůči zaměstnavateli dle pracovních právních předpisů. Touto cestou mohou být postiženi.

Důkazní břemeno tedy leží na organizaci. Dle občanského zákona musí při vzniklé škodě, způsobené pacientem za uvedených kautel, prokázat, že nezanedbávala náležitý dohled, pokud to neprokáže, musí vzniklou škodu hradit. Naopak dle zákoníku práce /zák.č. 65/1965 Sb./ § 172 musela by v takovém případě léčebna prokázat pracovníkovo zavinění, aby mohla po něm požadovat náhradu škody až do výše tříměsíčního průměrného výdělku pracovníka.

Podobná situace vzniká v případech, kdy je nemocnému během léčby způsobena škoda /např. léčebná nehoda, úraz aj./. Důkazní břemeno spočívá opět na organizaci - tj. psychiatrické léčebně, která by musila vůči nemocnému prokázat, že ani při vynaložení veškerého úsilí nemohla škodě zabránit. Vůči svému zaměstnanci, od kterého by požadovala náhradu škody, by opět musila prokázat, že tento škodu zavinil porušením povinností při plnění pracovních úkolů nebo v přímé souvislosti s nimi.

7. POVINNOSTI PRACOVNÍKŮ VE ZDRAVOTNICTVÍ

Podle zákona č. 20/1966 /zákon o zdraví/ patří k povinnostem zdravotnických pracovníků vykonávat svědomitě a pečlivě své povolání, soustavně se vzdělávat a účastnit se příslušných školení, neprodleně poskytovat první pomoc a povinnost zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se pracovník dozví v souvislosti s výkonem svého povolání s výjimkou případů, kdy skutečnost sděluje se souhlasem ošetřované osoby nebo kdy byl této povinnosti zproštěn nadřízeným orgánem v důležitém státním zájmu. Tím ovšem není dotčena povinnost oznamovat určité skutečnosti dle zvláštních předpisů /např. hlášení sebevražd a sebevražedných pokusů, zhoubných nádorů, infekčních nemocí, pohlavních chorob a podobně/.

Bez zproštění nadřízeným orgánem /který ovšem v závažných případech zproštění udělí/ nesmí zdravotník ani svědčit o trestné činnosti pacienta, o které se dověděl v souvislosti s výkonem svého povolání, mimo případy, kdy zdravotnický pracovník je povinen dle obecných předpisů trestný čin oznámit, což taxativně vypočítává § 186 tr. zákona /vlastizrada, rozvracení republiky, teror, záškodnictví, sabotáže, vyzvědačství, ohrožení státního tajemství, padělání a pozměňování peněz, obecné ohrožení, vražda, genocidium/.

Tím spíš je třeba zachovávat povinnou mlčenlivost v případech civilních, zvláště rozvodových. Bez souhlasu pacienta nesmí zdravotník svědčit /u soudu/ a nadřízené úřady nemají v takových případech dávat souhlas k zproštění povinné mlčenlivosti.

Lékař se při vyšetření pacienta dozvěděl o jeho úplné impotenci, později požádán v rozvodové záležitosti o informaci soudem. Pacient sám s podáním informací o svém zdravotním stavu nesouhlasil a ani nadřízený úřad nedal souhlas k zproštění povinné mlčenlivosti a tak lékař s poukazem na zákon č. 20/1966 informace odmítl podat.

Lékař byl požádán o vydání chorobopisného materiálu bezpečnosti, která vyšetřovala pacienta pro vážné podezření z trestného činu vraždy, kterého se měl dopustit brzy po propuštění z psychiatrického zařízení. Se souhlasem nadřízeného úřadu byl celý chorobopisný materiál neprodleně vydán.

Je ovšem nutné informovat příbuzné o zdravotním stavu léčeného pacienta, při tom však nesmí být ohroženy zájmy našeho nemocného. Určitou rezervovanost zachováme vůči manželskému partnerovi nemocného, pokud zjistíme vážné neshody v manželství. Nesdělujeme ani skutečnosti, které by mohly být našemu pacientovi nepříjemné.

Jistě má mladá žena oprávněný zájem, aby jejímu okolí nebylo známo, že má umělý chrup. Nesdělíme ani manželskému partnerovi některé údaje intimního charakteru zjištěné v anamnése u našeho pacienta, nesdělujeme údaje o prodělané pohlavní chorobě atd. Jistě ovšem informujeme nejbližší příbuzné o závažnosti stavu pacienta a podobně.

Velkou opatrnost je nutno zachovat zejména při poskytování telefonických informací, které je nejlépe v nutných případech poskytovat jen velmi všeobecně /"Vašemu manželovi se daří dobře"/ a raději pozvat žadatele k bližšímu osobnímu pohovoru. Strohé, úplné odmítnutí informace by mohlo mít za následek podezření, že něco není v pořádku, že stav pacienta je kritický apod. Vždy je proto třeba vrcholného taktu.

Obezřelost lze doporučit i v běžných hovorech se spolupracovníky. Při odborné výměně zkušeností jsou ovšem všichni účastníci vázáni povinnou mlčenlivostí /odborná školení a semináře, vědecká sdělení/, přesto i v takových případech místo jména nemocného raději použijeme jen iniciál nebo číslo chorobopisů. To vše platí i pro stážující lékaře a psychology, kteří stážují v zdravotnických zařízeních, či zde vypracovávají diplomové práce.

Je třeba zachovávat mlčenlivost i před spolunemocnými. Prozrazení diagnosy i jiných skutečností hrozí třeba při návštěvě u lůžka nemocného za přítomnosti dalších spolunemocných. Při psychotherapeutických skupinových metodách dbáme vždy na to, abychom sami nic o jednotlivých nemocných neozna-

movali, nemocný sám poví skupině, co uzná za vhodné. Spolunemocní totiž žádnou právně závaznou mlčenlivostí vázání nejsou; jejich povinnost mlčet je morální.

Zachování mlčenlivosti je důležité proto, aby nebyla ohrožena důvěra nemocných ve zdravotníky, jinak by se nám nemocní nesvěřovali se svými potížemi, často i s intimitami svého osobního života, se svými osobními tajemstvími, jejichž podrobná znalost je často nutná pro diagnostiku i léčbu psychických onemocnění. A tento společenský zájem je vyšší, než na příklad zájem společnosti na tom, aby v jednotlivém rozvodovém případě byla soudem zjištěna co nejuplněnější fakta. Souhrnem platí: mlčeti zlato

Z ostatních povinností pracovníků ve zdravotnictví je vhodné ještě připomenout odst. 4 § 55 zák. 20/66 o tom, že tito pracovníci kromě dalšího vzdělávání ve svém oboru jsou povinni osvojit si i zdravotnické znalosti v rozsahu potřebném pro výkon své práce.

6. ZBAVENÍ ZPŮSOBILOSTI K PRÁVNÍMU JEDNÁNÍ

U duševně nemocných, kteří "nejsou způsobilí obstarávat si své záležitosti", je v mnoha případech třeba zajistit právní ochranu nemocných, získat osobu, která by pečovala o jejich práva, pomáhala v majetkových záležitostech, při uzavírání a rozvazování pracovního poměru, při uzavírání sňatku či při rozvodech, atp. Jinak by snadno mohlo dojít k poškození zájmů duševně nemocného. V takovém případě soud na návrh např. příbuzných, zdravotnického zařízení, prokuratury, notáře, či jiných institucí, zahájí řízení, v kterém po slyšení odborníka, znalce psychiatra, zbaví občana, který pro duševní poruchu, nikoliv jen přechodnou, není schopen činit právní úkony, způsobilosti k právním úkonům.

Jestliže občan pro duševní poruchu, která není jen přechodná, nebo pro nadměrné používání alkoholických nápojů nebo omamných prostředků, či jedů, je schopen činit jen některé právní úkony, omezí soud jeho způsobilost k právním úkonům a určí rozsah omezení v rozhodnutí /§ 10 a, b, zák. 40/1964 - občanský zákoník/.

Do roku 1964 se používalo termínu úplné či částečné zbavení svéprávnosti, tento termín však někteří komponovaní nemocní těžce snášeli a proto byl nahrazen /mimo jiné důvody/ termínem méně diferentním. Avšak ani nynější úprava /"zbavení"/ nepůsobí na nemocné příznivě a bylo by lépe uvažovat perspektivně o formulaci kladné, která by nemocnému dávala a nebrala, např. o stanovení podpůrce, který pomáhá nemocnému vyřizovat jejich záležitosti, či v jejich zastoupení je vyřizuje.

Při pouhém omezení zbavení způsobilosti k právnímu jednání určuje soud na návrh znalce psychiatra rozsah onoho omezení negativně nebo pozitivně.

Např. "není způsobilý k uzavírání sňatku", "není způsobilý k podávání stížností na úřadech", nebo naopak "není způsobilý ke všem právním úkonům s výjimkou hospodaření s peněžní částkou do výše jednoměsíčního důchodu".

Je samozřejmé, že při zlepšení duševního stavu nemocného může být opět způsobilost k právním úkonům /po novém znaleckém psychiatrickém posudku/ vrácena /§ 10 odst.c.zák. 40/1964 Sb./. Plná způsobilost k právnímu jednání se u občana předpokládá /pokud jí není soudním rozhodnutím zbaven/ po dovršení 18 let nebo po uzavření sňatku před touto věkovou hranicí /§ 8 cit.zákona/.

Zákonným zastupcem zbavených způsobilosti k právnímu jednání je soudem jmenovaný opatrovník, zpravidla nejbližší příbuzný.

Některé nemocné není vhodné seznamovat s rozhodnutím soudu o zbavení způsobilosti k právnímu jednání, protože by to mohlo mít nepříznivý vliv na jejich duševní stav. Tento právní zákrok těžce nesou např. někteří nemocní paranoidní schizofrenií. V takových případech na návrh znalce psychiatra ani soud nemocného se svým rozhodnutím neseznámí. Naproti tomu může mít sám fakt zbavení či omezení způsobilosti k právnímu jednání příznivý vliv na některé alkoholiky a psychopaty.

Mimo jiné dochází ke zbavení způsobilosti k právnímu jednání např. u kverulantů, kteří neustále zahrnují úřady svými namnoze zcela bezdůvodnými stížnostmi.

Starší muž opakovaně podával zcela bezdůvodně žaloby na JZD, MNV, bývalou manželku a jejího druha, kde žádal o náhradu údajně zašantročeného majetku. Celkem podal 15 bezdůvodných žalob, které musel projednat okresní soud, dále 15 odvolání, proti rozhodnutí tohoto soudu, které musil projednat krajský soud. Po znaleckém posudku došlo k omezení způsobilosti k právnímu jednání v případě podávání majetkových žalob /pro psychopatii s paranoidními a kverulačními projevy u primitivní osobnosti/.

K zbavení způsobilosti k právnímu jednání dochází též u nemocných senilní demencí, kde hrozí nebezpečí, že nesvědomitý jedinec by mohl zneužít této choroby pacienta k svému obohacení, např. vynucením závěti, prodeje nemovitostí aj.

70 letá žena bydlila sama v domku, ztrácela paměť, byla chorobně důvěřivá. V přechodné nemoci ji navštívila úplně neznámá cizí žena, která se k stařence nastěhovala. Po 10 denní péči žádala darování domku nebo prodej za minimální cenu. Při psychiatrickém vyšetření byla zjištěna u 70 leté ženy senilní demence a došlo k úplnému zbavení způsobilosti k právnímu jednání.

Je zřejmé, že nezpůsobilí k právnímu jednání jsou i nemocní těžkými psychosami, pokud tyto mají dlouhodobý charakter /není vhodné zavádět řízení u akutně nemocných, kde může během několika měsíců dojít k úpravě/, většina oligofrenií aj.

Nepříjemným praktickým důsledkem nejednou těžce subjektivně pociťovaným, je okolnost, že zbavený způsobilosti k právnímu jednání musí odevzdat občanský průkaz. Řada nemocných se domáhá vrácení způsobilosti k právnímu jednání jen proto, aby mohla mít obč.průkaz. Bude jistě vhodné hledat do budoucna řešení i této svízele.

Souhrnem: zbavení či omezení způsobilosti k právnímu jednání je vhodným prostředkem čelícím poškození dlouhodobě těžce duševně nemocných, bylo

by však třeba omezit peiorativní příděch tohoto právního aktu na minimum.

9. TRESTNÍ ODPOVĚDNOST A PŘÍČETNOST

Oba pojmy uváděné v trestním zákoně /zák.č.140/1961 Sb. ze dne 29.XI.1961/ se často zaměňují a je proto nutné je přesněji definovat.

Trestní odpovědnost je pojem širší, zahrnující soubor podmínek nutných pro uložení trestu. Jde o pojem především právní, ke kterému se nemá lékař ani psycholog vůbec vyjadřovat. Dle § 107 trestního řádu /zák. č. 141/61 Sb. ze dne 29.XI.1961/ nepřísluší znalci řešit právní otázky.

Příčetnost je pojem užší /§ 12 tr.zák./, pro příčetnost pachatele se vyžadují dvě podmínky: schopnost rozpoznat společenskou nebezpečnost svého činu a schopnost ovládat své jednání. Jestliže duševní porucha alespoň jednu z těchto schopností snížila, jde o zmenšenou příčetnost /§ 32 tr. zák./; v případě, že alespoň jedna z těchto schopností je vyloučena, jde o nepříčetnost.

Nepříčetnost pochopitelně vylučuje trestní odpovědnost. Určitou zvláštností nynější úpravy je skutečnost, že ustanovení o nepříčetnosti, či o zmenšené příčetnosti se neužije, když si ji způsobil pachatel sám, buď z nedbalosti, požitím alkoholického nápoje nebo omamného prostředku. Je těžko předpokládat úmysl při těžké alkoholové opilosti. V tomto směru byla šťastnější úprava dřívější, která znala pojem trestného činu opilství, jehož se dopustil pachatel, který se opil, uvedl se tím do stavu nepříčetnosti a dopustil se jiného trestného činu.

Při znaleckém posuzování je třeba vždy zkoumat obě složky příčetnosti a vyjadřovat se o nich. Jistě u explosivního psychopata při agresí vůči jiné osobě může být zmenšena schopnost ovládat své jednání a nedotčena schopnost rozpoznat společenskou nebezpečnost svého činu, naopak u lehčího oligofrenika může být více postižena složka rozpoznávací než ovládací /např. pro tr.čin rozkrádání majetku v socialistickém vlastnictví/.

Při zmenšené příčetnosti či nepříčetnosti se znalci vždy vyjadřují o ochranné léčbě /§ 116 tr. řádu/.

- Výchovně zanedbaný psychopat s podprůměrným intelektem se dopouští majtkové trestné činnosti, vylupuje chaty, prodejny. Uznán schopným rozpoznat společenskou nebezpečnost svého činu a uznán schopným své jednání ovládat.

U staršího muže se rozvíjí paranoidní psychosa s persekucními bludy. V obavě před napadením se dopustí dvojnásobné vraždy. Je uznán neschopen rozpoznat společenskou nebezpečnost trestného činu vraždy a uznán neschopen své jednání ovládat. Bylo doporučeno ochranné léčení.

V trestním řízení dochází někdy též k vyšetření duševního stavu svědků, zda jsou schopni správně vnímat a vypovídat /§ 118 tr. řádu/.

Svědkyňe při výsleších odpovídá nesouvisle a velmi nepřesně, nedovede dobře formulovat. Šlo o tr. řízení pro tr. čin znásilnění. Při znaleckém vyšetření zjištěna u svědkyňe oligofrenie ve stupni střední imbecility a uznána neschopna správně vnímat a vypovídat.

Při posuzování duševního stavu obviněného vypracovávají posudek vždy dva znalci z oboru psychiatrie. Psycholog vystupuje v takových případech buď jako samostatný znalec, nebo může být přizván psychiatry jako znalec-konzultant. Zatímco znalec lékař se zpravidla zabývá otázkami diagnózy, schopnosti rozpoznávací a ovládací, řeší psycholog spíše otázky psychologické motivace činu, zabývá se rozvojem intelektu a osobnosti vyšetřovaného.

Znalec ovšem neopomine účtovat příslušné náklady dle vyhlášky ministerstva spravedlnosti č. 37/1967 Sb. ze 17.IV.1967. Postavení znalců je upraveno zákonem č. 36/1967 Sb. z 6.IV.1967.

- 1) období charitativní péče o slabomyslné děti /v druhé polovině století/
- 2) období pedagogické /od začátku tohoto století/
- 3) období dnešní dětské psychiatrické péče od r. 1953

Pro moderní pedopsychiatrickou péči u nás byla základem v r. 1953 vydáním provozního řádu dětské psychiatrické služby, který je vytvořen na několika zásadách:

- 1) Dětská psychiatrická služba v ČR je speciální odvětví psychiatrie, která souvisí s pediatrií. Všechna zařízení lékařská i ambulantní vede

DĚTSKÁ PSYCHIATRIE V RÁMCI ZDRAVOTNĚ-ORGANIZAČNÍCH, PEDAGOGICKÝCH, SOCIÁLNÍCH A PRÁVNÍCH OPATŘENÍ A ZAŘÍZENÍ

- 2) Činnost dětských psychiatrů se dotýká všech dětských zařízení zdravotnických i školních.
- 3) Preventivní péče je decentralizována a jednotně řízená. Důležitými jejími základy jsou při níž je perspektivou sítě okresních dětských psychiatrických služeb.
- 4) Dětská psychiatrická služba je budovaná na základě preventivně zaměřeného zdravotnictví a proto se musí stát její provozní metodou distributivní spíše než péče.

Obsah:

1. Vznik a rozvoj dětské psychiatrie u nás	21
2. Organizace dětské psychiatrické péče	21
3. Ambulantní psychiatrická péče o děti a dorost	23
4. Lůžková pedopsychiatrická péče	24
5. Specializovaná zařízení pro děti a mládež	25
6. Právní opatření v rámci dětské psychiatrie	30
7. Osvojení	32

1. VZNIK A ROZVOJ DĚTSKÉ PSYCHIATRIE U NÁS

Dětská psychiatrie se historicky vyvíjí z psychiatrie dospělých a v jejím vývoji můžeme sledovat tři fáze:

- 1) období charitativní péče o slabomyslné děti /v druhé pol.min.století/
- 2) období pedologické /od začátku tohoto století/
- 3) období dnešní dětské psychiatrické péče od r. 1953

Éra moderní pedopsychiatrické péče u nás byla zahájena v r. 1953 vydáním provozního řádu dětské psychiatrické služby, který je vytvořen na několika zásadách:

- 1) Dětská psychiatrická služba v ČSSR je speciální odvětví psychiatrie, úzce souvisící s pediatrií. Všechna zařízení lůžková i ambulantní vede dětský psychiatr /tj. psychiatr s určitou erudicí pediatrickou, nebo pediatr s erudicí psychiatrickou/.
Dětská psychiatrie se stává novým specializovaným oborem.
- 2) Činnost dětských psychiatrů se dotýká všech dětských zařízení zdravotnických i školských.
- 3) Preventivní léčebná péče je decentralizovaná a jednotně řízená. Dnešní její základy jsou při KÚNZ s perspektivou sítě okresních dětských psychiatrických středisek.
- 4) Dětská psychiatrická služba je budovaná na základech preventivně zaměřeného zdravotnictví a proto se musí stát její pracovní metodou dispenzární způsob práce.
- 5) Provozní řád zdůrazňuje kolektivní práci lékaře s psychologem, sociální pracovníci a pedagogem.

V této době dochází k prudkému rozvoji pedopsychiatrických služeb. Jsou zakládána dětská psychiatrická oddělení při psychiatrických léčebnách, klinikách i samostatné dětské psychiatrické léčebny. S erudicí pediatrických i psychiatrických kádrů se rozvíjí i pedopsychiatrické služby v terénu.

Od r. 1961 existuje nástavbová atestace v dětské psychiatrii, umožňující získání pedopsychiatrické specializace.

2. ORGANIZACE DĚTSKÉ PSYCHIATRICKÉ PÉČE

Dětská psychiatrická péče je součástí celkové péče o děti a mladistvé do 18 let. Centrálně je řízena ministerstvem zdravotnictví, odborem léčebně preventivní péče, ve spolupráci s odborem pro péči o ženu a dítě.

V rámci kraje odpovídá za psychiatrickou službu krajský psychiatr, který spolupracuje na úseku pedopsychiatrie s vedoucím krajského pracoviště pro děti a mladistvé a s krajským lékařem pro péči o ženu a dítě.

Odbornými pedopsychiatrickými pracovišti jsou ambulantní a lůžková zařízení, přičleněná k psychiatrickým, nebo pediatrickým pracovištím klinik, nemocnic a léčeben, ev. pracoviště samostatná.

A m b u l a n t n í p r a c o v í š t ě

Těžištěm dětské psychiatrické péče jsou psychiatrické ambulance pro děti a mladistvé, které zajišťují léčebně preventivní péči.

Krajská psychiatrická ambulance pro děti a mladistvé je součástí ambulantní složky krajské dětské nemocnice s poliklinikou a je většinou při psychiatrické ambulanci pro dospělé. Může však být též při krajské dětské nemocnici. Metodicky vede poradny v kraji, zajišťuje konsiliární službu pro celý kraj a celokrajské úkoly. Současně plní úkoly okresní psychiatrické ambulance pro vyhrazenou oblast.

V čele krajské ambulance stojí dětský psychiatr, který spolupracuje s psychology, sestrou pro sociální službu a administrativní pracovníci.

Okresní psychiatrická ambulance pro děti a mladistvé je součástí ambulantní složky okresní nemocnice s poliklinikou. Bývá rovněž při psychiatrickém oddělení pro dospělé. Má sloužit potřebám 2 - 3 okresů. Navazuje na obvodní zdravotnický systém a spolupracuje úzce s dětským oddělením polikliniky, školní zdravotní službou a dorostovou službou v okrese.

Vedoucí lékař - pedopsychiatr odpovídá za provoz okresnímu psychiatrovi, okresnímu pediatrovi a vedoucímu lékaři krajské psychiatrické ambulance. V jeho pracovním týmu pracuje psycholog, dále pak sociální pracovníce, ev. i administrativní síla.

Lůžkovou pedopsychiatrickou péči zajišťují dětská lůžka při psychiatrickém oddělení krajské nemocnice, dětská oddělení psychiatrických klinik, dětská oddělení psychiatrických léčeben i samostatné dětské psychiatrické léčebny. Provozně jsou tato lůžka oddělena od lůžkové péče pro dospělé a tvoří asi 6,3% celkového počtu psychiatrických lůžek.

Lůžková zařízení pedopsychiatrická dělíme na tři typy:

1) Pro diagnostický a krátkodobý pobyt

K tomuto účelu slouží převážně dětská lůžka psychiatrických klinik a psychiatrických oddělení krajských nemocnic. Jsou určena pro krátkodobý, maximálně 2 měsíční léčebný pobyt dětí s lehčí duševní poruchou či nemocí a pro pobyty diagnostické. Většina krajů má pro tyto účely 20-25 lůžek. Perspektivně se počítá se zřizováním dětských psychiatrických lůžek ve velkých okresních nemocnicích, pro oblast s cca 500.000 obyvateli.

2) Pro středně dlouhý léčebný pobyt

Slouží dětská oddělení psychiatrických léčeben a samostatné dětské psychiatrické léčebny /např. dětská psychiatrická léčebna v Dol. Počernicích/. Průměrná ošetrovací doba je 3 - 6 měsíců a léčí se zde děti s neurosami, psy-

chopatiemi, lehkými dětskými encephalopatiemi, psychosami apod. Pro každý kraj by bylo třeba k tomuto účelu nejméně 80 lůžek. Vzhledem k tomu, že dětská oddělení psychiatrických léčeben nejsou provozně oddělena od lůžek pro dospělé, počítá se perspektivně s jejich přeměnou na lůžka pro dorost. Tato by měla náplň diagnostickou, léčebnou a posuzovala by se zde i schopnost začlenění do určitého pracovního oboru, s možností probatorního zapojení v rámci činnosti léčby již během pobytu v léčebně.

3) Pro dlouhý léčebný pobyt

slouží samostatné dětské psychiatrické léčebny /např. dětská psychiatrická léčebna v Opařanech u Tábora/ a některá dětská oddělení při psychiatrických léčebnách pro dospělé. Do těchto zařízení se přijímají děti a mladiství ve věku od 1-18ti let, s těžšími neurosami, psychopatiemi, encephalopatiemi, psychosami, epileptickými povahovými změnami apod. Léčebné pobyty jsou zde roční i delší.

Při každém lůžkovém zařízení je škola podle typu zařízení, s třídami maximálně po 12ti dětech. Ve škole pracují pedagogové a defektologickou erudicí.

Dětská psychiatrická lůžka se dělí na jednotlivé stanice diferencované dle potřeby oddělení, se zřetelem k věku, pohlaví a ev. stupni a druhu poruchy.

3. AMBULANTNÍ PSYCHIATRICKÁ PÉČE O DĚTI A DOROST

Ambulantní psychiatrická péče o děti a mladistvé do 18 let je zajišťována na pracovištích dětské psychiatrie. Pokud nejsou tato pracoviště všude vybudována, zajišťuje úkoly ambulantní péče psychiatrická ambulance pro dospělé.

Organizačně je dětská psychiatrie součástí psychiatrie, nabývá však zvláštního postavení tím, že je součástí celkové zdravotní péče o děti a mladistvé do 18ti let. Je to dáno základními úkoly, které musí zajišťovat.

Jsou to:

- 1) P r e v e n c e duševních poruch u dětí a mladistvých do 18ti let.
- 2) Soustavné vyhledávání / d e p i s t á ž / dětí a mladistvých s duševními poruchami a jedinců jimi ohrožených, jejich e v i d e n c e a d i s p e n s a r i s a c e /aktivní vyhledávání, periodické kontroly, soustavná preventivní a léčebná péče/.
- 3) Jejich v y š e t ř o v á n í , ambulantní a lůžková l é č b a .
- 4) Lékařská p o s u d k o v á č i n n o s t všeho druhu, za účelem posuzování duševního stavu dětí a mladistvých pro potřebu školního a pracovního zapojení, pro potřebu soudu, VB, orgánu péče o mládež apod.
- 5) Š k o l e n í a doškolování zdravotnických i nezdravotnických pracovníků v otázkách duševního zdraví a poruch u dětí a mladistvých.
- 6) Rozšiřování nových poznatků v rámci z d r a v o t n i c k é o s v ě t y o mentální hygieně, o duševních poruchách u dětí a mládeže. Posky-

tování r a d a pomoci rodičům, učitelům a vychovatelům v otázkách péče o dítě z hlediska mentální hygieny a prevence duševních nemocí.

Zvážíme-li, že děti vyžadujících pedopsychiatrické vyšetření a péči je v populaci až 15%, vidíme, že tento velký počet úkolů je nutno zajišťovat i prostřednictvím jiných zdravotnických pracovišť.

Úkoly preventivní péče, depistáže, evidence, dispensarisace a léčby zajišťuje na nejširší základně dětské oddělení polikliniky, školní zdravotní služba, dorostová zdravotní služba a zdravotní obvody.

Vzhledem k malému počtu pedopsychiatrických pracovišť není totiž možné a ani nutné, aby každé dítě trpící duševní poruchou či nemocí přišlo na odborné pracoviště. Mnohé poruchy, např. lehčí neurosy, reaktivní poruchy chování, oligofrenie a demence má možnost léčit a ev. dispensarisovat pediater nebo obvodní lékař, který má usnadněnou práci tím, že zná rodinné prostředí dítěte, sociální poměry, školní prostředí apod. Předpokladem je samozřejmě, aby tento lékař byl obeznámen se základní pedopsychiatrickou problematikou.

Pokud stav dítěte vyžaduje odborné vyšetření a péči / např. těžší neurosy, psychopatie, psychosy, případy vyžadující psychotherapeutické vedení dětí a ev. i rodičů/, odesílá je školní, dorostový, obvodní, nebo obvodní dětský lékař k pedopsychiatrickému vyšetření. Řídčeji přicházejí na vyšetření děti z jiného odborného pracoviště či na žádost soudu, nebo VB, za účelem posouzení duševního stavu.

Od doporučujícího lékaře požaduje pedopsychiater jeho nález s podrobným zdůvodněním požadovaného vyšetření. Dle možnosti má tato zpráva obsahovat i bližší údaje z rodinné anamnesy a z osobní anamnesy. Jedná-li se o konsiliární vyšetření pro jiné lůžkové, či kolektivní zařízení, požaduje i kompletní dokumentaci.

Na základě vyšetření pak pedopsychiater rozhodne, zda dítě potřebuje odbornou dispensarisaci, či pouze péči na obvodním pracovišti. Své rozhodnutí pak sdělí obv. pracovišti ve zprávě o vyšetření. Jedná-li se o školáka, který byl odeslán obvodním, či obvodním dětským lékařem, odesílá tuto zprávu v kopii i příslušnému školnímu lékaři, u dorostu dorostovému lékaři. Tam, kde je třeba provést i určité sociální zásahy, posílá ambulance zprávu s navrhovaným opatřením příslušnému orgánu péče o mládež při ONV. Školní problémy řeší buď přímo prostřednictvím sociální pracovnice na škole, nebo přes školní zdravotní službu.

4. LŮŽKOVÁ PEDOPSYCHIATRICKÁ PÉČE

Na dětská psychiatrická oddělení klinik, nemocnic, léčeben a do samostatných dětských psychiatrických léčeben se přijímají děti na doporučení dětské psychiatrické ambulance, výjimečně z kteréhokoliv zdravotnického zařízení, jde-li o akutní stav s nebezpečím z prodlení. Z nosologického hlediska je dětská klientela v lůžkových zařízeních stejná jako v ambulanci.

Doprovázející rodiče vyjadřují svůj souhlas s léčením jejich dítěte v psychiatrickém zařízení tím, že místo pacienta podepisují prohlášení o dobrovolném vstupu, podepsané dvěma svědky. Tímto podpisem nabývají práva hospitalisaci na vlastní žádost kdykoliv přerušit, současně se však zavazují, že se podrobí domácímu řádu i diagnostickým a léčebným zákrokům, které ošetřující lékař uzná za vhodné. Výjimečně se stává, že pacient i rodiče postrádají kritického náhledu na závažnost onemocnění a odmítají léčbu. V tom případě vystavuje lékař tzv. parere, v němž podrobně odůvodní, proč pacienta hospitalisuje proti jeho vůli. Parere obsahuje vedle anamnesy, stručné anamnesy a dosavadního průběhu onemocnění závěr, v němž se uvádí, zda pacient je nebezpečný sobě, svému okolí a zda ohrožuje veřejný pořádek.

Metodika vyšetření na lůžkovém pedopsychiatrickém oddělení je obdobná, jako v DPA. Opět zde pracuje pedopsychiatr, psycholog, sestra pro sociální službu, navíc středně zdravotní kádry, pedagogové a ev. logoped a rehabilitační pracovník.

Na rozdíl od ambulantního vyšetření je zde možno provádět i náročnější vyšetření /lumbální punkce, pneumoencephalografii, EEG po medikamentosní provokaci aj./. Hlavně je zde však možnost dalšího sledování nemocného, jeho zapojení do kolektivu a ve škole. Lékař má k dispozici pečlivě vedenou dokumentaci všech pracovníků oddělení, která doplňuje komplexní obraz o dítěti. Je zde více času k detailnímu psychologickému i psychiatrickému vyšetření, a také k systematickému psychoterapeutickému působení na nemocného. Velkým kladem z diagnostického i léčebného hlediska je možnost úzké spolupráce lékaře s pedagogy, pracujícími ve škole při dětském psychiatrickém oddělení. Tito jsou při přijetí dítěte seznámeni s jeho anamnesou a v průběhu pobytu na oddělení pravidelně informováni o jeho psychickém i tělesném stavu v závislosti na léčbě. Lékař má naopak možnost na podkladě informací učitele terapii upravovat tak, aby dítě bylo schopné kvalitního výkonu ve škole. Neméně důležitá je odborná instruktáž pedagogů o vhodném pedagogickém přístupu k dítěti, který je důležitou součástí léčby, zvláště u dětí přicházejících pro různé potíže ve škole.

Therapeutické možnosti na lůžkovém oddělení jsou pochopitelně širší, než v ambulanci. Největší význam přikládáme úpravě životosprávy a denního režimu. Medikamentosní léčbu doplňujeme terapií fyzikální a léčebným tělocvikem. U dětských psychos, obdobně jako u dospělých užíváme léčby insulinové a elektrošokové, pochopitelně méně často a s ohledem na věkový faktor. Velký význam v pedopsychiatrii mají různé formy individuální a kolektivní psychoterapie a práce léčebně pedagogická.

5. SPECIALISOVANÁ ZAŘÍZENÍ PRO DĚTI A MLÁDEŽ

Pedopsychiatrická služba úzce spolupracuje s některými specializovanými zařízeními pro děti a mládež, která mají náplň výukovou, výchovnou a sociální. Do těchto zařízení doporučuje děti a mládež na podkladě pedopsychiatrického vyšetření prostřednictvím ONV - odboru školství a kultury, odboru soc. zabezpečení, nebo soudu.

I. Ze školských zařízení jsou to :

1) Zvláštní školy.

Indikací pro zařazení do ZŠ je oligofrenie či demence v pásmu debility. Úkolem ZŠ je poskytnout těmto dětem základní vzdělání /přibližně v rozsahu 5ti p.r. ZDŠ/, potřebné pro začlenění do jednoduchých manuálních prací. Úspěšní absolventi ZŠ mají možnost navštěvovat dále zvláštní učňovskou školu, kde si rozšíří vědomosti ze všeobecně vzdělávacích i odborných předmětů a získají praktický výcvik pro další povolání.

Před přeřazením do ZŠ je nutno pečlivým vyšetřením diferencovat příčiny neprospěchu. Velkou část neprospívajících dětí tvoří totiž intelektově průměrné, ale výchovně i výukově zanedbané děti z nepříznivého rodinného prostředí. Pokud je jim v ZDŠ věnována zvýšená individuální péče, jsou schopny podávat přiměřené výkony, v opačném případě postupně výukově zaostávají, takže nezřídka dojde v důsledku opakovaného propadání k přeřazení do ZŠ.

Další skupinu neprospívajících dětí tvoří děti, které jsou pro déle trvající, či recidivující onemocnění vývojově opožděné. Mnohé z těchto dětí po úpravě somatického stavu a ev. odložení školní docházky či opakování třídy zvládne nároky ZDŠ. Také děti se smyslovými defekty či vadou řeči po odborném vyšetření a provedených léčebných opatřeních ev. přeřazení do speciálního léčebného zařízení prospívají bez obtíží.

Žáci ZŠ vyžadují zvláštního metodického přístupu a individuální výukové vedení, což umožňuje jednak snížený počet žáků v jednotlivých třídách /15/, jednak odborné výukové vedení pedagogem s defektologickou erudicí. Zařazení do ZŠ se provádí na návrh kmenové školy a většinou již i na základě pedopsychiatrického vyšetření, prostřednictvím odborné komise při školském odboru příslušného ONV. Přeřazování jsou žáci maximálně do 5. tř. ZDŠ, tj. 11ti letí, později jen zcela výjimečně. Domníváme se, že přeřazení by se mělo uskutečnit v zájmu dítěte co nejdříve, pokud je však později indikováno /nerespektovali-li rodiče, či pedagogové dříve odborný návrh/, neměl by být věk překážkou.

2/ Zvláštní školy internátní

se zřizují pro děti se sníženým intelektem, které nemohou docházet do školy z rodiny pro vzdálenost, nebo jejichž rodinné prostředí je nevyhovující. Tyto ZŠ mají velký význam výchovný a rehabilitační, neboť dítě je zde i v době mimoškolní zaměstnáváno úměrně svým schopnostem a tím se předejde řadě neurotických potíží. Děti sem přicházejí na doporučení komise pro mládež vyžadující zvláštní péče, zřízené při odboru školství a kultury příslušného ONV, na návrh pedopsychiatra, nebo na základě soudního usnesení.

3/ Zvláštní internátní učňovské školy.

Zde získávají absolventi ZŠ teoretické a praktické znalosti přiměřené jejich schopnostem ve vhodných učebních oborech.

4) Š k o l y p r o m l á d e ž v y ž a d u j í c í z v l á š t n í p é č e

/pro nedoslýchavé, neslyšící, nevidomé, vadně mluvící a tělesně vadné děti/. S těmito dětmi přichází pedopsychiatr do styku obvykle pro další defekty či poruchy ve sféře psychické, neboť se jedná často o děti encephalopatické, deprivované dlouhodobou ústavní péčí, či v důsledku tělesného handicapu sociálně maladaptované.

Pokud je to možné, snaží se je léčit ambulantně, neboť vyžadují speciálního metodického přístupu po stránce výukové, který jim nemůže žádné lůžkové pedopsychiatrické zařízení zajistit.

5) Š k o l y p ř i d ě t s k ý c h d o m o v e c h t ř í d í c í c h

/viz DD třídicí/.

6) Š k o l y p ř i D D s e z v ý š e n o u v ý c h o v n o u p é č í

/viz DD se zvýšenou výchovnou péčí/.

O zařazování do jednotlivých druhů škol pro mládež vyžadující zvláštní péče rozhoduje odborná komise při školském odboru příslušného ONV. Skládá se z předsedy, dvou zástupců odboru školství a kultury /obvykle školního inspektora a odborného zaměstnance pro mimoškolní výchovu/, školního lékaře nebo psychiatra určeného OÚNZem, dvou učitelů, z nichž jeden má mít defektologickou kvalifikaci a zástupce odboru péče o mládež.

Domníváme se, že při zařazování do všech těchto zařízení je velmi důležitá znalost psychopathologie a problematiky výchovné, tak jak ji v plné šíři nemůže pediater nikdy zvládnout. Bylo by proto perspektivně přínosem, kdyby stálým členem těchto komisí byl pedopsychiatr a specializovaný psycholog.

II. Zařízení výchovná:

1) D ě t s k ý d o m o v t ř í d í c í

je zařízením krajským, jehož úkolem je umisťování dětí do všech typů dětských domovů. Děti jsou sem přijímány prostřednictvím odboru pro školství a kulturu příslušného ONV, buď se souhlasem rodičů, nebo na soudní usnesení.

Tyto domovy jsou zařízením výchovným a plní funkci diagnostickou. Jasně případy jsou odtud umisťovány ihned, většinou zde však děti zůstávají určitou dobu za účelem observace a odborného vyšetření psychologického /domov má vlastního psychologa/, ev. psychiatrického. Přicházejí sem totiž vešměs děti ze závadného výchovného prostředí, děti charakterově vadné, či se sníženým intelektem a konečně děti vyžadující z různých příčin okamžité umístění.

Při těchto domovech je škola a mimoškolní činnost organizována tak, aby poskytla příležitost k všestrannému ohodnocení každého dítěte. Na základě observace sestavuje pak DDT posudek o dítěti a rozhoduje o jeho umístění.

V praxi se však dosud setkáváme s tím, že děti, které prošly diagnostickým pobytem v dětských psychiatrických zařízeních a byly zevrubně vyšetřeny a navrženy k zařazení do určitého typu DD, musí znovu procházet dětským domovem třídicím. Jakou zátěž představuje pro dítě střídání čtyř výchovných prostředí a čtyř škol v tak krátké době, si lze jistě představit. Za stejně bezpředmětné považujeme umístování do DDT u dětí bez jakýchkoliv potíží, které jsou již předem určeny k zařazení do dětského domova z příčin sociálních. Tyto děti zde přicházejí zbytečně do styku s dětmi morálně narušenými.

2) D o m o v y m l á d e ž e t ř í d í c í

plní obdobnou funkci jako DDT, jsou však určeny pro mládež od skončení školní docházky do 18ti let.

3) D o d ě t s k ý c h d o m o v ů

jsou umístovány děti, o které se rodiče nemohou se závažných důvodů starat /úmrtí, onemocnění některého z rodičů, většinou však nevhodné výchovné prostředí/. Z těchto DD docházejí děti do všeobecně vzdělávací školy v místě domova. V DD je zajišťována výchovná péče v době mimoškolní. Do těchto DD mohou být umístovány děti i s menšími výchovnými obtížemi.

4) D o d ě t s k ý c h d o m o v ů s e z v ý š e n o u v ý c h o v n o u

p é č í jsou umístovány děti se závažnými výchovnými potížemi. Nejčastěji se zde setkáváme s projevy nekázně, agresivitou, toulkami, záškoláctvím, krádežemi, loupežemi, lhavostí /podmíněnými nepříznivými výchovnými momenty i ev. psychopatií. Také jde o děti těžce deprivované, trpící lehkou dětskou encephalopatií či o takové, u nichž je zdrojem závad snížená kritičnost při podprůměrném intelektu. U většiny z nich je nařízena soudním rozhodnutím ústavní výchova, ojediněle jsou zde umístovány děti na žádost rodičů.

Cílem těchto zařízení je reedukace, při čemž se používá různých forem kolektivní výchovy. Škola je v těchto domovech součástí internátního zařízení, čímž se vytváří významné předpoklady pro nejtěsnější spolupráci učitelů s vychovateli. Většinou jsou do těchto domovů umístovány větší děti, menší jen ve zvláště obtížných případech.

Tato zařízení jsou uzavřená, volný pobyt venku se umožňuje jen těm dětem, u nichž došlo k výraznému zlepšení výchovných potíží. Když je proces reedukace skončen, navrhuje ředitel domova návrat do rodinné péče a zrušení soudního usnesení. V případě, že do konce školní docházky nedošlo k předpokládanému výchovnému výsledku, převede se chovanec do domova výchovy mládeže.

V současné době je závažným nedostatkem domova tohoto typu nedostatek kvalitních a kvalifikovaných kádrů. Také materiální vybavení těchto domovů je nevyhovující.

5) Do domovů mládeže s ochrannou výchovou

se přijímají mladiství od skončení školní docházky do 18ti let na základě soudního usnesení, nařizujícího ochrannou výchovu. Většinou se jedná o mládež, která se dopustila trestné činnosti a jejíž charakterový vývoj je narušen. Mladiství mají možnost se zde vyučit a navštěvují ústavní učňovskou školu. Pod vedením odborných výchovných kádrů je zde organizována mimoškolní činnost žáků, ve formě zájmových kroužků.

Ochranná výchova může být soudně zrušena před ukončením 18tého roku na návrh rodičů či ústavu a to se souhlasem ředitele domova mládeže. Ředitel domova má také možnost umístit mladistvého po půl roce na šestiměsíční, až roční zkušební lhůtu mimo ústav, nejčastěji do téhož oboru, v němž se již učí. Osvědčí-li se mladistvý /jehož chování i pracovní morálka jsou sledovány po celou dobu ZV ROH, orgánem péče o mládež, ev. VB/, je nařizováno soudem zrušení ústavní výchovy. Neosvědčí-li se, je vrácen zpět do ústavu.

III. Ústavy sociální péče pro děti a mládež duševně vadnou.

Tyto ústavy přijímají oligofrenní a dementní děti, které jsou nevzdělatelné a mnohdy i nevychovatelné. Jsou diferencovány podle věku, pohlaví a sociální zapojitelnosti. Těžce oligofrenní děti zde získávají - pokud jsou toho schopny - elementární hygienické návyky, u méně postižených se provádí rehabilitace. Učí se základním společenským návykům a mají možnost pracovního zapojení v jednoduchých manuálních činnostech pod dohledem.

Děti jsou sem přijímány prostřednictvím odboru sociálního zabezpečení příslušného ČNV dle místa bydliště, obvykle na doporučení pedopsychiatra. Protože část těchto dětí vyžaduje průběžnou psychiatrickou léčbu /sedativa, ataraktika, antiépileptika/, zajišťují okresní a krajská pedopsychiatrická pracoviště v těchto zařízeních konsiliární službu. Některé děti jsou odesílány občas ke zklidnění do lůžkových pedopsychiatrických zařízení.

Závažným problémem při umisťování do těchto zařízení jsou dlouhé čekací lhůty /i několikaleté/ a obtížné umisťování některých sporných případů /např. dětí, které byly po určité době návštěvy ZŠ osvobozeny pro neprospěch od školní docházky/. Proto přistupuje státní úřad sociálního zabezpečení ve velkých okresních a krajských městech k budování tzv. stacionářů /zařízení pro denní pobyt/ pro děti středně slabomyslné a děti čekající na umístění do ÚSP. Toto řešení realizované v širším měřítku by bylo optimální pro ty případy, kde rodina je schopna a ochotna si v době mimopracovní zajistit sama péči o defektní dítě.

Poznámka:

Další oblast spolupráce nabízejí dětské psychiatrii Psychologické výchovné kliniky. Jsou to samostatná psychologická pracoviště, která se zabývají problémy a obtížemi duševního života dětí, které nemají patologický či psychiatrický charakter.

6. PRÁVNÍ OPATŘENÍ V RÁMCI DĚTSKÉ PSYCHIATRIE

Posudková činnost :

Pedopsychiatrie se v rámci ambulantní praxe zabývá často posudkovou činností pro různé instituce. Pro odbory sociálního zabezpečení vyšetřuje mládež se změněnou pracovní schopností, navrhuje umístění do ústavů sociální péče či zavedení důchodového řízení. Pro vojenskou správu provádí vyšetřování branců, na žádost orgánů VB, soudů civilních i trestních vypracovává tzv. neformální posudky, tj. vyšetření, v jehož závěru se zabývá otázkou, která jí byla institucí kladena.

Pro soudy, prokuratury, vyšetřující orgány podává pedopsychiatr - soudní znalec tzv. posudky formální, které musí vyhovovat určitým formálním kritériím. Ve složitějších případech soud doporučí, nebo povolí přizvat znalce - psychologa.

Ve věcech civilních jsou pedopsychiatři nejčastěji pověřováni vypracováním znaleckého posudku, který je podkladem pro úpravu styku dítěte s rozvedenými rodiči. Úkolem znalců je hájit zájem dítěte, tj. zachovat dle možnosti předpoklady normálního vývoje, k nimž patří styk s oběma rodiči. Vzhledem k tomu, že se jedná nezřídka o osoby psychopatické, nutno vyšetřit oba rodiče, jejich vztah k dítěti a postoje k němu; u dítěte ověřit citovou vazbu k tomu kterému z nich. Při společné rozmluvě s rodiči se má znalec snažit o dosažení dohody o úpravě styku, pokud se to nezdaří, je třeba vycházet ze zájmu dítěte, při respektování práva obou rodičů, aby se dítě ani jednomu ani druhému neodcizilo a nebylo vychovááno v nepřátelském postoji k žádnému z nich. V případech, že jeden z rodičů vykonává na dítě nátlak, doporučuje se krátkodobý pobyt dítěte mimo rodinu, nejlépe v indiferečním prostředí kolektivního zařízení. Pokud je dítě zcela malé, nebo na podkladě negativních zkušeností zaměřeno proti jednomu z rodičů, je nutno uvážit, nebylo-li by vhodnější je vychovávat výlučně v ev. nově založené rodině druhého rodiče.

Dále je pedopsychiatr často konsultován ve věci svěření dítěte do péče jednoho z rodičů. Mladší děti bývají obvykle svěřeny do výchovy matce, pokud není námitek z hlediska jejich výchovných předpokladů, či morálního profilu. U starších dětí je nutno rozhodovat po pečlivém rozboru každého jednotlivého případu, s ohledem na citovou vazbu dítěte.

Ve věcech trestních odkazujeme na příslušncu kapitoly, doplňujeme pouze z hlediska pedopsychiatrického.

Pokud se týče antisociální činnosti dětí a mladistvých, nutno si především objasnit některé pojmy: Pod pojem antisociální jednání zařazujeme takové projevy dětí a mladistvých, které jsou stíhány pouze sankcemi morálními, nikoliv trestními, a ty činnosti, které by byly trestné, kdyby se jich dopustil pachatel starší 15ti let, což je hranice trestní odpovědnosti u nás.

Trestné činy mladistvých, spáchané mezi 15 - 18 rokem označujeme názvem juvenilní delinkvence, zatím co trestní činnost dospělých nazýváme kriminalitou.

Při posuzování antisociální činnosti dětí do 15ti let postupuje soud dle závažnosti jednotlivého případu. Méně závažné přestupky jsou řešeny formou pohovoru s dítětem a rodiči na VB. Tam, kde byly zjištěny závažné výchovné závady v rodinném prostředí, nařizuje soud ochranný dozor, který provádí orgán péče o mládež příslušného ONV. Při dnešním nedostatečném personálním vybavení se však v praxi většinou omezuje na formální informace v místě bydliště a ve škole, a to poměrně v dlouhých časových intervalech. U závažných přestupků nařizuje soud ústavní výchovu /viz specializovaná zařízení pro mládež/. Tam kde se pravděpodobně podílely psychopathologické faktory, konzultuje pedopsychiatra.

U mladistvých delinkventů představuje soudní projednání případu a uložení trestu významný a účinný nápravný prostředek. V praxi bývá realizováno formou nápravné výchovy, nebo léčbou / podle podílu jednotlivých etiopathogenetických činitelů/. Tam, kde je delinkventní činnost podmíněna sociálně, převládají metody nápravné, u skupiny podmíněné psychopathologicky metody léčebné. Za nejvhodnější považujeme nápravnou výchovu mimo výchovné zařízení, kde je možno využít kladných meziosobních vztahů a mladistvý je ušetřen nepříznivého vlivu vážných provinilců. Domovy mládeže nejsou totiž zatím diferencovány a setkávají se zde děti trpící prostými poruchami chování s těžkými asociálními psychopaty.

Nápravná výchova se provádí formou ochranného dozoru /viz výše/. Pokud nejsou předpoklady pro výchovu mimoústavní, je nařízena výchova ochranná /viz specializovaná zařízení pro mládež/.

Vzhledem k tomu, že účelem trestu u mladistvého je převýchova, je nutno návrhu opatření pro nápravu pachatele věnovat z pedopsychiatrického hlediska velkou pozornost. Znalec dle povahy případu rozhodne, zda delinkvent vyžaduje další psychiatrickou péči.

Soud může také uložit ochranné léčení a to při zproštění trestu pro nepřičetnost, ale také vedle něj, či při upuštění od potrestání. Vzhledem k tomu, že nemáme dosud dobře vybavená dorostová oddělení ani léčebny, se této možnosti zatím příliš neužívá. Domníváme se však, že pobyt v dobře vedeném léčebném zařízení s rozvinutou pracovní léčbou, farmakoterapií a psychotherapií by za přiměřeného personálního vybavení mohl mít pro sociální adaptaci mladistvých velký význam.

Významnou otázkou práva civilního i trestního je posouzení věrohodnosti svědecké výpovědi dítěte a mladistvého.

Při posuzování je nutno postupovat přísně individuálně, pečlivě se zabývat osobností dítěte i posouzením jeho intelektových schopností. Slabomyslní nejsou věrohodní pro svou značnou sugestibilitu a neschopnost porozumět pozorovaným událostem. Výpovědi inteligentních dětí mohou být hodnotné již v 6ti letech, v 8ti letech spolehlivé. Nespolehlivé výpovědi bývají u dětí povahově nevyrovnaných, afektivně labilních, dětí, které se snaží upoutat pozornost, uspokojit sympatie, nebo se mstít. Věrohodnost v záležitostech sexuálního rázu se posuzuje z několika hledisek: z realistického vylíčení celé

situace, ev. popisu genitálu, ze shody ve vylíčení události různým osobám v různém časovém rozmezí a z afektivní účasti dítěte v průběhu výpovědi. Pohovorem s dítětem je nutno získat informace o životě v rodině, bytových poměrech, interpersonálních vztazích, jeho sexuálních zkušenostech, či představách. Vyšetření dítěte doplňujeme pohovorem s matkou, která bývá nejbystřejším pozorovatelem podezřelých situací.

U s t a n o v e n í r o d i n n é h o p r á v a :

Poměr mezi rodiči a dítětem je upraven právem rodinným, které je součástí občanského zákoníku. Nezletilé děti, tj. děti do 18ti let jsou v rodičovské moci. Rodiče mají právo a povinnost řídit jejich jednání, zastupovat je, spravovat jejich majetek a to tak, jak vyžaduje jejich zájem a prospěch společnosti. Rodičovská moc náleží oběma rodičům. Je-li jeden z nich neznám, není-li naživu, či je nesvéprávný, nebo byl-li rodičovské moci zbaven, náleží druhému. Nedohodnou-li se rodiče při výkonu rodičovské moci, rozhodne soud, přihlížeje k zájmu dítěte. Např. při rozvodu rodičů rozhoduje o právech a povinnostech rodičů k dítěti i o jeho majetku rozvodový soud.

Do obsahu rodičovské moci náleží i právo stýkat se s dítětem. Zákaz styku s dítětem může vést k vzájemnému odcizení. Soud může tedy styk omezit, nebo zakázat jen tehdy, pokud je na újmu dítěte. Jestliže vadí výkonu rodičovské moci trvalá překážka, jestliže ji zneužívají, nebo hrubě zanedbávají povinnosti z ní plynoucí, zbaví je soud rodičovské moci. Trvalou překážkou je např. nepřítomnost a internace rodiče, přesahující dobu zletilosti dítěte. Dále je to mravní, nebo charakterová neschopnost k výchově. Zneužitím se rozumí jednání proti zájmům dítěte a společnosti, jednání, které ohrožuje mravní, nebo tělesný vývoj dítěte. Zanedbáním péče je zanedbání materiální výživy, hygieny a povinností morálních. Má-li být dítě umístěno jinde, než u rodičů, musí o tom rozhodovat soud.

Je-li třeba dítě svěřit do péče nahrazující péči rodičů, je umístěno zásadně do péče kolektivního zařízení. Do rodiny je lze umístit tehdy, poskytuje-li záruku, že dítě bude žít v prostředí, které bude po všech stránkách příznivé pro jeho vývoj. Obvykle bývá dítě umístěno u toho, kdo je osvojí.

7. OSVOJENÍ

Právní úprava podmínek osvojení byla provedena zákonem o rodině č. 94, ze dne 4. prosince 1964.

Zákon o rodině rozeznává dva způsoby osvojení:

- 1) o s v o j e n í p r o s t é - z r u š i t e l n é
- 2) o s v o j e n í n e z r u š i t e l n é

Oba typy mají společnou koncepci, aby mezi osvojencem a osvojitelem vznikl takový poměr, jaký je mezi rodiči a dětmi. Základním rozdílem mezi

oběma typy osvojení je skutečnost, že osvojení prosté lze za splnění určitých podmínek ve výjimečných případech zrušit.

Důsledkem osvojení prostého je, že v matrice se osvojitelé zapisují vedle pokrevních rodičů, zatím co při osvojení nezrušitelném se zapisují místo rodičů. Osvojení prosté je možno na žádost osvojitelů změnit v osvojení nezrušitelné, což je důležité proto, že k uskutečnění nezrušitelného osvojení je třeba splnit podmínku, že osvojenec musí být starší jednoho roku. Tato podmínka umožňuje osvojit formou osvojení prostého dítě mladší jednoho roku a po uplynutí jednoho roku provést osvojení nezrušitelné.

P o d m í n k y o s v o j e n í :

- 1) Občanská bezúhonnost a způsobilost k právním úkonům u osvojitele.
- 2) Mezi osvojencem a osvojitelem musí být přiměřený věkový rozdíl.
- 3) Osvojit lze jen osobu do 18ti let, se souhlasem zákonného zástupce osvojo-
vaného dítěte, tj. nejčastěji rodičů, pokud se dítěte sami nevzdali, po-
kud nebyli zbaveni rodičovských práv, nebo pokud neprojevíli po dobu
1 roku náležitý zájem.
- 4) V případě stavu manželského může k osvojení dojít jen za souhlasu obou
manželů.

Osvojením trvale zaniká rodičovská moc rodičů osvojencových. Zaniká ta-
ké jejich vyživovací povinnost s výjimkou případu, že by osoby výživou povin-
né nebyly s to své povinnosti dostát.

Z a t í m n í p é č e :

Dítě musí být před rozhodnutím soudu o osvojení nejméně po dobu tří mě-
síců v rodině budoucích osvojitelů a to na jejich náklady.

O svěření do zatímní péče mohou rozhodnout:

- 1) rodiče
- 2) soud
- 3) ústav po dohodě s ONV

Soud zatím zkoumá, zda budoucí osvojitel má plnou způsobilost k právním
úkonům, zda jsou u něj charakterové předpoklady a osobní vlastnosti pro zdaři-
lé osvojení. Dále zkoumá i otázku příbuzenských vztahů mezi osvojencem a
osvojitelem, neboť nelze např. připustit, aby prarodiče osvojovali vnuka. Dů-
ležitá je otázka prozkoumání zdravotního stavu osvojenec a osvojitelů.

P r á v n í d ů s l e d k y o s v o j e n í :

- 1) Osvojením vzniká mezi osvojencem a osvojitelem takový poměr, jako mezi rodi-
čem a dítětem.
- 2) Osvojením zanikají práva a povinnosti pokrevních rodičů.

- 3) Osvojitel nemůže uzavřít manželství s osvojenkou, nebo osvojitelka s osvojenkem, pokud ovšem nedošlo ke zrušení prostého osvojení.
- 4) Osvojením zanikají jakékoliv majetkové vztahy k původní rodině.
- 5) Osvojenec nabyvá příjmení osvojitelů.

Z á n i k o s v o j e n í :

Osvojení může zaniknout pouze v případech osvojení prostého, na základě soudního rozhodnutí, nebo dohodou mezi zletilým osvojenkem a osvojitelem formou soudní dohody. Je však nutno splnit následující podmínky:

- a) Musí být závažné důvody /např. osvojitel hrubě týral osvojence/.
- b) Musí být podán návrh a to buď osvojenkem, nebo osvojitelem, nikoliv např. NV.

Zánikem osvojení vznikají práva a povinnosti původních rodičů a osvojenec dostává zpět původní příjmení.

Znalost vývojových norem i psychopathologie dětského věku umožní u dítěte diferencovat deficit podmíněný nedostatkem zkušenosti od nedostatku schopností a zhodnotit větší, či menší závažnost izolovaného opoždění v různých oblastech /např. opoždění ve vývoji řeči u dětí vyrůstajících v kolektivním zařízení/ a jeho prognosu. Pečlivě je nutno hodnotit poruchy sociability a to jak projevy autismu, tak i instabilitu či agresivitu, zvláště při pozitivní rodinné anamnése.

U deprivovaných dětí nutno posoudit, zda se nejedná o snížený intelekt, LDE, či počínající psychopatický vývoj. Útlumové stavy a neurotickou inhibici nutno rozlišit od oligofrenie.

Absolutní kontraindikací osvojení je těžká oligofrenie včetně střední debility, lehká debilita je kontraindikací relativní. Dále všechny formy schizofrenie, těžší formy epilepsie, Downova choroba, morbus Crouzon, mikrocephalie, heredodegenerativní onemocnění, těžké poruchy chování s pozitivní rodinnou anamnézou, těžké vývojové vady a kongenitální malformace.

Děti neurotické a zanedbané nejsou kontraindikovány, děti encephalopatické s nezávažnými potížemi možno doporučit do vybraných rodin. Osvojitele je nutno pravdivě informovat, včetně ev. rizika.

Stejně pečlivě je nutno ohodnotit osobnost příštích osvojitelů a vyloučit event. psychiatrické kontraindikace. V diskusi s nimi explorujeme pohnutky adopce a skutečnou motivaci /např. snaha udržet rozpadající se manželství, egoistické pohnutky apod./ a zkoumáme současně nároky osvojitelů na dítě.

Z pedopsychiatrického hlediska je nejvhodnější adopce dítěte co v nejranějším věku, neboť tím vznikají optimální předpoklady pro rozvoj citového vztahu mezi osvojenkem a osvojitelem. Vzhledem k tomu, že v tak útlém věku není možno spolehlivě zhodnotit vývoj možnosti dítěte, mělo by adopci předcházet období pěstounství.

K probrané látce odkazují na použité literární prameny.

odborný asistent katedry psychologie FF v Brně

klinický psycholog

Literatura:

Broha F., Brunecký Z., Holub V. - Duševní vývoj dítěte a jeho poruchy, Praha, 1957

Gaží M. - Rozumovo chybné deti a ich vyučovanie, Bratislava, 1968

kol. - Dětská psychiatrie, Praha, 1963

Kučera O. - Psychopathologické projevy při lehkých dětských encephalopathiích, Praha, 1961

Prokúpek J., kol. - Ambulantní psychiatrická péče, Praha, 1963

Vodák P., kol. - Problémy osvojení dětí, Praha, 1967

Vodák P., Šulc A. - Závady a poruchy chování v dětském věku, Praha, 1964

SEZNAM LITERATURNÍCH ZDROJŮ - KLINICKÁ PSYCHOLOGICKÁ VÝUKA

PhDr. HUGO ŠIROKÝ

odborný asistent katedry psychologie FF v Brně

klinický psycholog

prom. psych. HANA ŠIROKÁ

psycholog Psychiatrické léčebny ve Šternberku

SEZNÁMENÍ S PSYCHIATRICKÝM CHOROBOPISEM A ORIENTACE PSYCHOLOGIEKÉHO VYŠETŘENÍ

Obsah:

1. Orientace v chorobopisu	39
2. Psychiatrický chorobopis	41
3. Setkání s pacientem	45
4. Setkání s prostředím pacienta	51
5. Kontexty závěrečného psychologického hodnocení	54

1. ORIENTACE V CHOROBOPISU

Přes nespornou genezu z chorobopisů somaticky orientované medicíny, se už svým objemem "psychiatrický spis o chorobě" liší. Denní praxe tak dosvědčuje, že navzdory přitažlivému vzoru, nelze psyche charakterizovat ve stejné kategorii jako soma. Vývoj chorobopisu pokračuje směrem k zachycení všestrannějších informací o pacientovi, k registraci stále se rozrůstajících diagnostických i terapeutických metod; to ovšem vyžaduje systém, přehlednost a průběžné záznamy o zhodnocování pathogenetických souvislostí. Naděje na to, že "pokrok" přinese štíhlejší linii psychiatrických chorobopisů je neustále zklamávána. Spíše lze i v ostatních lékařských oborech pozorovat větší sklon k tloušťce chorobopisů, na nichž se, v přímé úměrnosti k pronikání uznání závažnosti psycho-somatických a somato-psychických zřetelů, podílí i obohacení o psychiatrická a psychologická hlediska.

Chorobopis je graficky fixovanou pamětí údajů o pacientovi. Je souborem sdělitelných informací, o nichž v okamžiku, kdy je získáváme, nemůžeme konkrétně rozhodnout, zda se později stanou podružnými či zda nabudou základního významu. Vztahy mezi jednotlivými fakty a jejich závažnost se v průběhu našeho poznávání pacienta mění; odtud memento, varující před mechanickými šablonami. Dokonalý chorobopis je vlastně vědeckou monografií a nenahraditelným svědectvím zkušenosti. Závažnost vypracování kterékoliv stránky by měla vésti k vědomí odpovědnosti a k péči o cenný dokument.

Základním jednotlívým principem zaměření a uspořádání chorobopisu je **m e d i c i n s k ý z ř e t e l** k diagnostice a terapii nemoci. Psycholog je jedním ze spolutvárců chorobopisu; pravidelně se však s ním neseťká "in statu nascendi", ale teprve po té, kdy základy byly položeny a stavba pokračuje. Chorobopis studuje z hlediska **s v é h o** odborného zaměření. Jestliže je medicinským východiskem **n e m o c ě l o v ě k a**, je psychologickým východiskem **č l o v ě k v n e m o c i**. Přístup lékaře a psychologa tak nachází **o d l i š n o s t h l e d i s k a**, aniž by mizelo bytostné souručenství psychiatrie a psychologie. Oba způsoby pozicování nejsou protichůdné, ale **k o m p l e m e n t á r n í**, jedno bez druhého upadá do extrémů; nejsou odděleny nepropustnou zdí; lékař i psycholog jsou členy odborného týmu, kde každý dává do společné pokladnice to, co mu snáze umožňuje získat jeho odborná specializace. Nepředstavitelně rostoucí nároky na osvojení vědeckých poznatků rozšiřujících týden od týdne objem, povedou i nadále k procesu specializace; tato specializace může být kompenzována jedině teamovou prací, kde jednotliví specialisté budou vybaveni potřebnými znalostmi o oboru svých partnerů, aby mohli na sebe navazovat, aby se vzájemně podněcovali ve své odborné působnosti, nacházejíce společný jazyk pro své odlišnosti. Jen tak vzniká plodná diskuze, která nesleduje "obrácení na svou víru", ale **v z á j e m n é o b o h a c e n í**.

Pro psychologa tedy není chorobopis především "dokumentem o chorobě", ale pramenem poznatků o osobnosti pacienta. Uvažuje-li lékař především o tom, co z charakteru psychiatrických změn duševního života je srovnatelné s obecnými zákonitostmi nemoci a léčby, uvažuje psycholog převážně o tom, co je v pathických změnách pacienta srovnatelné s lidskou psychologií, v čem podléhají příznaky zákonitostem, známým z obecné dynamiky duševního života, (třebas v nepatrnější míře a v jiné souvislosti). Příklad od případu se přesouvá těžiště na jednu nebo druhou stranu, nebo jsou obě hlediska v různém poměru kombinována u jednoho a téhož člověka.

Psycholog pátrá tedy po psychologických souvislostech; k tomu je určen svou odbornou erudicí. To neznámá, že tyto souvislosti za každou cenu nalézá. Také negativní zjištění je hodnotným nálezem. Samozřejmost těchto konstatování by nás neměla odradit od jejich praktického uplatnění. Psycholog je odborníkem jen tehdy, jestliže takové "psychologické souvislosti" dokáže rychleji objevovat a posuzovat, nežli odborníci jiní; umí-li "efektivněji" prokázat pravděpodobnost takových vztahů.

Problémy psychologie člověka v podmínkách nemoci jsou ovšem širší, nežli by mohlo vyplývat z rámcové úvahy. Sepjetí genezy onemocnění s psychologií osobnosti je a/ různě těsné a b/ pohybuje se v různých dimensích:

- a/ pravá neuroza jaksi vyplývá z "dějin osobnosti", zatímco už u psychóz bývá tento vztah volnější
- b/ psychologie vzniku fraktury je sice non sense, ale psychologie úrazovosti je velmi poučná /typy lidí, opakovaně vyhledávající riziko úrazu/.

Chorobné dění v organismu přináší samo o sobě změny v jevové poloze; bolesti, závratě, únava, ospalost atd. významně ovlivňují duševní život a mají svou psychologickou charakteristiku. Způsob, jakým je jedinec prožívá není určen jen intenzitou léze a koincidencí různých biosomatických faktorů, ale také osobností. Nemoc znamená také očekávání budoucnosti, která je nemocí podmíněna: kolísá přes lhostejnost, od naděje k zoufalství. Konečné přijetí role nemocného představuje zásadní sociálně psychologickou proměnu. Také psychiatrie psychóz přináší tyto problémy, i když modifikované prismaticem duševní choroby /pacientovi může chybět náhled chorobnosti, pocit chorobnosti bývá často přesunut/.

Psychologovo vyšetření psychiatrického pacienta je určeno dvěma otázkami /někdy jen jednou z nich/:

1. V jakém směru a nakolik lze daný projev osobnosti pacienta pokládat za změněný vlivem nemoci? Jednoduchost otázky je zdánlivá. Ve skutečnosti uvažuje několik souvislostí:
 - a/ srovnání téhož projevu s duševně zdravými osobami
 - b/ srovnání se stavem téže osoby před onemocněním
 - c/ nakolik je příslušný projev přechodný, nakolik trvalý
nakolik tyto zřetele ovlivňují i jednoduché posuzování "mentálního
niveau" či "intelektu"
2. nakolik lze očekávat od psychologických faktorů ovlivnění duševního stavu ve vztahu k nemoci? Také zde nelze zodpovědět otázku bez znalosti osobnosti, která je těm či oněm vlivům vystavena, nebo je sama vyvolává.

Psycholog si při své práci vypomáhá /mimo různé varianty explorační a přirozeného pozorování/ záměrným navozováním situace, nejčastěji v podobě "testů".

Testový úkol má vyprovokovat pacienta k určitému výkonu. "Výsledek" testu nám však neříká zhola nic, nemůžeme-li odpovědět na otázku, čeho je výkon v testu vlastně v ý s l e ě k e m . Mimo projev schopností či vlastností pacienta se zde projevuje jeho vztah k nám, k situaci, jeho eventuální indisposice či záměrné zkreslení. S t u d i u m c h o r o b o p i s u nás nejlépe poučí o osobnosti pacienta, určí směr naší pozornosti, upozorní na úskalí závěrů, vyvozených z diagnostického sezení.

Nejeden projev pacienta - např. - nám může objasnit somatický nález /zvýšená únavnost a spavost po prodělané chřipce/ či záznam o medikaci /útlum a bradypsychismus po vysokých dávkách ataraktik/. Někdy jsou to právě "nesrovnalosti" v chorobopisných údajích, které nás přivedou na stopu závažných poznatků /pacientka u vizity v hluboké depresi, na společenském večírku však čilá a podnikavá; při přijetí udává konflikty s manželkou, při examen, že je 5 let vdovcem/. Jiné záznamy přímo nabízejí psychologické problémy /zvýšená agresivita na oddělení vždy po návštěvě rodičů; rozmanité přenosové dispozice a symbolismy/.

Z výzkumných nebo cvičných důvodů a u některých speciálních metod /některé varianty psychoanalýzy/ můžeme pracovat s pomínutím chorobopisných údajů. Také při skupinové psychotherapii bývá někdy požadováno, aby terapeut nebyl v situaci "hic et nunc" směřován znalostí chorobopisu; v tomto případě však nejde o obvyklý diagnostický zřetel - činnost odborníka je zde vymezena skupinovou situací. V rutinní praxi nelze omlouvat neznalost chorobopisu už i z toho prostého důvodu, že přínos podobných psychologických vyšetření je vykoupěn zbytečným mrháním času /objevování "Ameriky"/, nebo je pochybný: nález degraduje v prosté sbírání nejjednodušších samoučelných dat mechanicky pracujícím laborantem. Mnohé informace, jak dále ukážeme, jsou mimo chorobopis prostě nedosažitelné.

Jistý z á m ě r s n í m ě k e s t u d i u p ř i s t u p u j e m e , j e t e d y z á k l a d e m o r i e n t a c e v p s y c h i a t r i c k ý c h m a t e r i á l e c h .

2. PSYCHIATRICKÝ CHOROBOPIS

Psychiatrický chorobopis je určitým centrem, z něhož práce v léčebně vychází a k němuž se stále znovu vrací. I když nikomu nelze vnucovat postup jeho studia, přece jen lze navrhnout sled, který se nám osvědčil jako úsporný. Podle něj probereme jednotlivé části. Nebývají-li v různých léčebnách vždy stejné formuláře či způsob jejich vyplňování, je jisté obsahové vymezení /a systém/ v zásadě dodržován. Při seznamování se s chorobopisem se snažíme o vytvoření určitého obrazu pacienta v přítomnosti, který pak postupně v různých směrech prohlubujeme.

Především se poučíme na obálce chorobopisu^{x)}, kterou tvoří polotuhá složka, o pohlaví, věku, délce pobytu a pořadí nynější hospitalizace. Jde-li o několikátý pobyt, bývá výhodné začít pobyttem nynějším a pak teprve

x) viz přílohu I

probrat záznamy pobytů minulých /bývají uspořádány od časově pozdějších k dřívějším/. Uzavřené jednotlivé chorobopisy z minulých pobytů jsou sešity do samostatných svazečků, kde na přední stránce jsou osobní data^{x)} /rodinné poměry, bydliště, údaje o zaměstnání/, které nám dokreslí v ý c h o z í o b e c n é ú d a j e o osobě pacienta. Všimneme si také změn, ke kterým došlo mezi jednotlivými pobyty. Známe-li krajové a místní zvláštnosti spádové oblasti léčebny, může nás poučit i údaj "odkud pacient pochází" /vliv lokálních podmínek, skupinové mentality atd./.

Dále vyhledáme l é k a ř s k é p a r e r e , tj. doporučení k přijetí s odůvodněním hospitalizace. Parere je důležitým mezníkem zejména v rozvoji p s y c h ó z y . Pacient bývá v době vystavení parere už natolik psychicky postižen, že nemůže déle setrvat ve svém společenském prostředí, ať už ze subjektivních nebo objektivních důvodů. Toto extramurální vyhrocení pacientova stavu bývá v parere popsáno. Už při četbě parere se pokoušíme rozlišit rovinu p o z o r o v a n é h o a v y s o u z e n é h o . Tento metodický aspekt podržíme i nadále, i když jsme si vědomi, že z praktických důvodů nebývá v záznamu obé přesně rozlišeno. Popis pozorování pouze vystihuje určité projevy, aniž by je vyjádřil ve formě teoretického zobecnění či hypotézy o vnitřním stavu pacienta či dokonce v nosologické souvislosti.

Mimo zápis přímého pozorování a některých nejjednodušších theoremů, mohou mít vysouzené závěry zejména u prvních pozorování velmi relativní, ne-li přímo zavádějící charakter.

Tak např. můžeme číst: pacient grimasuje, citově oploštělý, parathymický, ré.: schizofrenie?

Nevíme na základě čeho diagnostik vysoudil oploštělost, parathymii a grimasování. Už přijímací lékař třeba dochází k závěru jinému: pacient je depresivní a má tic.

Záznam prostého pozorování by vypadal asi takto: nemocný se pohybuje pomalu, mimika i gestika snižená, výraz obličeje působí vážným dojmem, během rozhovoru se příliš nemění; na otázky odpovídá tichým hlasem, po dlouhých latencích, otázky je nutno opakovat; přiznává rostoucí lhostejnost a nechut k jakékoliv činnosti včetně mluvy; občasné přivírání levého oka se současným protažením levého ústního koutku je jen slabě naznačeno a působí dojmem tiku. Odpovědi většinou jednoslovné, avšak přiléhavé. V několika stručných větách, které řekl, nelze pozorovat poruchy logické stavby.

Během hospitalizace se však také mění obraz nemoci, pacient pak sám nejednou dissimuluje příznaky zaznamenané v parere nebo vytváří věrohodné racionalizace.

Proto je důležité i vyšetření, časově nejbližší k parere, obsažené v přijímacím protokolu, jako " p s y c h i a t r i c k é v y š e t ř e n í p ř i p ř i j e t í " ^{xx)}. Je sepsáno krátce potom, co pacient prošel branou léčebny. Zde se dočteme v jakém byl tehdy stavu a co soudil o svých problémech, případně jaké informace podal průvodce. Všimneme si, zda podepsal " p r o h l á š e n í o d o b r o v o l n é m v s t u p u " ^{xxx)}. Kladný případ ještě nemusí znamenat náhled chorobnosti, ale v záporném případě může-

x) viz přílohu II

xx) viz přílohu V-VI

xxx) viz přílohu VII

me soudit, že pacient pokládá pobyt v léčebně za akt násilí proti své osobě. Na oddělení, kam je pacient odeslán žurnálním /službu konajícím přijímacím lékařem/, je pak vyšetřen oddílovým lékařem; vyšetření je pak vidováno /ověřeno/ primářem, který je ev. doplní, schválí nebo pozmění, či rozšíří plán pomocných vyšetření a léčby.

Psychiatrické vyšetření je v podstatě záznamem o řízeném rozhovoru s pacientem, doplněném orientačním vyšetřením tělesným. Rozhovor je zaměřen na tyto oblasti:

rodinná anamnesa /RA/ : "historie" a konstelace rodiny, mikroklima, sociální začlenění, ev. heredita u pokrevních příbuzných

osobní anamnesa /OA/ : nemoci, které pacient až do nynějška prodělal, operace, úrazy, curriculum vitae /běh života/, životní události, školní vzdělání, pracovní zařazení, zájmy, plány, aspirace, sexuální život, vlastní rodina, zvyky, zlozvyky, náruživosti, traumata

nynější onemocnění /NO/ : zkoumá historii nemoci, pro kterou je pac. hospitalizován a její podmíněnost /nikoliv pouze "důvod k přijetí"/. Rozhovor je uzavřen charakteristikou aktuálního /současného/ duševního stavu pacienta - status praesens psychicus /SPP/ - včetně orientačního vyšetření intelektu pomocí jednoduchých otázek. Stručný záznam o stavu pacienta, kterého nebylo možno z nějakých důvodů soustavněji vyšetřit, je označován jako status rapidus.

Examen /zkouška; termín bývá však užíván v širším smyslu jako explorace či vyšetření / je uzavřeno souhrnem /résumé, Ré.:/, zahrnujícím stručnou analýzu psychického i somatického stavu se stanovením základní psychiatrické diagnózy a diagnos diferenciálních /obecně užívané psychiatrické diagnostické terminologii je věnována samostatná kapitola/. K rozhodnutí mezi několika pravděpodobnými možnostmi diagnóz jsou určena další vyšetření, včetně pomocných či konsiliárních /také tyto jsou shrnuty v příslušném oddílu těchto skript/. Psychologické vyšetření bývá vřazováno za examen, ostatní odborná vyšetření bývají založena před poslední stránku chorobopisu. Drobné odchylky vnitřního uspořádání chorobopisu kolísají dle jednotlivých léčeben. Po stanovení diagnózy a plánu vyšetření je určena léčba /therapie, th./. Pacient může být také ponechán dočasně bez terapie /sine th./, jestliže nehrozí nebezpečí z prodlení a je třeba zjistit projevy choroby bez ovlivnění léky, aby pathické dění mohlo být zřetelně rozpoznáno; někteří pacienti jsou pak dodáni ke zjištění duševního stavu např. k účelům soudu "na pozorování" /in observatione, I.O./. K základnímu psychiatrickému vyšetření se postupně připojují přešetření či kontrolní explorace, které vždy znamenají revizi předcházejících závěrů v souvislosti s posouzením změn stavu pacienta, účinku léčby, významu speciálních vyšetření. Zhodnocení stavu pacienta za delší dobu po ukončení léčby se nazývá katamnesa.

Další, často nejobjemnější součástí chorobopisu, je dekurs /decursus morbi, průběh choroby/; jde o průběžné záznamy o pacientovi; formulář je rozdělen na tři rubriky: datum, průběh nemoci a ošetření. V pravidelných inter-

valech /po přijetí a při akutních stavech denně/ jsou zde zaznamenány charakteristiky chování pacienta službu konajícími středními zdravotníky. Všímají si nejen nápadné chorobné produktivity, ale i nálady, sociability, zájmů, činnosti, vztahu k léčbě, účasti na pracovní terapii či artetherapii a samozřejmě registrují průběžně terapii. Pravidelně je sledován také krevní tlak /TK/, váha, puls /P/. V průběhu bývají rovněž zaznamenány výsledky lékařských přeshetření, případně pomocných vyšetření. Dobře vedený dekurs je cenným podkladem pro zjištění dynamiky onemocnění v podmínkách oddělení. Dekurs začíná rovněž popisem stavu pacienta při přijetí, který zaznamenala službu konající sestra. Zaznamená také věci, které ústav přebírá do úschovy /na zvláštní formulář či rubriku/. Dekurs je ukončen záznamem o stavu pacienta při propuštění. Popsané listy dekursu se vřazují do chorobopisu /po přepsání ordinace na nový list, který je ve zvláštní průhledné složce uložen samostatně k denní potřebě/. Dekurs zaznamenává také menses a v případě potřeby některé vegetativní funkce, ev. stolici. Ke kontrole hygieny slouží razítka /koupání, výměna prádla ap./. K důkladnějšímu sledování některých hodnot /jako např. při insulinové léčbě/ slouží teplotní tabulky, kde ve vztahu k medikaci jsou uvedeny hodnoty TK, teplota, váha apod.

Úplný psychiatrický chorobopis obsahuje v nějaké formě /a stupni/ o b j e k t i v n í a n a m n e s u . Je to vžitý, i když nepřesný termín pro informace, které nám o pacientovi sdělí jiné osoby. Rozhodnutí, nakolik jsou takto získané informace "objektivní" závisí na našem subjektivním posouzení. Poměrně "objektivní" bývají údaje o pacientovi vypsané z dokumentace jiných zdravotnických či výchovných zařízení. Čím odborněji jsou zpracované, tím méně podléhají "osobní rovnici" a katathymnímu zkreslování referentů. Zůstává však nebezpečí uplatnění jiného hlediska, většinou bez možnosti výměny názorů při pouhém administrativním kontaktu. Standartní dotazníky, rozeslané a po vyplnění navrácené poštou je bez osobního kontaktu nutno hodnotit velmi opatrně; referent pro nás zůstává "neznámou veličinou" /sem patří např. i školní dotazník dětského oddělení, vyplňovaný třídním učitelem z kmenové školy hospitalizovaného dítěte/. Nejpřínosnější je anamnesa, získaná přímým hovorem s rodinnými příslušníky či osobami, které pacienta znají z nějaké souvislosti, která nás zajímá. U dětských pacientů je objektivní anamnesa, poskytnutá rodiči conditio sine qua non. Čím více rodinných příslušníků se nám podaří vyexplorovat, tím snáze můžeme komplementarizovat jednotlivé informační prameny. Důležitá jsou sdělení o okolnostech, které pacient z vlastní zkušenosti sám nezná, nebo údaje, které neví. Sem nejednou patří okolnosti gravidity a porodu, vývoj v ranném dětství a nemoci spadající do této doby, rodinné utajované zákulisí, adopce, paternita, heredita. K objektivní anamnesě patří informace z pracoviště, vyjádření MNV, případně VB či dalších institucí.

Rodinné, pracovní nebo vůbec životní prostředí pacienta lze také prověřit "v přirozených podmínkách" prostřednictvím odborně erudované sociální pracovnice; v případě rozšířené sociálně psychologické anamnesy může přímo v terénu účinně pracovat sociálně-psychologicky zaměřený psycholog. Konfrontace s reálným prostředím pacienta je i didakticky vhodná jak pro psychology tak pro psychiatry /viz dodatek/.

V chorobopisu nalezneme i další přílohy, dle povahy případu. Bývají to usnesení soudu omezující způsobilost k právnímu jednání /"v případech zákonem stanovených"/, vyjádření k ponechání v uzavřeném ústavu dle § 292, vyslovení ochranné léčby, dokumentace sociálního oddělení k jednání o umístění pacienta v sociálním zařízení či o vhodném zaměstnání, příp. rozhodnutí o invalidním důchodu apod.

V některých chorobopisech bývá přiložen svazek osobních písemností pacienta či zadržovaných dopisů s připojenou poznámkou "ad historiam morbi".

Při propuštění nemocného je na zadní straně chorobopisu z právě ukončeného pobytu lékařem vyplněn "souhrn chorobopisu". Jeho průklep "zpráva ošetřujícímu lékaři" je odeslán ambulantnímu psychiatrovi a obvodnímu či závodnímu lékaři. Zpráva obsahuje stručný výtah z chorobopisu a návrh další léčebné péče a nutných opatření /pokud třeba/. Chorobopis je pak uspořádán, sešit a uložen do archivu. Dojde-li k opakované hospitalizaci, přikládá se k chorobopisu nově založenému.

3. SETKÁNÍ S PACIENTEM

Z různých možných typů setkání s psychiatrickými pacienty si všímáme toho, ke kterému dochází za účelem psychologického poznání pacienta. Pomíjíme zde specifické způsoby navozování situace, které vyžadují např. některé psychotherapeutické metody. Tyto jsou probírány v samostatných přednáškách a v příslušných učebních textech.

Pacient je zpravidla psychologovi odeslán oddíleňským lékařem a vyplněnou žádankou. Jde o standartní tiskopis, který vyplněn vypadá takto:

razítko léčebny

VÝMĚNNÝ LIST - POUKAZ
k odbornému vyšetření, ošetření, ústavnímu léčení

do : psychol. odd. ÚNZ v Šternberku.

Jméno pacienta: Rostislava Krömmlová, nar. 1899.

Bydliště: t.č. odd. XV B.

Žádáno: psycholog. vyšetření.

Subj.obtíže: viz chorobopis.

Objekt.nález:

Dg.:

psychopathická osobnost schizoidní
parafrenie?

Datum: 16.12.68

razítko a podpis
lékaře

Lékař odesílající pacienta, žádá tedy v tomto případě psychologické vyšetření, které má přispět ke stanovení diferenciální diagnózy. Žádanka vždy vychází z formulace psychologického problému, nikoliv z požadavku určité metody. Volba metody je věcí psychologovy odbornosti a k témuž cíli mohou vést metody různé. Někdy žádanka specifikuje problém konkrétněji, jako: vyšetření intelektu, paměti, pozornosti, vhodnosti pro skupinovou psychotherapii atd. Výchozí problém je zde zjednodušen, psycholog ví, oč zde především jde, ale ani to nezabavuje povinnosti a nutnosti řešení dílčího aspektu v rámci celé osobnosti.

Na druhé straně lístku je "lékařská zpráva - nález". Ke zprávě o výsledcích psychologického vyšetření tuto rubriku zpravidla neužíváme - vyšetření mívá zvláštní blankety "psychologické vyšetření", které počítají s větším rozsahem zprávy, nežli u jiných odborných závěrů.

Psycholog v léčbě bývá s odděleními v osobním kontaktu, takže průběžné porady o pacientovi umožňují pružné a účelné řešení. V některých případech odesílá pacienta na vyšetření soud či jiná instituce, resp. jiné zdravotnické zařízení - ale tyto případy se týkají činnosti ambulantní. Někdy vyhledá psychologa hospitalizovaný pacient sám. Ve všech případech jedná psycholog v dohodě a v intencích léčebné péče oddělení; zásadním předpokladem úspěšné zdravotnické péče je principiální jednota zdravotnického teamu, kde odlišné názory řeší diskuze mezi odborníky a nikoliv diskuze s pacientem, kterou by kterýkoliv člen teamu podnikal "na vlastní pěst". Jiná možnost výběru pacientů pro psychologické vyšetření, ev. pro jinou psychologickou péči, bývá uplatňována tak, že se psycholog účastní vizit a sám navrhuje, ve kterých případech by mohl býti nápomocen.

Psychologickému vyšetření je třeba předeslat, že pro ně s plnou závažností platí zásada "primum non nocere"; situace psychologického vyšetření - i když je pokládána za "ryze" diagnostickou - na pacienta v různé míře působí a ovlivňuje ho. To, co je profesionálně označováno jako "test" nebo "experiment", je pacientem prožíváno jako "zkouška". Pacient vesměs nemá určitou představu o smyslu jejích jednotlivých položek, ani o dosahu výsledků. Zpravidla ale tuší, že mohou ovlivnit rozhodnutí o způsobu léčby, o délce pobytu apod. Zkouška znamená současně nároky a tím i jisté zatížení; při některých stavech /např. organické etiologie/ může např. lpění na aplikaci "baterie testů" nežádoucím způsobem prohloubit exhausci. Je proto třeba předem pečlivě vážit, zda užitek z provedení testu vyváží možnou škodu a zda test neužíváme k prokazování faktů, které jsou jednoznačně prokazatelné či dokonce už prokázané jinak. Je tedy třeba vyvarovati se alespoň těchto možností:

- a) aby zkouškou nebyl vyvolán nebo prohlouben pocit nemožnosti, méněcennosti, defektuozity
- b) aby nedošlo k úzkostnému očekávání utajeného "rozsudku", "ortelu", či k přesvědčení o úkladech psychologa, který umí člověka "doběhnout" /účinky nevhodné popularizace!//

c) aby nebyla narušena důvěra ve zdravotníky /naivní otázky či primitivní úkoly testu u inteligentních pacientů;/ /nekritické přenášení metod výzkumných či pedagogických, ev. vykonstruovaných u zeleného stolu, do klinické praxe/

d) aby nedocházelo ke škodlivému přetížení.

Tyto důvody vyžadující posouzení psychologických účinků, vedou, mimo jiné, k tomu, že psychologové trvají na tom, aby užívání testů nebylo svěřováno lidem bez odborného vzdělání.

Získávání "psychologického materiálu" začíná v okamžiku prvního setkání s pacientem. Zejména si všímáme:

1. celkového vzhledu a vzezření /oblečení, uprava, konstituce, držení těla - jak může bazální výraz ovlivnit choroba, najdeme v řadě učebnic ^{x/}
2. pohybů vcelku /včetně chůze/
3. mimiky a gestiky /včetně jemných pohybů rukou a prstů/
4. kvalit hlasu a intonace /"řečové mimiky"/
5. vnitřní struktury řeči /latence, pauzy, slovní zásoba, výstavba vět /xx/

Hořejší hlediska charakterizujeme v průběhu celého sezení, zejména však v těchto situacích:

1. vstup, první kontakt /pozdrav, představení se/
2. usazení se, polohy během sezení
3. změny v závislosti na průběhu rozhovoru a užití vyšetřovacích metod
4. rozloučení a odchod.

Zapamatujme si všechny spontaneity, zlovyky, gesta rozpaků, hyperkinesie, inkompability etc. Při popisu dodržíme rozlišení mezi pozorovaným a vysouzeným, tedy mezi popisem mimiky a úsudkem o intrapsychické tensi, pozornosti, citlivých bodech apod. Těmito prameny psychologického poznání se zabýváme především proto, že **o s o b n í k o n f r o n t a c e** s pacientem vždy nějak ovlivňuje naše konečné závěry a spoluurčuje zorný úhel, v jehož kontextu nabývají dílčí položky nového významu. Tento vliv však může zasáhnout bezděčně, neuvědoměle a tím bez možnosti rozboru a vědomého zhodnocení příslušných

x/ Bärtschneider, M., Kleines Diagnostikon, Jena, 1966
Ebleuler, E., Endokrinologische Psychiatrie, Thieme, 1964
dále: většina učebnic interny, jako
Lukl, P., Vnitřní lékařství, Praha, 1965, učebnice neurologie, jako
Černáček, J., Neurologická propedeutika, Bratislava, 1955

xx/ Také zde existuje bohatá literatura; nelze zavrhnout ani některé podněty z tzv. lidoznalství.

Do problematiky konstituce poskytne úvod klasická práce Kretschmer, E., Körperbau und Charakter, 23. Aufl., 1961,
novější stanoviska probírá
Rohracher, H., Kleine Charakterkunde, Wien-Innsbruck, 1965
speciální problematiku uvádí
Kietz, G., Der Ausdruckgehalt des menschlichen Ganges, Leipzig, 1952
Leonhard, K., Der menschliche Ausdruck, Leipzig, 1968

příklady výrazu duševně nemocných najdeme ve většině učebnic psychiatrie, jako např. Bumke, O., Lehrbuch der Geisteskrankheiten, München, 1929
a pozdější vydání

faktorů. Může dojít i k mezní situaci, kdy výsledky zdánlivě "exaktního" vyšetření jsou uplatňovány ve funkci racionalizace takového "intuitivního" dojmu. Nejde nám o vyloučení osobního *d o j m u*, které bývá mlčenlivým předpokladem pohrdavého odsouzení "dojmologie". Domníváme se naopak, že osobní dojem nelze z psychologického pozorování vyloučit beze škody pro úplnost poznání člověka. Je ovšem pravdou, že "dojem" má nestejnou cenu. "Dojmy" některých lidí, jsou skutečně bezcenné; i když může jít o "knižní teoretiky a vzdělance". Tyto však lze ztěžší označit za praktické psychology. Je tedy třeba, abychom vytvořili předpoklady pro dojmy hodnotné, opírající se o znalosti, zkušenost a psychologickou citlivost a vřadili je do patřičných rozměrů a souvislostí našeho přístupu k pacientovi. Nuže; jednou z možností zvládnutí dojmu je schopnost zjišťovat, čím je podmíněn. Pak je teprve možno vytřídit zrna a plevy.

Stručný úvod do problematiky posuzování výrazu emocí lze najít u Woodworth-Schlosberga^{x/}. Pro naše účely je záhodno upozornit na některé okolnosti. Zejména u pacientů s hlubšími psychiatrickými poruchami, stojí začátečník najednou v rozpacích před výrazem, který pociťuje jako neobvyklý, nezařaditelný do navykých schemat běžných mezilidských reakcí. Tento zážitek "neznámého" může pokoušet k odstranění bezradnosti pomocí více méně násilného přiřazení k "obvyklému". Spíše se však vyplácí pátrání po zkušenostech se zdánlivě "zanedbatelnými kvantitami" okrajových situací, kde lze najít klíč. Ani svět schizofrenika není ničím totálně mimolidským a neuchopitelným. Právě zde se však dostává do popředí nutnost rozlišovat několik *s t u p ň ů p o p i s u*.

1. Popis na úrovni vnímání /pozorování objektu/ : změny pohybů a napětí svalů, změny pozorovatelné na povrchu kůže a viditelných sliznic /bledost, cyanosa, ereuthismus, Maragnonovy skvrny, turgor apod./, na očích /lesklé, halonované, lakrimace apod./. Ani zde se neubráníme komplexnějšími charakteristikám /např. klade levou ruku dlaní na zátylí a mne vlasy mezi palcem a ukazováčkem/.
2. Popis na úrovni dojmu /pozorování subjektu/ : jistá soustava projevů /podnětů/, aktivizuje současně i jiné prameny mých poznatků o pacientovi a navozuje ve mně odpovídající stav, který je současně podmíněn minulými zážitky, zkušenostmi a schopností je kombinovat; dochází k "probatorní resonanci", "vcítění", "částečné identifikaci" či k "projekci". Slovní poklad jazyka nashromáždil za staletí bohatství pojmů, které jsou výsledkem takového amalgámu dojmu a vyznívajících výrazů /smutek, radost, zvědavost, exaltace, podezíravost apod./.

x/ Woodworth, R.S., Experimentálna psychológia, Bratislava, 1959, 123 - 148
k průkopnickým pracím je počítán
Darwin, Ch., Expression of the emotions in man and animals, London, 1872,
český překlad: Výraz emocí u člověka a zvířat, Praha, 1962

3. Popis na úrovni asociací: teprve nyní mohou popřát volný běh svým asociacím, které zpravidla ústí do nějaké alegorie, která se v různé míře blíží "uměleckému" vyjadřování /působí dojmem jako by dlel myšlenkami v jiném světě; jako by ho v zádech pálil upřený pohled nepřátelského pozorovatele/.

Od 1.-3. stupni vzrůstá podíl osobitého hodnocení; výrazné případy pravidelně nepředstavují obtíže; jemné projevy mohou zavádět a je třeba, abychom z jejich charakteristiky uměli složit počet. I když bude jiný odborník číst náš popis i při ev. "proměně kulis a role", může pak hodnotit fakt, proč pacient na pozorovatele působil právě takovým dojmem.

Z důvodů metodicky pochopitelných začínáme volným rozhovorem, přecházíme k zaměřené exploraci a dalším speciálními metodám, jak je známe z metodologie klinické psychologie. Pacient musí mít nejprve "volný prostor" projevu.

Dodržení psychologicky odůvodněného postupu /jakkoliv tento postup neznamená univerzální šablonu/ není ovšem závislé jen na pravidlech a osobě pacienta, ale stejně i na osobě či osobnosti psychologa a jejích zvláštnostech. Setkání není jen setkáním psychologa s pacientem, ale je současně setkáním pacienta s psychologem. Je věcí výcviku, aby umožnil posluchači poznat svou osobní rovnici^{x/}. Cílem ovšem nemůže být v žádném případě vytvoření - ostatně nereálné - jediného typu standartizovaného psychologa, ale obrácení osobitých předpokladů k plodnému využití pro odpovídající typ zaměření a psychologické práce^{xx/}.

D i d a k t i c k á p o z n á m k a. Řada závažných aspektů práce s pacientem je probírána pod titulem "Přenos a protipřenos" v přednáškách "Analytická psychologie osobnosti II".

Sebepoznání a "sebekorekci" mohou sloužit praktika, při kterých posluchač systematicky sleduje vlastní reakce, které jsou signifikantní zejména při konfrontaci s modely extrémních poloh lidské existence, s jakými se setkáváme právě na psychiatrii. Nutné zkušenosti z tohoto prostředí proto nepokládáme za výlučnou doménu psychologů, kteří hodlají pracovat na psychiatrii, ale za nástroj průpravy psychologů kteréhokoliv směru.

Už sám "zevní" přístup ke sféře psychózy bývá pravidelně poučný pro poznání "vnitřního" vztahu vědomí k oblasti vlastního nevědomí^{xxx/}. Ponecháme-li stranou banální laické obavy z fyzického napadení, je hlavní podklad strachu z bližšího poznání světa duševní nemoci diktován úzkostí

x/ Široký, H., Prolegomena k psychologii a psychopatologii osobnosti, SPN, Praha, 1967

xx/ Riemann, F., Die Grundformen der Angst, München, 1961
Riemann, F., Die Struktur des Therapeuten und ihre Auswirkung in der Praxis, Psyche, 1963, 150-159
Riemann, F., Die Struktur des Analytikers und ihr Einfluss auf den Behandlungsverlauf, Fortschr. Psychoan., I, 1964, 156-175
Tyto práce obsahují základní indicie platné v tomto směru i pro psychologovu práci všeobecně.

xxx/ Srv. k tomu vztah vědomí a nevědomí:
Jung, C.G., Zwei Schriften über analytische Psychologie, Zürich-Stuttgart, G.W.VII
Jung, C.G., Praxis der Psychotherapie, Zürich-Stuttgart, G.W.XVI

z provokace vlastních nevědomých komplexů. V obraně před takovou možností "psychické infekce" pramení řada nežádoucích postojů veřejnosti k psychiatrickým pacientům. Námaha získání vnitřní jistoty a vyrovnanosti je nahrazována pohodlnou tendencí k potlačení vědomí lidské příbuznosti a solidarity s duševně nemocným. Naivní kalkulace počítá s tím, že čím odlišnější, zavržitelnější a nepochopitelnější se bude psychotik jevit, tím méně bude mít jeho problematika společného s "průměrným" člověkem. Odtud krutost ve vztahu k psychiatrickým pacientům, posměch a zlomyslnost. Stejně však prozrazuje nevyvážený postoj soucitně nadřazená rozcitlivělost a jalové litování.

Oproti těmto distancujícím manévřům vystupuje někdy opak: fascinace chorobným obsahem; přitažlivostí, která vyzařuje ze střetnutí příbuzných komplexů, které u pacienta pronikly do vědomí, a zmocnily se ho, u pozorovatele "dřímají v nevědomí".

Také oblast neuróz, jejíž hranice vůči "normě" jsou značně permeabilní, je nadána mocí fascinovat i budit nerozumné averse. Tyto zkreslující postoje mají různou sílu; pracovník na psychiatrii /i kterýkoliv pracovník jednající psychologicky s lidmi/ však musí ovládnout i jejich rudimentární formy. Různé, třebaš drobné averse, preference, libůstky mohou - jsouce nepoznány - znehodnocovat náš vztah ke klientům.

V našem výcvikovém a studijním středisku usilujeme o to, aby během práce s pacienty posluchač soustředil kritický zřetel na pacienta i na sebe sama. Uvádíme alespoň několik orientačních bodů pro východiska **a u t o d i a g - n o s t i k y** :

1. Kterými **KLINICKÝMI OBRAZY** a u jakých pacientů /věk, pohlaví, inteligence/ se nejraději zabývám? Které mne odpuzují, zneklidňují, dráždí, rozčilují ap. ? Případají nepochopitelné, cizí ? Přeceňuji živel "normální" či "chorobný" /u duševně nemocných/ ?
2. Jaká **TÉMATA** s oblibou exploruji a kterým mám sklon se vyhýbat ? Zapomínám se pravidelně ptát na určité údaje ? Zapomínám nebo si pletu určitý druh informací ?
3. V **JAKÝCH PODMÍNKÁCH** snáze navazuji a udržuji kontakt ? /Volný či plánovaný rozhovor, vizita, individuální či skupinová situace, test/
4. Reaguji **BĚHEM VYŠETŘENÍ** na nějaké situace napětím, trémou, úzkostí, nudou, studem ap., nebo tím, že se mi záležitost vymkne z rukou ? Čím jsou v daném kontextu podmíněny pocity trapnosti ? Uspokojení ? Humoru ?
5. Na kolik jsem závislý na **OBDIVU, SYMPATIÍCH** pacientů ? Jakých ? Čím se snažím "udělat dojem" ? Preferuji či odmítám některé z těch, kteří jsou mi svěřeni ?
6. Reaguji v **ÚDOBÍ PRAXE NA PSYCHIATRII** změnou nálady, zmnožením mylných výkonů ? Pozoruji příznaky některých pacientů na sobě ? Proniká psychiatrická tematika do mých snů ? Objevily se či zhoršily neurotoidní či neurotické manifestace ?
7. Proměňuji často svůj názor na nemocného ? Trvám na výchozím dojmu i proti dalším poznatkům ?

Při těchto a podobných "bodech" nejde o pořízení "inventáře postojů" či o aplikaci testu. Test v podobné situaci spíše formalizuje a schematizuje; jde o náměty k pozorování a přemýšlení, ke kterým má každý přiřazovat své další individuální problémy a variace. V hořejších bodech se obrážejí nejčastější "puncta dolorosa", jak jsme se s nimi při praxích i stážích v našem zařízení setkávali. Na rozdíl od požadavku charakteristiky "zevního" výrazu chování objektu, jsou charakteristiky sebepozorování cíleny přímočařeji k "niterným" zážitkům. Výsledky sebepozorování jsou srovnány s pozorováním a zkušenostmi, které s posluchači učinili pedagogové, podílející se na výcviku a s pozorováním kolegů. Slouží jako podklad skupinového či individuálního rozboru.

1. SETKÁNÍ S PROSTŘEDÍM PACIENTA

Prostředí pacienta = prostředí člověka. S o c i á l n í prostředí zde vystupuje s významem tak nápadným a určujícím, že nám může uniknout význam položek ostatních; o psychologickém faktoru kraje - např. - hovoříme ve stati věnované artetherapii. Svůj psychologický vliv má však i prostředí "věcné" v užším slova smyslu i předměty, jimiž je člověk od dětství obklopen, zařízení bytu, umístění bydliště. To bylo v psychologii už vícekrát diskutováno, jako např. R. Müllerem Freienfelsem^{x/}.

Dochází-li k setkání s pacientem v naší vyšetřovně, poznáváme ho v našem prostředí. Setkáváme-li se s ním na oddělení, vidíme ho sice v jeho dočasném prostředí, ale toto je zase spíše dílem zdravotnictví, nežli jeho samého; obě tato prostředí bývají pro celé skupiny pacientů zhruba stejná, což umožňuje v některých ohledech srovnání pacientů mezi sebou. Sociální vztahy pacientů na psychiatrii však mají daleko do všestranně podchytilné uniformovanosti. Na oddělení přicházejí a odcházejí nemocní, jejichž komunikace s ostatními i s námi je různě deformovaná; mění se zdravotnický personál; přicházejí návštěvy; pacienti vytvářejí mezi sebou různé typy vztahů známých ze skupinové psychologie; izolují se, tvoří podskupiny, cítí vzájemné sympatie, strach atd. Na vycházkách a společných podnicích se poznávají a sbližují nemocní z různých oddělení. Chtít podchytit všechny sociální relace všech pacientů během pobytu, by znamenalo nejen nadlidskou práci, ale i nastolení režimu nepřiliš odlišného od dobře prosperující věznice. Nesmíme se však nechat odradit, abychom poznávali alespoň "vzorky" či "sondy", které nám jsou dostupné. Při dostatku času lze vidět pacienta uprostřed denního života v léčebně: na vycházkách, v parku, v tělocvičně, při artetherapii, v dílnách pracovní léčby, při besedách a zábavách, v klubu atd. Poznatky získané takovým přirozeným pozorováním a kontaktem bývají někdy překvapující.

K "extramurálnímu" rozšíření zorného pole přispívá v nejjednodušší situaci setkání s příbuznými, přáteli či známými pacienta při návštěvách v léčebně. Často můžeme přímo vidět jejich vzájemný vztah /toho využívají ně-

x/ Müller.Freienfels, R., Die Seele des Alltags, Berlin,W, 1925

keré skupiny psychotherapeutické či varianty psychodramatu: zvou rodinné příslušníky do sezení/; rozhovorem s nimi si nejen prohlubujeme představu o "aktérech pacientova dramatu", ale obohacujeme i svůj materiál o pacientovi. Často nás však nikdo z okolí nemocného nenavštíví; zde se pak mimo běžné sociální vyšetření otevírá možnost práce na rozšířené sociálně-psychologické anamnéze, získávané přímo v terénu. Není zbytečná ani v jiných případech: ruce však nám zde svazují nedostatečné personální i materiální možnosti.

1. Problematika "objektivních" informací. Je známo, že ve striktně vymezených podmínkách analytické psychotherapie bývá o užitečnosti informací o pacientovi, získaných od rodinných příslušníků ap. pochybováno; pro efekt psychoanalýzy mají cenu poznatky, které do ní analyzand sám vnese. "Jiné zdroje" vnášejí nedůvěru mezi analytika i analyzanda, mohou vytvářet škodlivé vedlejší zainteresování na pacientových osudech; proto také nemůže analytik vzít do své péče rodinného příslušníka atd.^{x/}
- Jakkoliv je dobře zvážit i širší dosah těchto varování, je patrné, že se týkají specifické metodiky. Psychiatrie /ani psychologické poradenství/ však nemůže přijmout zásadu dobrovolného omezení informovanosti, protože
- a) užití specifické metody psychoanalýzy se týká pouze zlomku klientely; u větší části "psychiatrické populace" není použitelná
 - b) u další části představuje pouze jeden aspekt komplexní péče a pak toto omezení platí jen pro odborníka, který se u příslušného pacienta analyzou zabývá; také zde se však může osvědčit teamový přístup.

Omezení specifické metodiky však neznamená omezenost poznatků analyticky orientované teorie. Analytická situace je výsledkem pokusu o metodologické zjednodušení obecné mezilidské situace pro účely daného způsobu psychologického ovlivnění. Také podmínky psychiatrické hospitalizace znamenají v nejednom ohledu určité zjednodušení existenčních možností individua.

V psychiatrické praxi bývá, jak už řečeno, označována za "objektivní" každá informace o pacientovi, která nepochází od něj samého. Důvod této terminologické nepřesnosti lze pochopit. Je odvozen ze zjednodušeného případu, kde na jedné straně stojí konfusní, "zmatený" subjekt, kdežto na straně druhé je "normální" a tedy jaksi objektivnější pozorovatel. Jde tedy o ideál zkresleného a nezakresleného přístupu ke skutečnosti, který ovšem zdaleka nemusí platit pro všechny oblasti duševního života.

- a) Nejbližší výchozímu modelu stojí akutní psychózy, především stavy amentní či amentně delirantní; pro většinu případů lze počítat s tím, že psychická alterace nepostihuje soudnost stejnoměrně ve všech ohledech.
- b) Také informující příbuzní nejednou vykazují znaky duševní abnormality /psychopatie, oligofrenie, residuum po vlastní prodělané psychóze atd./, která může ovlivnit jejich svědectví.

^{x/} Srv.: Freud, S., Zur Einleitung der Behandlung, Schrift. zur Neurosenlehre und zur psychoanalytischen Technik, Wien, 1931, 359-385

Freud, S., Ratschläge für den Arzt bei der psychoanal. Behandlung, ib, 340-351

- c) Hořejší předpoklad alternativy "subjektivní" - "objektivní", t.zn. "zkreslený-nezkreslený" selhává v oblasti "malé psychiatrie" /neurózy/.
- d) Referenti mohou být v různé míře zainteresováni na určité, jim vyhovující stylizaci obrazu nemocného, na aranžování dojmu, který by získal zdravotníky pro jejich úmysly.

Jako "objektivní obraz" platí nejspíše ideál, k němuž směřujeme na základě srovnání nejrozličnějších pramenů o pacientovi, s našimi poznatky z psychologie, psychopathologie, psychiatrie.

Problematika anamnes, získávaných od osob v okolí pacienta se v nejednom ohledu blíží problematice s v ě d e c k é v ý p o v ě d i . V každém případě bychom se měli vyjádřit k hodnověrnosti svědectví, které přijímáme za součást chorobopisu. Ta záleží na vztahu k nemocnému, inteligenci, vzdělání, psychologickém postřehu a dalších vlastnostech osobnosti. Hlubší aplikace psychologických metod práce je zde tedy na místě.

2. Základní úkoly sociálně-psychologického šetření. Rostoucí pohyb v oblasti sociologie, sociální psychologie a studia mezilidských vztahů, podtrhují závažnost pozorování osobnosti v jejích přirozených podmínkách a sociálních kontextech. S o c i o l o g i e zde postupuje od studia velkých skupin k individu, sociální psychologie vychází od individua, na němž zkoumá vliv sociálních závislostí. Dostupné literatury k této tématice je dostatek /Jurovský, Baumann, Fischer, Balley, sociologické časopisy a knihnice/.

Sociálně-psychologické vyšetření

- a) zodpovídá některé sporné či neúplné údaje, na které jsme narazili při práci /s pacientem/ a které formulujeme jako jeho úkol
- b) přináší další poznatky, na jejichž podkladě namnoze formulujeme úkoly pro další práci s pacientem.

Psychologickou erudici je nutno osvědčit v několika směrech:

1. při charakteristice "atmosféry" prostředí pacienta /bydliště, pracoviště, míst pobytu/ a jeho možných vlivů na jeho psyché ev. psychopathologickou produktivitu
2. při výběru, posouzení a vedení rozhovoru či získávání informací referentů, zvláště s ohledem na jejich

aa/ hodnověrnost a psychologickou typovou charakteristiku /osobnost/

bb/ místo v konstelaci pacientova sociálního atomu

cc/ na možnou úlohu v podněcování pathické aktivity, případně na jejich reakci na pathickou aktivitu nemocného

3. při pátrání po psychologických souvislostech v užším slova smyslu; patří k nim především:

aa/ utváření pacientovy "premorbidní" osobnosti /proměny povahy, schopností, zájmů, nálad atd. ve vztahu ke konstituci, dědičnosti,

prodělaným úrazům, nemocem atp. /viz anamnéza/ a k úloze prostředí/
bb/ situační a časové okolnosti rozvoje či vzniku pathické reaktivity a
jejího obsahu.

Nejednou je třeba vyhledat osoby, které pacienta znaly v různých obdobích jeho života. Sociální práce v terénu vyžaduje mimo odborné vzdělání jistou pohotovost v jednání s lidmi a navíc něco, co bychom mohli označit jako "psychologický detektivní smysl". K vyvážení eventuality bezmezné horlivosti a k upevnění vědomí ethických hranic našeho počínání může přispět seznámení s prací Myrona Brentona^{x/}.

D i d a k t i c k á p o z n á m k a. Přímou konfrontaci s prostředím pacienta mimo zdravotnické zařízení /příp. s pacientem v jeho vlastním prostředí/, považujeme pro budoucího odborného pracovníka na psychiatrii za velmi účinnou přípravu k budoucímu povolání. Znemožňuje profesionální zjednodušení "pozorovatelské optiky", předvádějící duševní nemoc jako "uzavřený systém" /"izolovaný preparát"/. Třibí citlivost pro společenské souvislosti a dynamiku interpersonálních vztahů, kterou nemůže postrádat ani ten, kdo se nehodlá sociální psychiatrii a psychologii věnovat soustavně. Též zvyšující se procento některých psychických poruch či narušených mezilidských relací /neurózy, suicidalita, toxikomanie, kriminalita / naznačuje širší společenskou podmíněnost, která praktikovi nesmí zůstat nezažitým abstraktem.

5. ZÁVĚREČNÉ PSYCHOLOGICKÉ HODNOCENÍ

Šíře, v níž se psycholog pacientem zabývá, je dána obtížností řešeného problému a časovými možnostmi. Kratší a zjednodušený přístup bude volit u dílčího vyšetření, kde rozpozná, že základní poměry jsou jasné, nebo pro ovlivnění situace pacienta z hlediska psychiatrického zařízení lhostejné. Také při návalu pacientů /charakteristickém pro ambulantní práci/ bude tlačen ke "stručné verzi orientačního vyšetření". Je záležitostí profesionální zodpovědnosti, aby nepřekročil hranici, od níž se provizorium diktované nouzovou personální a časovou situací stává úkonem "ut aliquid fieri videatur". Patří k podstatě psychologické práce, že jí nelze bez újmy na kvalitě časově omezovat. Každý řešený problém si žádá svůj čas. Přístup k člověku jako osobnosti na základě srovnání různých informačních pramenů, zůstává základní a určující. Psychologické vyšetření není kvalifikováno "pomůckami", ale odborným zaměřením a vzděláním psychologa, který dospívá ke svému "nálezu" či "závěrečnému psychologickému hodnocení". Závěrečný není totéž co definitivní. Závěry mohou být provedeny na různé úrovni a v různých stadiích: směrodatný je cíl.

^{x/} Brenton, M., Vetřelci do soukromí, Praha, 1968

Když psycholog získal materiál studiem chorobopisu, setkáním s pacientem, jeho prostředím, či rodinnými příslušníky, užitím speciálních vyšetřovacích metod apod., stojí před úkolem syntézy dílčích poznatků a aspektů. Syntéze předchází s y s t e m a t i c k é u t ř í d ě n í získaných poznatků, na základě našeho záměru: pátrání po psychických souvislostech zkoumaných projevů, příznaků, obtíží. Výchozí orientaci nám může poskytnout p a r a l e - l o g r a m časového průběhu biografických údajů a psychických, resp. pathopsychických manifestací.

Na jednu polovinu stránky zaznačujeme s dostupnou přesností datované životopisné údaje jako je nemoc, úraz, změna zaměstnání, sňatek, rozvod, ukončení školy, přestěhování, konflikty apod. Na druhou stranu, ve srovnatelném časovém rozmezí, zaznamenáváme psychické změny a veškeré významné charakteristiky, např. změny nálad, životního ladění, objevení se paranoidity, halucinací, fobií, nutkavých stavů atd. Nejvýznamnější bývají podobné souvislosti u tzv. reaktivních stavů, kde po traumatizujícím zážitku následuje manifestní neurotická aktivita. Také zde můžeme pozorovat různé intenzivní "reprízy" či analogie minulých postojů. Jindy vyzkoušíme na "zevních okolnostech" relativně nezávislý cyklický průběh. Detailní rozbor věnujeme především kritickým obdobím. Tak např. zjistíme, že srovnáme-li časové záznamy v dekursu, objevuje se souvislost mezi zdánlivě ničím navyprovokovanými záchvaty agresivity a návštěvami rodičů. Pozoruhodné bývá detailnější porovnání okolností manifestace psychotických projevů na počátku nemoci.

Sedmnáctiletý hoch přichází do léčebny s pocitem, že se změnil, pozoruje, že má nějak malformovaný genitál /neodpovídá skutečnosti/, má strach, že nezvládne homicidální a suicidální popudy, které se v něm vynořují, má obavy z impotence, v noci ho pronásledují úzkostné sny s katastrofickými motivy, má dojem, že má dvě hlavy, z nichž každá říká něco jiného. Takto výrazný obraz většinou nabízí diagnózu počínající schizofrenie a s ní hypotézu "endogenity", která může vést k přehlédnutí různé významné spoluúčasti psychických faktorů. Pro posouzení psychopathologické dynamiky není bez významu okolnost, že od třinácti let intenzivně onanuje a asi kolem 14. roku se u něj rozvinul typický "onanistický komplex". Vývoj aktuálního akutního stavu navazuje na několik zážitků; jejich porovnání bychom předdeslali, že "onanistický komplex" řešil resignací a poddáním se ipsaci.

Do léčebny přichází v polovině prosince.

září	taneční	s dívkami se nedokáže sblížit; oživení sex.problematiky a ipsace; sebepozorování
konec října	babička ho varuje, že z onanie pohlavně onemocní	úzkostné pozorování při ipsaci; narušení reflexu; nové úzkosti; asi se mu změnil genitál /pupínky, naběhlé žíly, asymetrie/; začíná být impotentní; měl by se vyzkoušet při coitu

listopad
začátek
prosince

zhlédl film s téma-
tikou sexu a zločinu

nápad, že dívku by mohl získat
znásilněním: "A vraždit bys ne-
chtěl?" Raději se zabít, nežli
ublížit. Obě myšlenky se obrače-
jí v obsese. Objevují se katastro-
fické sny a zážitky vnitřního
rozporu: jakoby měl dvě hlavy

Takové srovnání pochopitelně nadhazuje další otázky po jeho vnitřním vývo-
ji; zároveň indikuje souvislosti, které jsou závažné jak prognosticky, tak
pro psychologickou práci s pacientem, kterou v takových případech nesmíme
opominout ani při ev. biologické terapii.

Východiska, která přináší paralelogram, neznamenaají samozřejmě mechanic-
ké uplatnění zásady "post ergo propter". Souvislosti vnitřní dynamiky a
"zpracování zážitků" nejsou patrné pro toho, kdo není obeznámen s příslušnými
poznatky, zákonitostmi "vnitřního" duševního dění.

Cenné podněty pro utřídění materiálu a příslušné zaměření pozornosti
přináší orientační schéma práce s biografickými a jinými poznatky dle
Schultz-Henckeho^{x/}, i když autor vychází především z oblasti neuróz, kterou
však pojímá poněkud širěji, nežli naše učebnice.

1. Důvod příchodu: symptomatika:
Začátek nebo podstatné zhoršení symptomů:
2. Spouštějící situace:
3. Premorbidní osobnost /popis a charakteristika pacienta, zvláštnosti
neurotické struktury, "povahopisné údaje"/:
4. Vznik a vývoj neurozy /rozbor příznaků ve vztahu k povaze a k charakte-
ristice dětského vývojového období; typy recentních a infantilních kon-
fliktů; formování traumatogenních situací/:

poznámka: symptomatologická charakteristika jednotlivých pobytů

Shrnutí:

- A. jde o tyto stížnosti a příznaky /"sopsis" s co nejpřesnějším vyznačením
trvání, remisí, intervalů/:
- B. pravděpodobný vztah mezi příznaky a osobností /"povahou"/ pacienta
- C. jsou přítomny tyto faktory
 - a/ brzdící uzdravení :
 - b/ podporující uzdravení :

P s y c h i c k o u d y n a m i k u "ve zdraví i v nemoci" je třeba hodno-
tit především s ohledem na tyto možné závislosti:

I. Dědičnost a vrození činitelé. Hans Hoff /v.t./ shrnuje výsledky bádání
o dědičnosti psychóz takto: 1. není pochyby, že endogenní psychózy jsou, při
nejmenším zčásti, podmíněny dědičnými faktory, 2. není děděna psychóza -
- pouze dispoice /"nikoliv osud, pouze hrozící osud"/, 3. je děděna dispo-
sice k určité duševní nemoci, nikoliv všeobecná dispoice, 4. způsob zdědě-
ní není jasný, 5. faktory dědičnosti a prostředí jsou mnohonásobně korelová-
ny, 6. otázka "ohraňčených reakčních mozkových forem" není jasná.

x/ Viz následující seznam literatury

Je třeba vzít v úvahu, že také zdraví lidé mohou být po předcích "duševně zatíženi". Dědičně a časně získané předpoklady trvalejšího rázu tvoří "konstituci". Za vrozené faktory významné pro neurozy bývá uváděna: hypersensibilita - nadměrná citlivost a citovost /Marcinowski: hypersensitivita/, hypermotorika - zvýšený tlak k pohybovému vybití, hypersexualita /Schultz-Hencke/. A. Dührssen pokládá za možné, že je vrozená i jistá základní schopnost k přeučování, k získávání nových poznatků a tím i možnost korekce. Adler vyslovil hypotézu, že vrozená méněcennost některé orgánu či tělesný defekt mobilizující kompenzace, které se mohou uplatnit v pozitivním i pathickém smyslu. Schwidder pokládá za vrozenou vitalitu, "základní pudovou sílu".

II. Somatogenie a psychogenie. Ohraničení podílu jednoho či druhého bývá někdy nesnadné /o tom pojednává diferenční diagnostika/. Pro psychologický přístup platí, že i somatogenní nemoc představuje životní a "psychologicky subjektivní" situaci v podmínkách osobnosti. Nemoc se obráží v duševním stavu /nejvýrazněji např. u horečnatých delirií/, duševní stav se obráží v nemoci. Sem spadá i bohatá problematika somatogenních psychóz, s níž se těsně stýká hraniční problém endogenity a exogenity.

III. Mentální schopnosti a inteligence. V jistém rozmezí bývají pokládány za vrozené; mentální niveau určuje nejen způsob psychologické práce, ale i klinický obraz.

IV. Věk a pohlaví přinášejí specifickou problematiku. Někteří autoři mluví v závislosti na věku o vzestupné a sestupné linii. C.G.Jung o psychologii životního dopoledne a odpoledne. Adler poukázal na neurotizující vliv samého faktu stáří. Presenilní, senilní, involuční psychózy jsou většinou probírány samostatně. Ve vztahu k věku je třeba vážit životní názory, perspektivy ap.

V. Charakter trvání a fixace příznaků. Sem spadá i posouzení vztahů somatických, psychických a osobnostních činitelů psychogenního rázu; kompenzace, přesuny, ev. symbolická funkce. Dlouhé trvání je nepříznivým prognostickým faktorem. U neuroz je užitečnou pomůckou Schultz-Henckeho index "závažnosti neurozy": podkladem je posouzení symptomatiky vzhledem k zatěžkávající situaci. Bouřlivá reakce na masivní trauma je prognosticky lepší, nežli neurotická reaktivita třeba mírnější, ale v běžných životních podmínkách. Nepříznivým faktorem jsou "výhody z nemoci", klasický obrat mluví o "útěku do nemoci". Lpění na nepříjemných příznacích mohou podporovat "sebetrestající tendence" /Alexander/, stejně jako únik před životními povinnostmi. Kretschmer ukázal na funkci "příležitostného aparátu". Skutečná nemoc /ve smyslu organické přiměřenosti/ evokuje přizpůsobení /např. uhýbání bolesti/, které může persistovat - za příhodných osobnostních podmínek i po odeznění somatického podkladu. Heigl poukazuje na nepříznivý vliv "náhradního uspokojení". "Zařídí-li se" neurotik na své obtíže /volbou partnera, zaměstnání, narkomanii/ nerad se vzdává nemoci, která by znamenala radikální změnu a odepření "náhradních požitků". Je třeba prognosticky posoudit změnitelnost životních podmínek.

VI. Vitalita je nesnadno definovatelným, přece však závažným činitelem. Psychoanalytici hovoří o "regenerační schopnosti já". Bývá pokládána za aktivně-pozitivní vztah k životu a opisována alegoriemi životní energie, vůle k životu, elánu, síly.

VII. Hierarchie hodnot je závažná nejen u neuróz, ale i u jiných onemocnění; obsahuje životní filosofii. Styl života bývá neformulovaným výrazem "světového názoru". Často spoluurčuje nejen formování konfliktů, ale proniká i do klinického obrazu; může představovat mocný negativní i pozitivní zdroj vlivu.

Těchto několik bodů má obohatit naši práci s materiálem, nežli přistoupíme k "závěrům". K bližšímu studiu jsou určeny příslušné přednášky. Na tomto místě alespoň několik odkazů na literaturu^{x/}.

Byla to především neurologie, která přes studium komplexů, snů, mýtů a psychotických produkcí umožnila vybudovat dynamickou psychologii, schopnou obsáhnout jak tzv. děje v normě, tak oblast produktivity psychopathologické. Uplatnění jejích poznatků neznamená likvidaci rozdílu mezi psychotickým, neurotickým a normálním, ale umožňuje i v oblasti psychóz pozorovat psychické faktory, které dříve unikaly pozornosti. Tento přístup neznamená polemiku s biologickou či jinou terapií, ale rozšíření přístupu ve spolupráci s ní.

-
- x/ Adler, A., Studie über Minderwertigkeit von Organen, Berlin-Wien, 1907
Adler, A., Über den nervösen Charakter, Wiesbaden, 1912
Alexander, F., Psychoanalyse der Gesamtpersönlichkeit, Leipzig-Wien-Zürich, 1927
Dührssen, A., Das Problem der Intelligenz in der Psychotherapie, Nervenarzt, 1964, 1, 22-28
Freud, S., Úvod do psychoanalýsy, Praha, 1945
Freud, S., Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, Frankfurt, 1967 /G.W.XV/
Hau, E.C., Familienneurose und Familientherapie, Z. psycho-som. Med., 1964, 3, 145-227
Heigl, F., Über Bedeutung und Handhabung der Gegenübertragung, Z. psycho-som. Med., 1960, 2, 110-123
Heigl, F., Persönlichkeitsstruktur und Prognose, Z. psycho-som. Med., 1964, 2, 102-114
Hoff, H., Lehrbuch der Psychiatrie I, Basel-Stuttgart, 1956
Jores, A., Der iatrogene Kranke, Med. Welt, 1962, 35, 1-16
Jores, A., Möglichkeiten und Grenzen der Therapie in der Medizin, DDZ, 1963, 13, 365-368
Jung, C.G., Praxis der Psychotherapie, Zürich, 1958 /G.W.XVI/
Konečný, R., Význam hodnocení a hodnot pro psychotherapii neuróz, I. čl. psychiat. kongr., Jeseník, 1959 /ref./
Kretschmer, E., Hysterie, Reflex und Instinkt, Leipzig, 1944
Langen, D., Exploration mit ungerichteten Fragen als orientierende Untersuchungsmethode, Arzt. Prax., 1962, 2, 57, 73-79
Marcinowski, J., Der Mut zu sich selbst, Berlin, 1912
Nunberg, H., Allgemeine Neurosenlehre auf psychoanalytischer Grundlage, Bern-Berlin, 1932
Quint, H., Zur Diagnostik der Neurose, Fortschr. Med., 1962, 2, 63-66
Rechenberger, H.G., Beeinflusst das Subjektverständnis die Diagnosefindung?, Landarzt, 1962, 18, 770-772
Riemann, F., Zur Psychopathologie des Alters, Sammlb. "Alt-werden-können", 1958, 59-75
Schilder, P., Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage, Leipzig-Wien-Zürich, 1925
Schultz-Hencke, H., Lehrbuch der analytischen Psychotherapie, Stuttgart, 1951
Vaessen, M.L.J., Kriterien für die Indikation zur Psychotherapie, Z. psycho-som. Med., 1964, 3, 198-209
Vondráček, V., Hodnoty a hodnocení v psychiatrii, Praha, 1964
Waelde, R., Psychic determinism and the possibility of prediction, Psychiat. Quart., 1963, 32, 15-42

D i d a k t i c k á p o z n á m k a . Aby se posluchač naučil provádět závěrečné psychologické hodnocení v širším kontextu, začínáme každé společné přešetření referencí studenta o pacientovi, kterého vyšetřoval. Je nejen přípravou pro kazuistické myšlení a odborné sdělování informací o nemocném, bez něhož je teamová práce nemyslitelná, ale i pobídkou k promyšlení všech možných aspektů, které mohou vymezit a doplnit psychologické vyšetření.

Kazuistický referát má postupovat s ohledem na postupné vytváření obrazu pacienta a jeho problematiky u zúčastněných. Zpravidla doporučujeme toto uspořádání:

1. Osobní údaje /jméno, věk, stav/
2. Vzdělání, zaměstnání /úroveň, vzestup, sestup/
3. Místo původu, bydliště, pracoviště
4. Rodinné poměry, včetně možné heredity /nukleární a vlastní rodina/
5. Důvod nynějšího příchodu do léčebného zařízení
6. Lékařský nález /psychiatrická diagnóza, somatický stav, ev.pomocná lékařská vyšetření/
7. Charakteristika minulých pobytů, ev. atak či jiných psychopathologicky závažných manifestací /stálé a proměnné znaky v klinickém obrazu, účinnost dřívější terapie apod./
8. Rozbor obsahu příznaků a "paralelogramu"
9. Významné biografické okolnosti a charakteristika osobnosti ve vztahu k příznakům
10. Nynější stav /během pobytu na oddělení; záznamy dekursu, účinky terapie, hospitalizace apod./
11. Výsledky speciálních psychologických metod.

Následuje diskuze a formulace závěrů psychologického vyšetření, zahrnujících posouzení příslušných aspektů osobnosti a možných dynamicko psychologických souvislostí.

Základové postavení psychiatrických léčeben v lůžkové péči v nemocnách, postihové psychickým onemocněním, nejlépe ilustruje statistika:

	ČSSR celkem:	ČSSR - psychiatr. léčebny :	Čechy a Morava celkem :	Čechy a Morava psychiatr. léčebny :
počet lůžek :	18 917	15 698	15 522	14 296
počet přijatých nemocných :	53 374	39 841	39 863	39 410
				/rok 1966/

Podět přijatých má převažující podíl v lůžkové péči v nemocnách, v Čechách a na Moravě připadá na jednoho schizofrenického pacienta 18,3%, na onemocnění nervy 17%, duševní a psychogenní stavy 29%, psychopatie kolem 6% a oligofrenie kolem 2,7%. Z toho je zřejmé, že v lůžkové péči v psychiatrických léčebnách.

PŘEHLED UŽÍVANÝCH PSYCHIATRICKÝCH DIAGNÓZ

Diagnostický profil v duševně nemocných osobách se odvíjí od proporce více uvedených. Důležitým faktorem je délka doby nutné hospitalizace a stupně zdravotní invalidity. O složení "psychiatrické populace" lze získat informace ze statistiky nemocných v ústavní péči, která je zpracována v přehledu o duševní schizofrenii /40 - 50%.

Obsah:

- 1. Výchozí problematika psychiatrické diagnostické terminologie 63
- 2. Zkratky 64
- 3. Psychozy 65
- 4. Neurozy, poruchy osobnosti a jiné nepsychotické duševní poruchy 86

Procento alkoholické a omamných látek v duševně nemocných osobách je velmi nízké, kolem 2 - 3%. Základní údaje informují o aktuálním zastoupení nemocnosti léčeben podle jednotlivých psychiatrických diagnóz, vyznačených z všech nemocných /viz příloha VIII/.

Oproti psychiatrii je v oblastech somatických onemocnění relativně málo používaná termínologie /viz příloha IX, 10 na statistické popisech "stavů duševních". Vyznačuje se určitostí, že duševní onemocnění se vrací k příčinám, které jsou méně pravidelné. Může vyvolávat málo být jedním z příznaků onemocnění duševní povahy, a některé somatických psychóz, jindy mohou mít vysokou stabilitu onemocnění. Může tedy a faktor jednovrstevný.

etiopatogenetických příčinách onemocnění není dosud plně vyjasněná. Otázka etiopatogenetických příčin onemocnění je ústřední v mnoha oblastech sporů. V systémech různých duševních onemocnění, jak se odvíjí v jednotlivých ústavních léčebnách, se odvíjí určitá osobní postoje autorů, vychází z různých předpokladů podle převažujících

1. VÝCHOZÍ PROBLEMATIKA PSYCHIATRICKÉ DIAGNOSTICKÉ TERMINOLOGIE

Klíčové postavení psychiatrických léčeben v lůžkové péči o nemocné, postižené psychickými onemocněními, nejlépe ilustruje statistika:

	ČSSR celkem:	ČSSR - psychiatr. léčebny :	Čechy a Morava celkem :	Čechy a Morava psychiatr. léčebny :
počet lůžek :	18 917	16 698	15 522	14 296
počet přijatých nemocných :	53 374	39 841	39 863	29 410
				/rok 1966/

Počet přijatých mužů převažuje nad počtem žen přibližně o 10%. V Čechách a na Moravě připadá na diagnózu schizofrenie kolem 16,5%, na onemocnění manio-depresivního okruhu cca 10,5 %, na organické psychózy /senilní, arteriosklerotické apod./ asi 11%. Alkoholismus a alkoholické psychózy kolem 15%, neurózy a psychogenní stavy kolem 25%, psychopatie kolem 6% a oligofrenie kolem 4,5%. Jsou z n a č n é i n d i v i - d u á l n í r o z d í l y mezi jednotlivými psychiatrickými léčebnami.

Diagnostický profil s o u č a s n ě hospitalizovaných osob se ovšem liší od proporcí výše uvedených. Mimo jiné k tomu přispívá různě dlouhá doba nutné hospitalizace u různých diagnostických kategorií. O složení "psychiatrické populace" současně hospitalizované, nás informuje sčítání nemocných v určený den, tzv. c e n s u s . Ukazuje na převahu diagnózy schizofrenie /40 - 55%/. Následují:

organicky podmíněné stavy /20 - 30%/
 psychogenní stavy /7 - 10%/
 epilepsie /4 - 6%.

Procento alkoholiků a onemocnění z okruhu maniodepresivní psychózy se pohybuje kolem 2 - 4%. Základní údaje informující o některých faktorech činnosti léčeben podává s t a t i s t i c k ý l í s t e k p s y c h i a - t r i c k ý , vyplňovaný u všech nemocných /viz přílohu VIII/.

Oproti psychiatrii je v oblastech somatických oborů lékařství relativně málo používán termín r e v e r t e n c e /srv. rubriku č. 14 na statistickém psychiatrickém lístku/. Vystihuje skutečnost, že řada nemocných se vrací k přeléčení, někdy i více méně pravidelně. Nízká rewertence může být jednou příznakem zhoubnosti onemocnění /např. u arteriosklerotických psychóz/, jindy naopak měřítkem stability léčebného úspěchu. Nejde tedy o faktor jednoznačný.

Etiopatogeneza mnohých psychiatrických onemocnění není dosud plně vyjasněná. Otázka n o z o l o g i c k ý c h j e d n o t e k je dosud v mnoha oblastech sporná. V systematické poruch duševního života, jak se např. obráží v jednotlivých učebnicích a přehledech, se zřetelně odrážejí osobní postoje autorů, výchozí teoretické předpoklady podle příslušnosti

k té či oné psychiatrické škole. Jednotné klasifikační členění psychiatrie, obdobné např. interním či chirurgickým oborům, neexistuje, i když nalézáme řadu celkem shodně užívaných kategorií, jako např. oligofrenie a maniodepresivní psychóza.

I při maximální toleranci ke stanovisku některých směrů, pokládajících přesně vymezenou nozologickou diagnostiku za nepodloženou či zavádějící, lze v praxi takové stanovisko pokládat za neúnosné, už i z hlediska orientace v oboru.

Zůstává však otevřenou otázkou, jak členit přehled poruch duševního života, zvláště v práci, která má zprostředkovat základní vodítka v problematice duševních chorob. Toto členění by mělo být, dle našeho názoru, minimálně poplatné názorům autora a při tom maximálně blízké terminologii, používané v Československu. V řadě oblastí psychiatrie /epidemiologie, farmakoterapeutický výzkum apod./ se již před lety ukázala potřeba mezinárodně srovnatelného dělení a terminologie. Z této potřeby vycházela Světová zdravotnická organizace při sestavování mezinárodní statistické klasifikace nemocí, úrazů a příčin smrti /dále zkracuji MSK/. Nejnovější úprava MSK byla propracována v roce 1966 a u nás je v platnosti od 1. ledna 1968.

Terminologie v oblasti duševních chorob je ve skutečnosti kompromisem mezi různými přístupy k problematice. Jde však o jedinou, skutečně oficiální systématickou. Její používání - i když pouze pro statistické účely - je u nás povinné.

Praktické použití této klasifikace v učebnicovém překladu je krajně neobvyklé. Její výhodou však je, že při jejích použití vycházíme relativně málo z apriorních individuálních přístupů. Navíc jde o terminologii všeobecně přijatelnou; individuální odlišnosti v postojích většiny našich psychiatrů je pak možno ozřejmit v jednotlivých oddílech.

Příslušná onemocnění probíráme především s ohledem na seznámení s touto oficiální systematikou v rozsahu pouze informativním, odpovídajícím základní orientaci v užívané terminologii; znalost příslušných učebnic psychiatrie a psychopatologie je nutná. Bereme zřetel na praktické okolnosti, které glosujeme. Geneza duševních poruch je vždy multifaktorielní: předepisujeme proto, že všude tam, kde hovoříme o příčinách, máme vždy na mysli příčinu hlavní! Podobně komentujeme terapii.

Na levé straně je před názvem diagnózy uvedena číselná značka.

Duševní poruchy jsou v MSK zahrnuty v kapitole V.

2. ZKRATKY

V textu budou použity některé zkratky /běžné v praxi/, jejichž význam uvádíme:

alk., alkohol. se rovná alkoholický

art. se rovná arteriosklerotický

CNS se rovná centrální nervový systém

depr. se rovná depresivní
EEG se rovná elektroencefalografický
Ep., epil. se rovná epilepsie, epileptický
EŠ se rovná elektrošoky
kardiovasc. se rovná kardiovaskulární
neurasthen. se rovná neurasthenický
org. se rovná organický
paran. se rovná paranooidní
pers. se rovná persekuční
psp. se rovná psychopathie
PL se rovná Psychiatrická léčebna
psychot. se rovná psychotický
sen. se rovná senilní
sex. se rovná sexuální
som. se rovná somatický
suicid., suic. se rovná suicidální
tr. se rovná trestný
N S se rovná blíže neurčené.

3. PSYCHÓZY /290-299/

290 Senilní a presenilní demence.

290.0 Senilní demence.

Příčina : Degenerativní změny primárně mozkové tkáně.

Charakteristika : Základem je syndrom organické demence, s pravidelným postižením osobnosti, často ve smyslu "zkarikování" premorbidních povahových rysů, změnami emotivity /nejčastěji tupá/, s přibývajícím nekritičností a neschopností adaptace na běžné životní podmínky. O ostatní symptomatologii přítomné u větších skupin nemocných informují termíny : forma simplexní /přítomna převážně základní symptomatologie/, forma depresivní /přítomen výrazný syndrom depresivní, často hypochondricky podbarvený/, forma paranooidní, respektive paranooidně-halucinatorní /přítomen paranooidní, případně paranooidně-halucinatorní syndrom/, forma manická /s manickým, případně hypomaniacickým syndromem, poměrně časté úchytky sexuality/. Presbyofrenii charakterizuje přítomnost korsakovských rysů, zvýšená agilita až delir zaměstnanosti, nápadná svěžest somatická.

Therapie : snahy ovlivnit terapeuticky základní proces selhávají. Psychofarmakoterapie zaměřená na přídatné příznaky; psychohygienická opatření.

Průběh a prognóza : vznik někdy bez provokačních momentů pozvolna, jindy akutněji po psychogenní nebo somatické provokaci. Nejčastější pozvolná či rychlejší progresa, i poměrně dlouho stabilní stavy nejsou výjimkou.

P o z n á m k a : onemocnění se vyskytuje vzhledem k stoupajícímu věku obyvatelstva stále častěji. Nedostačující kapacita sociálních zařízení a rozpad klasické struktury rodiny vede k stále většímu tlaku k přijímání těchto nemocných do PL, mnohdy převážně z příčin sociálních. Výše uvedené formy nejsou všeobecně uznávány, někdy jsou používány i termíny jiné. Na výsledném psychopathologickém obraze se velmi často spoluúčastní příznaky podmíněné /nebo spolupodmíněné/ faktory somatogenními nebo psychogenními, tyto lze snáze terapeuticky ovlivnit. Čisté senilní demence jsou vzácné, obvykle jde o spoluúčast složky arteriosclerotické s převahou složky senilní. Těžší deprese v seniu často imponují svým klinickým obrazem jako demence /útlum imituje dementní symptomatologii/, oddiferencování může být obtížné, je však nutné.

S e n i l n í p s y c h ó z a d e p r e s i v n í :

P ř í č i n a : viz shora

C h a r a k t e r i s t i k a : Jde o psychotický depresivní syndrom často podbarvený paranoidně, příměs prvků organické demence je častý.

T h e r a p i e : viz 296.2, nutno věnovat značnou pozornost somatickému stavu.

P r o g n ó z a a p r ů b ě h : Průběh /již pro nutnost opatrného dávkování farmak/ bývá protrahovaný, prognóza tam, kde je aktivní terapie možná, dobrá.

P o z n á m k a : Většinou půjde o první manifestaci depresivní psychózy ve vysokém věku. Někteří autoři neuznávají samostatnost této diagnostické kategorie.

S e n i l n í p s y c h ó z a p a r a n o i d n í :

P ř í č i n a : viz výše

C h a r a k t e r i s t i k a : paranoidní syndrom bývá velmi často zaměřený proti nejbližším příbuzným, bludy okrádanosti velmi časté.

T h e r a p i e : psychofarmaka, psychotherapie.

P r ů b ě h a , p r o g n ó z a : nejistá, vyléčené vzácné, zlepšení častější.

290.1 P r e s e n i l n í d e m e n c e .

Jde pravděpodobně o rozsáhlejší skupinu organických demencí vyskytujících se v preseniu, jejichž etiologie nespadá do některé z později popsaných.

P ř í č i n a : presenilní degenerativní změny mozkové tkáně primárně.

Nejčastější klinické formy jsou :

m o r b u s P i c k .

Heredogenerativní proces postihuje převážně čelní a spánkové laloky mozkové.

C h a r a k t e r i s t i k a : nejčastěji mezi 45-60 rokem věku nastupují, po počátečních neurotických potížích a povahových změnách asociálního typu, příznaky organické demence s výraznou ztrátou aktivity, ke konci se objevují stupory, verbigerace, automatismy, fatické a praktické poruchy.

m o r b u s A l z h e i m e r .

Změny mozkových buněk se liší od změn při senilní demenci pouze kvantitativně a lokalizací.

C h a r a k t e r i s t i k a : obvykle kolem 50 let dochází k vývoji syndrom organické demence s poměrně značnou převahou poruch mnestických nad poruchami myšlení. Poruchy funkcí fatických, praktických a mnestických jsou časně a značné.

T h e r a p i e : nemůže zastavit ani zpomalit průběh onemocnění, symptomatologicky léčíme psychofarmaky nejrušivější příznaky.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : průběh obou chorob relativně rychle progreduje a končí smrtí na somatické komplikace.

P o z n á m k a : onemocnění není příliš časté, na rozdíl od demence senilní a arteriosclerotické není sociálně-medicinským, ale pouze lékařským problémem. Diagnostika je obtížná, bez pomocných metod /PEG, EEG/ často nemožná.

291 A l k o h o l i c k á p s y c h ó z a .

P ř í č i n a : změny ve funkci mozkových buněk jako důsledek užívání /většinou dlouhodobého/ alkoholických nápojů. Jde o přímý vliv; nutriční důsledky apod.

291.0 D e l i r i u m t r e m e n s .

C h a r a k t e r i s t i k a : po léta trvajícím abusu alkoholických nápojů, nejčastěji koncentrovaných, dochází nejdříve ke vzniku prodromálních syndromů, hlavně neurasthenických, nočních neklidů a anxiety. Poté se rozvíjí delirantní syndrom s plnou desorientací, hyperagilitou až delirem zaměstnanosti, velmi výraznými halucinacemi hlavně zrakovými a taktilními. Z tělesných doprovodných příznaků je typický masivní třes, profusní pocení, konjunktivitida, tachykardie, často hyperthermie.

T h e r a p i e : hemineurin, valium, librium, sedace, přívod tekutin, hroznového cukru, vitaminy, jaterní preparáty, péče o celkový stav.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : letální zakončení u nás poměrně vzácné, při patřičné terapii odeznívá stav během několika dní.

P o z n á m k a : častým provokujícím momentem je infekce, úrazy lbi. Onemocnění je u nás vzácnější, než např. v západních zemích, pravděpodobně pro jiný profil konzumovaného alkoholu.

291.1. Korsakovova psychosa alkoholová.

Charakteristika: po dlouholetém abusu spíše koncentrátů dojde k vzniku korsakovského syndromu doprovázeného polyneuritickými obtížemi s maximálním postižením DK.

Terapie: abstinence, vitaminy ze skupiny B, hlavně B1.

Průběh a prognóza: stav se může /ale nemusí/ po většinou několikaměsíční terapii upravit.

Poznámka: onemocnění dosti vzácné. Typičnost polyneuritických potíží sporná, někdy jsou přítomny pouze rudimentárně. Nutné oddiferencování od korsakovských syndromů jiné etiologie /častějších/.

291.2 Jiná alkoholická halucinosa.

Alkoholická halucinosa.

Charakteristika: po období prodromálních nočních neklidů s anxiositou, a spíše ojedinělými sluchovými ilusemi až halucinacemi, dojde k plnému rozvoji halucinatorního syndromu. Halucinace jsou sluchové, nepříjemného /výhružného/ obsahu, někdy doprovázené halucinacemi jinými, emotivita bývá anxiosně-depresivní, někdy persekční bludy; spíše podružné.

Terapie: insulin s glukosou, vitaminy, psychofarmaka.

Průběh a prognóza: začátek poměrně akutní, průběh akutní nebo chronický, většinou dochází při abstinenci a terapii k odeznění během několika týdnů až měsíců.

Poznámka: k této psychóze může dojít po kratším abusu a u mladších alkoholiků než u většiny ostatních. U déle trvajících stavů nutno pomýšlet na možnost provokace onemocnění schizo. okruhu alkoholismem nebo náhodnou koincidencí.

291.3 Alkoholická paranoia.

Alkoholická paranoia /alkoholická psychóza paranoidní/.

Charakteristika: po dlouhodobém abusu /někdy méně excesivním než u ostatních alk. psychóz/ dojde k pozvolnému rozvoji paran. bludů, velmi často emulačně zaměřených. Ostatní symptomatologie je podružná, sekundární.

Terapie: insulin s glukosou, vitaminy, psychofarmaka.

Průběh a prognóza: průběh je chronický, onemocnění se v některých případech nevyléčí.

Poznámka: termíny alkoholický paranoid, alkoholický emulační blud, alkoholická emulační psychóza jsou téměř obsahově identické. Značná část nemocných zůstává pravděpodobně doma nevyлéčena, skryta za "manželskými nesváry". Zdánlivě drobná symptomatologie a submisivní slušné chování v PL může kontrastovat s těžkou agresivitou doma; tato okolnost ztěžuje úvahy o propuštění z ústavní péče.

Paranooidní syndrom alkoholický.

Jde o psychotickou poruchu spíše krátkodobou, obdobnou alkoholické paranooidní psychóze /co do klin.obrazu a symptomatologie/.

291.9 Jiné a NS.

Demence alkoholická /alkoholová/.

Charakteristika: po dlouholetém abusu alkoholických nápojů dojde k rozvoji syndromu organické demence s výraznou emoční labilitou, těžkou poruchou společenských vztahů a degradací osobnosti.

Therapie: polyvitaminosní, abstinence, případně protialkoholní léčení /viz při 303/.

Průběh a prognóza: lehčí změny se mohou výjimečně upravit, jinak prognóza spíše špatná.

Poznámka: čisté alk. demence jsou v PL dosti vzácné, častěji se spolupodílí alkohol na etiologii jiných org. demencí. Dále sem zařazujeme některé vzácné psychot. stavy. Uvádíme např. alkoholhysterii, alkoholepilepsii. polioencephalitis superioralkoholica.

292 Psychóza na podkladě nitrolební infekce.

292.0 Progresivní paralýza.

Příčina: luetické onemocnění, prodělané před lety.

Charakteristika: základním syndromem je téměř vždy organická demence běžného charakteru. O ostatní častější symptomatologii informují formy: a/ prostá dementní: dominuje prostá demence, nejčastěji s euforickým laděním emočním,

b/ pseudoneurasthenická /cerebrasthenická/: dominují neurasthenické potíže, emoční doprovod obvykle depresivní. Demence nemusí být těžká,

c/ expansivní: v popředí jsou velmi polymorfni, často nehorázná, většinou megalomaniacká, někdy hypochondrická nebo persekční bludy, doprovázené expansivní náladou,

d/ maniodepresivní: bývá přítomna nejčastěji depresivní, jindy manická nebo střídavě depresivní a manická nálada jako nejvýznamnější příznak.

Ostatní formy jsou z hlediska praktické orientace bezvýznamné. Může například docházet k obrazům agitovanosti, paranooidně-halucinatorním, delirantním.

Therapie: pyretotherapie /nejlépe malarie/, antibiotika doplněná arsenem a bismutem, jodem.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : začátek obvykle pozvolný, prognóza bez terapie infaustní, při terapii individuálně rozličná, při prosté formě většinou špatná.

P o z n á m k a : začátek onemocnění, obvykle až desítiletí po prodělání akutní infekce; někdy i několik málo let po infekci. V léčebných přežívá ještě řada "starých" paralytiků. Dnes je onemocnění dosti vzácné, nejčastější je prostá a neurasthenická forma. Diagnostika bez likvorologického nálezu nemožná, velmi důležitý je nález neurologický, z psych. příznaků neschopnost správné výslovnosti paradigmát. Existují nemocní s klinickými příznaky velmi připomínajícími expansivní formu progr. paralýzy, ve skutečnosti jde o schizofrenní a etiologii.

292.1 J i n á f o r m a p ř í j i c e C N S .

Sem řazené choroby jsou dnes velmi vzácné. K ilustraci uvádíme psychózy při luetické meningoencephalitidě, při vasculární Lu mozku, při gumatech mozku.

292.2 E p i d e m i c k ý z á n ě t m o z k u .

V akutním stadiu zánětu mozku se můžeme setkávat s nejrůznějšími psychotickými obrazy /delirantními stavy, schizoforními stavy, halucinatorními obrazy a jinými/. Následné stavy mívají podobu demence. Jde o obrazy v praxi vzácné; u akutních nejasných stavů musíme o možnosti této etiologie přesto uvažovat.

292.3 J i n ý n e b o N S z á n ě t m o z k u .

292.9 J i n á n e b o N S n i t r o l e b n í , i n f e k c e .

Sem řadíme onemocnění s relativně vzácně se vyskytující psychotickou symptomatologií /často jsou onemocnění sama vzácná/. Dle spíše difúzní nebo lokalisované formy postižení a akutnosti či chroničnosti půjde buď převážně o obrazy delirantní, amentní, dementní nebo o obrazy specifické.

293 P s y c h ó z a n a p o d k l a d ě j i n ě h o o r g a n i c k é h o p o s t i ž e n í m o z k u .

293.0 P ř i m o z k o v é a r t e r i o s k l e r ó z e . A r t e r i o s k l e r o t i c k á d e m e n c e .

P ř í č i n a : organické změny mozkových buněk v důsledku hypoxie způsobené arteriosklerózou mozkových tepen /tepének, vlásečnic/.

C h a r a k t e r i s t i k a : syndrom organické demence nebývá tak výrazný jako při demenci senilní /290.0/, bývá lakunární. Vědomí chorobnosti bývá přítomno, úsudek bývá relativně zachován, emotivita bývá depresivně, resp. anxiosně-depresivně podbarvená. Formy s převahou povahových změn nejsou vzácné.

T h e r a p i e : kyselý procain, serie inj., oxyphylin, pyridoxin, jódové preparáty, psychofarmaka symptomaticky, obecná hygienická a psychohygienická opatření.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : onemocnění, začínající obvykle v 6 nebo 7 deceniu /někdy dříve/, mívá pomalejší průběh než demence senilní, kolísavý průběh i zlepšení stavu nejsou výjimečné, většinou však dochází k pozvolné progresi, hrozí riziko akutních příhod mozkových cévních.

P o z n á m k a : okolnosti uvedené v poznámce k sen. demenci /290.0/ se vesměs týkají též demence arteriosklerotické.

J i n é p s y c h ó z y a r t e r i o s k l e r o t i c k é.

Jde o obrazy delirantní, amentní, halucinatorní, obvykle s nočním maximum symptomatologie. Paranoidní a parafrenní psychózy nejsou výjimkou.

T h e r a p i e : viz arteriosklerotická demence.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : prognóza nebývá nejhorší, je však nutno počítat s možností vzniku arteriosklerotické demence jako s dalším příznakem selhávání činnosti mozkové.

P o z n á m k a : sem řazená onemocnění nejsou zdaleka tak častá jako art. demence, nejsou však výjimečná; na možnost art. etiologie musíme vždy pomýšlet u starších nemocných, hlavně s nočním maximum potíží.

293.1 **J i n é c e r e b r o v a s c u l á r n í p o r u c h y.**

Při akutních cévních příhodách mozkových dochází k psychotickým stavům většinou amentním nebo delirantním, léčených spíše na interních nebo neurologických odděleních. V závislosti na rozsahu a lokalizaci poškození mozkové tkáně může po apoplektických příhodách docházet k nejrůznějším psychoorganickým syndromům. Poruchy jsou někdy reverzibilní.

293.2 **P ř i e p i l e p s i i.**

Jako oblast hlavně neurologickou pomíjíme úmyslně základní formy epileptických paroxysmů, i když mohou někdy mít převážně psychickou symptomatologii. Po epileptických záchvatech může někdy dojít k pozáchvatové obnubilaci s desorientací, anxiositou, inadekvátním chováním, někdy i jinými projevy; občas dochází k mylnému odeslání takových stavů do psychiatrických léčeben.

M r á k o t n ý a d e l i r a n t n í s t a v.

Mrákotné stavy mohou mít všechny možné podoby u těchto stavů známé. Delirantní stavy bývají spojeny s těžkou agresivitou, anxiositou, živou halucinatorní aktivitou. Typické je rudé zbarvení zrakových halucinací /krev apod./.

T h e r a p i e : antiepileptika.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : začátek akutní, prognóza jednotlivé poruchy dobrá, tendence k opakování.

P o z n á m k a : nejde o onemocnění příliš časté, pokud však jsou psychotické stavy spojené s těžkou agresivitou, jde, z hlediska společenského, o nejnebezpečnější pacienty vůbec, "odsouzené" pro několik podobných stavů na celý život k trvalému pobytu v PL.

E p i l e p t i c k á d e m e n c e .

P ř í č i n a : spíše opakované ischemie mozkové než opakovaná mikro-traumata lbi.

C h a r a k t e r i s t i k a : obraz běžné organické demence promíšený prvky epileptických změn povahových /309.4/.

T h e r a p i e : antiepileptika, symptomaticky psychofarmaka.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : obvyklá je pozvolná progresse.

P o z n á m k a : nemocní jsou nepříjemní spíše pro své změny povahové než pro demenci. Přítomnost a intenzita demence u epileptiků není zákonitě závislá na častosti záchvatů; časté záchvaty však nesporně riziko jejího vzniku a prohlubování zvětšují. Viz též poznámky při 309.4.

J i n é p s y c h ó z y e p i l e p t i c k é .

Může jít o obrazy připomínající schizofrenii, ale i o psychózy halucinatorní nebo paranoidně-depresivní, katatonní či jiné. Typický je epizodický výskyt, velmi časté poruchy vnímání.

T h e r a p i e : mimo antiepileptik je někdy přípustná terapie psychofarmaky.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : relativně akutní začátek s trváním několikadenním až několikaměsíčním, vyléčení téměř pravidlem; je možnost opakování.

P o z n á m k a : u všech epizodicky se vyskytujících psychóz, hlavně pak s poruchami vědomí a živými vizuálními halucinacemi musíme i při relativní vzácnosti epilept. psychóz pomýšlet na možnost epileptické etiologie /nutno provést EEG vyšetření/.

293.3 N i t r o l e b n í n o v o t v a r .

Základním syndromem, podmíněným celkovým působením novotvaru na mozek, je organický psychosyndrom. Pro tento jsou typickými hlavně následující změny: porucha paměti pro čerstvé vjemy, snížená schopnost logického uvažování, porucha pozornosti, poruchy afektivity s emoční labilitou při celkové otupělosti a apathii. Delirantní nebo amentní stav jako celková reakce mozku na novotvar však není výjimkou. Lokalizací tumoru je pak dána ostatní psychopathologická symptomatologie.

T h e r a p i e : operativní, případně paliativní, symptomatologicky psychofarmaka.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : jsou závislé na prognóze a možnosti terapie základního procesu, mnesticke a intelektuální poruchy jednou vzniklé již málokdy regredují.

P o z n á m k a : přes to, že nejde o onemocnění příliš časté, musíme vždy pomýšlet na možnost novotvaru při psychoorganickém syndromu a obrazech nejasné etiologie. Podrobné neurologické vyšetření je nutným doprovodem psychiatrického vyšetření, oční pozadí, případně EEG, PEG, likvor v sporných případech nutné.

293.4 D e g e n e r a t i v n í o n e m o c n ě n í C N S .

Jde o onemocnění vzácná, většinou s obrazem organické demence, doprovázené interním nebo neurologickým nálezem.

293.5 Ú r a z m o z k u / l b i / .

Mozkové úrazy v akutním stadiu jsou léčeny na somatických odděleních, psychotické poruchy je doprovázející pomíjíme. Jde o poruchy vědomí, často doprovázené amentními nebo delirantními obrazy.

C h a r a k t e r i s t i k a : v těsné návaznosti na úraz /komoci, kontuzi, frakturu lbi/ nebo jako stavy vzniklé po období latence vidáme někdy obrazy Korsakovské, halucinatorně-peranoidní, delirantní, nejčastěji však organické demence běžného typu.

T h e r a p i e : vitamin B1, psychofarmaka symptomaticky, sedativa.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : org. demence a korsakovské syndromy nemají příliš dobrou prognózu, ostatní psychózy se obvykle upravují.

P o z n á m k a : s rozvojem automobilismu je nutno počítat s přibýváním počtu těchto, již dnes ne mimořádně vzácných stavů.

P s y c h ó z y p ř i s u b d u r á l n í m k r v á c e n í

P ř í č i n a : častěji chronické než akutní subdurální krvácení.

C h a r a k t e r i s t i k a : velmi polymorfni obrazy organické demence, korsakovských syndromů, delirií, amenci, schizofrenních psychóz.

T h e r a p i e : základního onemocnění, psychofarmaka symptomatologicky.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : prognóza závisí na prognóze základního procesu.

P o z n á m k a : může vzniknout i s relativně značným odstupem po, někdy i minimálním traumatu. Vcelku vzácná, diagnostika neurologicky zaměřená.

293.9 J i n ý c h n e b o N S o n e m o c n ě n í m o z k u .

Této kategorie běžně nepoužíváme.

294 Psychózy na podkladě jiného somatického onemocnění.

294.0 Endokrinní poruchy.

Není téměř endokrinní poruchy, která by nemohla vést k poruše psychotického typu. Většina z nich je však velmi vzácná, uvádíme pouze nejčastější.

Klimakterická psychóza.

Příčina: hormonální změny v organismu při přechodu.

Charakteristika: obraz depresivních, obvykle paranoidně podbarvených, paranoidních a paranoidně-halucinatorních psychóz, často s erotickým podbarvením, bývá častější než amentní nebo delirantní psychózy /které bývají někdy v počátcích klimaktéria/.

Terapie: hormonální, psychofarmaka, případně EŠ dle klin. obrazu.

Průběh a prognóza: trvání několik týdnů až málo měsíců, prognóza většinou dobrá.

Poznámka: samostatnost klimakt. psychóz není obecně uznávána. V každém případě půjde častěji o provokaci, respektive první výskyt jiné psychózy v tomto období.

Menstruační psychózy.

Mívají obvykle obraz depresivní nebo schizoformní psychózy. Značnou částí autorů není samostatnost této klin. jednotky uznávána.

Psychózy při diabetes mellitus.

Příčina: hyperglykemie, případně hypoglykemické stavy po podávání insulínu.

Charakteristika: někdy dochází u diabetiků k diabetické encephalopatii s obrazem běžné organické demence. Stavy zmatenosti až delirantní stavy jsou vzácnější.

Terapie: týká se základního onemocnění; psychofarmaka symptomatologicky.

Průběh a prognóza: stavy zmatenosti a delirantní stavy vznikají náhle, jsou terapeuticky příznivě ovladatelné, demence nejčastěji progredují.

Psychózy při hyperthyreoze.

Jde obvykle o brazy anxiousně-depresivní nebo amentní, delirantní. Basedovské koma je vždy doprovázeno delirantním syndromem s těžkým neklidem /jde o hyperthyreotickou encephalopatii/.

Terapie: týká se základního onemocnění; psychofarmaka symptomatologicky.

Průběh a prognóza: závisí na průběhu a prognóze základního onemocnění, psychotická symptomatologie základní prognózu spíše zhoršuje.

P o z n á m k a : někteří autoři uznávají pouze Basedovské koma jako pravou hyperthyreotickou psychózu.

P s y c h ó z y p ř i h y p o t h y r e ó z e .

C h a r a k t e r i s t i k a : nejčastěji depresivní nebo depresivně-paranoidní obrazy, výrazně asthenicky podbarvené.

T h e r a p i e : léčba základního onemocnění, psychofarmaka symptomaticky.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : závisí na prognóze základního onemocnění.

P o z n á m k a : kongenitální nebo v ranných vývojových stadiích organismu získaná athyreóza nebo značná hypothyreóza vede k obrazu kretenismu, u nás dnes velmi vzácnému.

294.1 P o r u c h y p ř e m ě n y l á t e k a v ý ž i v y .

Mezi pacienty PL vzácná onemocnění, relativně nejčastěji se setkáváme s níže uvedenými.

Psychózy při těžkých anaemiích /nejčastěji při perniciózních/ probíhají obvykle pod obrazem psychózy depresivní, anxiózní, depresivně-paranoidní.

Psychózy při uraemii a při selhání funkce jaterní mívají často obrazy halucinatorní, halucinatorně-paranoidní, amentní a delirantní, případně depresivní.

294.2 C e l k o v é i n f e k c e .

F e b r i l n í p s y c h ó z y .

C h a r a k t e r i s t i k a : obrazy delirantní obvykle s těžkou anxiositou. Intensita symptomatologie závislá na výši teploty.

T h e r a p i e : protihorečnatá terapie, léčba základního onemocnění, psychofarmaka symptomatologicky.

V l a s t n í p s y c h ó z y i n f e k č n í .

C h a r a k t e r i s t i k a : nejčastěji delirantní psychózy s těžkým neklidem, pestrými halucinacemi. Méně časté stavy amentní, mráкотné stavy, katatonní obrazy, paranoidní, vzácně i schizoforní psychózy. Není závislost na výši teploty.

T h e r a p i e : základního onemocnění, symptomatologicky psychofarmaka, sedace, péče o celkový stav.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : závisí na průběhu a prognóze základního onemocnění, při moderní antiinfekční terapii většinou dobrá prognóza.

P o z n á m k a : jde o stavy poměrně časté. Nutno pomyslet i na možnost průběhu infekce bez teplot, případně u zesláblého organismu i bez zvýšené sedimentace. Relativně nejčastější bývají po chřipkových virózách a pneumoniích, hlavně hrtových. Nutno počítat i s možností delirantního průběhu akutní infekční hepatitidy, případně i bez ikteru. Některé funkce mají dosti typický psychopathologický obraz, odkazuje na podrobnější učebnice.

294.3 Intoxikace léky nebo jedy.

Akutní otravy léky nebo jedy vedou velmi často ke kvantitativním i kvalitativním poruchám vědomí /mráкотným stavům, delirantním a amentním obrazům/. Bývají obvykle léčeny na interních odděleních, mohou se však omylem dostat na lůžková oddělení psychiatrická.

Chronické otravy jedy nebo léky mohou vést k organickým demencím /obvykle bohatě promíšeným neurasthenickou symptomatologií a změnami povahy, viz též 304 a 309.1/, vzácněji k psychózám jiného obrazu.

Z častějších uvádíme:

d e m e n c e p o o t r a v ě C O .

C h a r a k t e r i s t i k a : po těžkých akutních nebo při chronických intoxikacích může dojít k encephalopathii s projevy organické demence, někdy s korsakovským syndromem.

J i n é p s y c h ó z y p ř i o t r a v ě C O .

Při chronické otravě a po odeznění akutní otravy může vzácně dojít k delirantním nebo mráкотným stavům, které mohou přejít do obrazu demence s kors. rysy. Někdy dojde po asymptomatickém období ke vzniku schizoforních psychóz.

T h e r a p i e : eserin, vysoké dávky Bl, psychofarmaka symptomaticky.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : prognóza demence špatná, ostatní psychózy mívají prognózu dobrou, nepřejdou-li do demence.

P s y c h ó z y p ř i u ž í v á n í f e n m e t r a z i n u .

C h a r a k t e r i s t i k a : při dlouhodobém užívání fenmetrazinu /dexfenmetrazinu/ může dojít ke vzniku psychóz většinou depresivně-paranoidně podbarvených, někdy s halucinacemi, případně až schizoforní symptomatologií.

T h e r a p i e : abstinence, psychofarmaka symptomaticky.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : průběh bývá často protrahovaný.

P s y c h ó z y p ř i y a s t y l i s m u .

C h a r a k t e r i s t i k a : jde nejčastěji o obrazy paranoidní, paranoidně-halucinatorní, depresivní, anxiosně podbarvené. Čisté depresivní nebo anxiosní a delirantní obrazy jsou méně časté.

T h e r a p i e : nahrazení yastylu jiným antiasthmatickem, psychofarmakologie symptomaticky, odvykáací léčba.

P o z n á m k a : nahrazení yastylu je někdy obtížné, astmatici bývají často fixováni na některé specifické antiasthmaticum. Ze složek yastylu jde pravděpodobně o toxický účinek efedrinu.

Pokládáme ještě za vhodné se zmíniti o možnosti psychotických komplikací při předávkování nebo dlouhodobém užívání, případně i výjimečně při krátkodobém užívání některých psychofarmak /viz kapitola o psychofarmacích/, atropinových a digitalisových preparátů.

294.4 Porod - puerperální psychóza.

Puerperální psychóza.

Většinou jde o amentní nebo delirantní psychózy způsobené puerperální infekcí /řadíme do 294.2/, s dobrou prognózou.

Poporodní psychóza.

Příčina: hormonální změny v organismu.

Charakteristika: někdy probíhají pod obrazem amentní nebo delirantní psychózy, někdy pod obrazem depresivní nebo schiziformní psychózy, často s amentními rysy.

Terapie: zastavení laktace, psychofarmaka, EŠ, komatosní insulin dle převládající symptomatologie.

Průběh a prognóza: poměrně náhlý začátek, po několikadenním /u některých amentních a delirantních obrazů/ až několikaměsíčním průběhu, dochází téměř vždy k vyléčení.

Poznámka: psychózy v poporodním období jsou časté, jde však většinou o provokaci nebo o první výskyt jiné psychózy v tomto období. Někteří autoři vůbec popírají existenci pravých poporodních depresivních a schiziformních psychóz; tento názor se nám nezdá býti plně oprávněným.

294.8 Jiná somatická onemocnění.

Psychózy při hypertenzi.

Charakteristika: na bázi hypertenzivní encephalopathie může dojíti relativně často k organickým demencím běžného typu, vzácněji k depresivním psychózám, často hypochondricky podbarveným, amentním a delirantním psychózám, mráкотným stavům.

Terapie: hypotensiva; psychofarmaka symptomatologicky.

Průběh a prognóza: demence obvykle neovlivnitelné, s tendencí k progresi, ostatní psychózy obvykle vyléčitelné.

Poznámka: na etiologii se obvykle spolupodílí arterioscleróza nebo jiná přítomná choroba somatická. U depresivních psychóz nutno uvažovat o možnosti rezepinové psychózy /časté hypotensivum/, při terapii se reserpinovým preparátům vyhýbáme.

Kardiální psychózy.

Příčina: hypoxie mozku.

Charakteristika: při akutní dekompenzaci srdeční vznikají častěji obrazy amentní nebo delirantní, obvykle úzkostně podbarvené, při chronických dekompenzacích vznikají častěji anxiosně-depresivní obrazy s neklidem, halucinatorní psychózy s anxiositou; amentní a delirantní obrazy jsou též možné.

Terapie: základního onemocnění, psychofarmaka a sedace.

Průběh a prognóza: s výjimkou některých depresivních obrazů obvykle náhlejší začátek, prognóza závisí na prognóze základního onemocnění, depresivní psychózy a haluc. psychózy je možno upravit i při trvajícím těžké dekompenzaci.

294.8 I n t e r v e n e : některé kardiální psychózy jsou spolupodmíněny předáváním digitalisových preparátů.

Psychotické stavy při ischemické chorobě myokardu.

Při akutním infarktu myokardu může vzácně v klinickém obraze převládat psychotická symptomatologie anxiosně-depresivní, takoví nemocní mohou být omylem odesláni do PL.

294.9 S o m a t i c k á o n e m o c n ě n í N S.

P o s t o p e r a č n í p s y c h ó z y.

Bývají nejčastěji po operativních zákrocích na orgánech a žlázách sexuálních, probíhají obvykle amentně, mívají dobrou prognózu. Psychózy po operacích srdce, probíhající obvykle amentně nebo delirantně, mívají též dobrou prognózu.

S c h i z o f r e n i e .

P ř í č i n a : není známa.

C h a r a k t e r i s t i k a : nejvýznamnější psychické onemocnění z hlediska ústavní psychiatrie, rozšíření mezi obyvatelstvem udáváno na 0,4-1,0 % populace. Jedna ze dvou základních tzv. endogenních psychóz. Symptomatologie velmi mnohotvárná /viz podrobnější učebnice/. Není dosud dosažena shoda v tom, které příznaky lze pokládat za základní, resp. primární. K velmi častým obecným příznakům patří: autismus, emoční oploštělost, porucha celistvosti duševního života, porucha asociační činnosti, "rozštěp" myšlení a osobnosti, ambivalence a ambitendence, nepochopitelnost /snad zdánlivá/ duševních pochodů. Diagnostika na základě jediného příznaku, byť jakkoliv typická, je nepřípustná; v diagnostice je velmi důležité též hodnocení dle časového průběhu.

T h e r a p i e : insulinová komata, psychofarmaka, EŠ, psychotherapie, režimová léčba.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : jde o procesuálně probíhající psychózu většinou nepřilíš dobré prognózy, vyléčení /jeho možnost není některými autory ani uznávána/ je vzácné. Většina nemocných zůstává odkázána na trvalé léčení ústavní nebo ambulantní. Onemocnění začíná obvykle mezi 15 - 40 rokem věku /u žen o něco později než u mužů/ poměrně náhle nebo vysloveně pozvolna. Nedojde-li k úzdřavě, může probíhat pomaleji nebo rychleji trvale progredientně, progredientní vývoj však může býti prokládán remisemi /obdobími zmírnění psychopathologické symptomatologie/ nebo náhlými zhoršeními /atakami/, případně obojím. Výjimečně může docházet v remisích k úplnému nebo takřka úplnému vymizení chorobných příznaků. Část nemocných se stává dříve nebo později prakticky trvale hospitalizovanými, část žije doma, někdy i dlouho schopna běžného sociálního zapojení.

P o z n á m k a : nozologická samostatnost schizofrenie je sporná, v praxi však jsme nesporně oprávněni této doagnózy používat. Při praktické diagnostice jsou velmi užitečné některé ne plně specifické, ale přes to u jiných onemocnění vzácné příznaky, jako např. tzv. příznak zrcadla, imputace a amputace myšlenek apod. Emocní oploštělost bývá u žen méně vyvinuta. Při diagnostice nejasných obrazů používáme /i když teoreticky nesprávně/ i diagnostiky per exclusionem, tj. nevysvětlitelnosti podezřelého chorobného obrazu jinými příčinami. V poslední době dochází, snad ze značné části pod vlivem psychofarmak, ke smazávání symptomatologie duševních chorob, stěžujícím diagnostiku této psychózy. Rozdělení do forem je schematické, dle aktuálně převažující symptomatologie, která se může časem změnit /přechod z jedné formy do jiné/.

295.0 Typ simplexní.

C h a r a k t e r i s t i k a : přítomna pouze nebo převážně obecná symptomatologie.

T h e r a p i e : viz výše.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : začátek bývá relativně brzký, plíživý. Vyléčení extrémně vzácná, častý průběh bez remisí k těžkému defektu, někdy se proces zastaví a zanechá lehčí defekt.

P o z n á m k a : sporné, zda prognóza je skutečně tak špatná, jak /dle literárních údajů/ uvedeno shora. Pravděpodobně právě z řad simplexních schizofrenií rekrutuje řada lehčích defektů /podivíni/. Diagnostika počínajícího onemocnění, hlavně v pubertálním období, je obtížná. Řada autorů tuto formu neuznává a řadí ji k formě hebefrenií.

295.1 Typ hebefrenický.

C h a r a k t e r i s t i k a : mimo obecné symptomatologie se objevuje plané mudrování, moria, klackovitost, fintivost, u žen mnohdy sexuální uvolněnost, "přehnaná puberta".

T h e r a p i e : viz shora.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : brzký začátek převážně v pubertě, méně plíživý začátek než u simplexního typu, průběh v těžké deterioraci častější a rychlejší než u typu simplexního.

P o z n á m k a : oddiferencování od přehnaných pubertálních reakcí je mnohdy obtížné.

295.2 Typ katatonický.

C h a r a k t e r i s t i k a : v popředí stojí symptomatologie katatonní.

T h e r a p i e : elektrokonvulzivní terapie zaujímá významnější místo než u typů ostatních, jinak viz shora.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : začátek často v pozdějším věku než u předešlých typů, akutnější, prognóza ze všech typů nejlepší, dojde-li však k deterioraci, bývá hluboká.

P o z n á m k a : čisté katatonní obrazy jsou relativně vzácné, velmi často však bývá katatonní příměs při jiných formách. Relativní častost jinak podmíněných katatonních stavů si vynucuje pečlivou diferenciální diagnostiku. Nemocní mohou být velmi nebezpeční pro možnost náhlé, neočekávané nemotivované agresivity.

295.3 T y p p a r a n o i d n í .

C h a r a k t e r i s t i k a : mimo základní symptomatologii jsou přítomny bludy, nejčastěji persekucní, velmi často spojené s halucinacemi.

T h e r a p i e : metodou volby je komatosní insulin, jinak viz shora.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : začátek obvykle méně plíživý než u prvních dvou typů, méně akutní než u katatonního typu, začátek onemocnění častěji ve věku kolem 30 i více let. Defekty osobnosti nebývají často tak hluboké a tak časné jako u ostatních typů, pracovní schopnost relativně dlouho zachována.

P o z n á m k a : nejčastější typ choroby. Často přítomný depresivní syndrom zlepšuje prognózu. Možnost sociálního uplatnění rozsáhle závisí na postoji k bludům /pasivní, aktivní, obrana/. Trestné činy páchané schizofreniky /nepříliš časté oproti tradovaným představám/ bývají u této formy nejzávažnější.

295.4 A k u t n í s c h i z o f r e n i c k á e p i z o d a .

Nezařazujeme sem akutní schizofrenii některého z výše uvedených typů.

O n e i r o f r e n i e

C h a r a k t e r i s t i k a : dominují živé halucinace celých scén, častá lehčí zmatenost.

T h e r a p i e : viz shora.

P r o g n ó z a : akutní začátek, dobrá prognóza.

P o z n á m k a : nejde o všeobecně uznávanou formu, obvykle bývá řazena do schizofrenie paranoidní.

295.5 S c h i z o f r e n i e v r e m i s i .

295.6 S c h i z o f r e n i e s r e s i d u e m .

Symptomatologie vyplývá z termínu; některá ze specifických forem onemocnění s residuem, respektive v remisi.

295.7 Z v l á š t n í p e r i o d i c k á / s m í š e n á / p s y c h ó z a .

S c h i z o a f e k t i v n í p s y c h ó z a .

C h a r a k t e r i s t i k a : v klinickém obraze se prolínají prvky schizofrenické s prvky psychózy maniodepresivní /296/.

T h e r a p i e : dle převažující symptomatologie, viz též terapie 296.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : začátek obvykle akutnější než u většiny ostatních forem, prognóza lepší.

P o z n á m k a : mnohá pracoviště používají jiných termínů s téměř shodným obsahem /smíšená psychóza, schizofrenie s těžkým depresivním, manickým syndrómem apod./.

295.8 J i n é .

Sem řadíme schizofrenie dětského věku, infantilní autismus Kannerův, dále typ hypochondrický, psychasthenický/formy nejsou obecně uznávány;/ schizofreniformní psychózy, pseudoschizofrenie a tzv. benigní schizofrenie, termíny používané pracovníky pokud neuznávají možnost vyléčení schizofrenie pro příznivě probíhající formy.

295.9 N S

Této subkategorie nepoužíváme.

296 A f e k t i v n í p s y c h ó z y .

296.0 I n v o l u č n í m e l a n c h o l i e .

P ř í č i n a : involuční změny v organismu.

C h a r a k t e r i s t i k a : začátek po 50 roce /obvykle/, symptomatologie viz 296.2., stejně tak terapie.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : průběh bývá spíše protrahovaný, obecně dobrá prognóza. Somatické kontraindikace, dané omezením našich terapeutických možností, mohou však terapii komplikovat.

P o z n á m k a : termín involuční deprese, involuční depresivní psychóza, praesenilní deprese, melancholie jsou termíny identické obsahem. Mnohdy bývá velmi nápadná příměs prvků psychogenních. Někteří autoři neuznávají samostatnost této diagnostické jednotky, dle jejich názoru jde vždy o první manifestaci endogenní deprese v rámci maniodepresivního onemocnění. Viz též poznámka při 296.2.

296.1 , 296.2 , 296.3 , M a n i o d e p r e s i v n í p s y c h ó z a /cyklofrenie, maniomelancholie, cirkulární psychóza/.

Jde o druhou základní tzv. endogenní psychózu.

P ř í č i n a : není známa, složka hereditární relativně značná, ale ne fatální.

C h a r a k t e r i s t i k a : fáze depresivní /častější/ a manické /méně časté/ se objevují buď střídavě /pravidelně nebo nepravidelně/ nebo se objeví buď jedna či druhá z nich ojediněle nebo opakovaně, možné jsou i obrazy smíšené. První manifestace jsou možné kdykoliv během života /manická obvykle v mladším věku než depresivní/, jsou individuálně různě dlouhé a časté, bývají sledovány obdobím úplného zdraví /mimo vzácné stavy chronické/. Jádro osobnosti nebývá hlouběji postiženo.

T h e r a p i e : viz při 296.1 a 296.2.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : průběh manické fáze bývá protrahovanější než fáze chronické, prognóza jednotlivých fází převážně velmi dobrá, tendence k opakování /výskytu dalších fází/ značná. Obecně zhoršuje

prognózu začátek v ranném věku a častější výskyt manické fáze.

P o z n á m k a : při moderní terapii psychofarmaky se v řadě případů obejdeme bez nutnosti hospitalizace.

296.1 M a n i o d e p r e s i v n í p s y c h ó z a - m a n i c k ý t y p .

C h a r a k t e r i s t i k a : základem psychopathologické symptomatologie je manický syndrom, o ostatní častější symptomatologii informují termíny :

- a/ forma simplexní s převahou čistého manického syndromu
- b/ rezonantní s rezonantní náladou
- c/ kverulační s kverulačními tendencemi
- d/ neproduktivní s motorickým útlumem
- e/ paranoidní s paranoidním syndromem
- f/ stuporózní se stuporem
- g/ delirantní, zmatená se zmateností, případně delirantní symptomatologií.

T h e r a p i e : psychofarmaka, sedativa, lithiové soli.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : viz shora.

P o z n á m k a : lehčí formy mnohdy unikají léčení, jsou okolím hodnoceny kladně /zvýšená agilita, výkonost apod./. Diferenciální diagnóza atypických forem oproti některým schizofreniím je velmi obtížná. Mezi pacienty PL patří k nejnepříjemnějším.

296.2 M a n i o d e p r e s i v n í p s y c h ó z a , d e p r e s i v n í t y p .

C h a r a k t e r i s t i k a : základem psychopathologické symptomatologie je depresivní syndrom, téměř pravidelně s anxiositou, téměř vždy somatickou symptomatologií /obstipace, vegetativní/. O ostatní častější symptomatologii informují formy:

- a/ agitovaná s neklidem a anxiositou
- b/ anxiosní s výraznou anxiositou
- c/ simplexní se základním depr. syndromem
- d/ paranoidní s paranoidní, resp. paranoidně-halucinatorní symptomatologií
- e/ stuporózní se stuporem
- f/ hypochondrická s výraznými hypochondrickými bludy.

Na rozdíl od manické formy jsou u depresivních forem relativně časté bludy /depresivní, hypochondrické, obavné/ a halucinace s depresivně působícím obsahem.

T h e r a p i e : EŠ, antidepressiva, psychotherapie, fyzioterapie.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : viz shora.

P o z n á m k a : jde o onemocnění velmi časté. Termíny endogenní deprese, melancholie, endogenní depresivní psychóza jsou identické. Termín hypochondrická deprese bývá někdy používán jako samostatná klinická jednotka, agitovaná melancholie bývá někdy pokládána za formu smíšenou manicko-depresivní. V praxi je nejzávažnějším faktorem značné riziko

suicidality /největší na počátcích onemocnění nebo při odeznívání fáze/. Každý pokus sebevraždy podléhá povinnému hlášení zdravotnickému /mimo hlášení bezp. orgánům/, tiskopis k ilustraci otiskujeme v příloze IX-X.

Oddiferencování oproti depresivním stavům jiné etiologii je někdy obtížné, zvláště přihlédneme-li k četnosti psychotraumatizujících faktorů v životě jednotlivce. Pomáhají při něm některé rysy depr. onemocnění; ranní maxima potíží /častá u depresí endogenních/, typ anxiety, závislost na ročních dobách/ častý výskyt endogenních depresí na jaře nebo na podzim/ s pátráním po kolísání emotivity v závislosti na roční době v anamnéze, dynamika potíží s reaktivitou na podobné traumatizující situace v minulosti. Endogenní deprese mohou též probíhat s téměř výlučně somatickou /hlavně vegetativní/ symptomatologií.

296.3 M a n i o d e p r e s i v n í p s y c h ó z a , c i r k u l á r n í t y p .

Maniodepresivní psychóza může probíhat se současným výskytem symptomatologie depresivní a manické. O častějších formách výskytu informují termíny neproduktivní manie, deprese s tryskem myšlenek, manický stupor, agitovaná deprese, agitovaná melancholie. Někteří autoři řadí všechny tyto formy sub 296.1 nebo 296.2.

Dále sem zařazujeme maniodepresivní psychózy, probíhající s fázemi depresivními a manickými.

296.8 J i n é .

296.9 N S v praxi nepoužíváme.

297 P a r a n o i d n í s t a v y .

297.0 P a r a n o i a .

C h a r a k t e r i s t i k a : u jedince s predisponovanou osobností /sebejistí, s neuspokojenými vysokými ambicemi, paranoidními rysy/ se při nevhodných životních podmínkách obvykle kolem 40-50 let pozvolna rozvíjí systém bludů bez postižení ostatních složek osobnosti. O možné náplni bludů informují termíny: paranoia persekucní, reformátorská, emulační, kverulační, inventorní, religiozní.

T h e r a p i e : psychofarmaka, psychotherapie, uspořádání života.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : pozvolný rozvoj s chronickým průběhem, vyléčení vzácná, při terapii mnohdy možný život v běžném sociálním prostředí.

P o z n á m k a : hojně tradovaná vzácnost onemocnění platí pravděpodobně pouze pro výskyt v lůžkových zařízeních. Jde často o pacienty velmi inteligentní. Předpoklad o psychogenezi není přijímán všemi pracovníky.

Paranoi cký rozvoj.

Výše uvedený vývoj paranoi prochází stadiem, kdy ještě nelze hovořit o plně rozvinuté psychóze. Tehdy hovoříme o paranoi ckém rozvoji; onemocnění se obvykle rozvíjí dále, za příznivých okolností však může na tomto stadiu ustrnout.

297.1 Involuční parafrenie.

Parafrenie.

Charakteristika: nejčastěji mezi 40-50 lety, častěji pozvolna se rozvíjí onemocnění charakterizované hlavně bludy /persekuční, depresivní, megalomanické/ a halucinacemi /sluchovými, haptickými i dalšími, často sexuálně podbarvenými/; emotivita bývá nejčastěji depresivní nebo euforická, osobnost dlouho zachovaná. O podrobnostech klinického obrazu informují termíny: parafrenie systematická, konfabulační, expansivní, fantastická, religiozní, persekuční.

Terapie: psychofarmaka, případně EŠ.

Průběh a prognóza: průběh sice chronický, prognóza však při soustavné terapii mnohdy dobrá.

Poznámka: v léčebnách velmi časté onemocnění. Příbuznost schizofrenii je nesporná, někteří ji řadí mezi paranoidní schizofrenie. Přívlastek "involuční" u nás nepoužíváme, onemocnění diagnostikujeme častěji než ve většině ostatních zemí. Vencovského koncepcie parafrenie jako smíšené schizofrenně-cyklofrenní chorobě sui generis má nesporně své oprávnění. Při někdy obtížném oddiferencování oproti paranoidní schizofrenii nám pomáhá stav emotivity, věk první ataky, osobnost; někdy je též obtížné rozlišení od paranoidní formy melancholie.

297.9 Jiné.

Indukovaná paranoidní psychóza.

Charakteristika: u blízkých příbuzných /případně spolupacientů/ těžce paranoidních nemocných dojde psychogenně k rozvoji paranoidního syndromu obsahem velmi podobnému nebo identickému.

Terapie: izolace od "indukujícího", psychofarmaka, psychotherapie.

Průběh a prognóza: začátek pozvolný, průběh do odborného podchycení často dlouhý, prognóza dobrá.

Poznámka: termín folie à deux, trois apod. je identický. Onemocnění je vzácné, vzniká většinou u jedinců s paran. rysy povahovými.

Chronická paranoidní reakce:

Charakteristika: onemocnění se liší od akutní paranoidní reakce /viz 298.3/ pouze trváním.

Terapie: psychofarmaka, psychotherapie.

Poznámka: "chroničnost" je pojem časově nepřesný. Někteří autoři používají vždy termínu paranoidní psychóza.

Involuční / presenilní / paranoidní psychóza.

Příčina : involuční změny v organismu.

Charakteristika : v popředí stojí paranoidní syndrom, často s bludem okradenosti, někdy se spíše podružnými halucinacemi. Emotivita bývá častěji depresivně laděná.

Terapie : psychofarmaka, psychotherapie.

Průběh a prognóza : onemocnění se obvykle rozvíjí během několika měsíců, prognóza většinou dobrá, hrozí však přechod do paranoidní formy sen. demence.

Poznámka : onemocnění je dosti časté. Bludy bývají velmi často zaměřeny proti blízkým příbuzným a okolí nemocného; jelikož nepřátelské postoje a zneužívání starších lidí se strany okolí je dosti časté, bývá mnohdy obtížné odlišit bludy od nepříjemné skutečnosti. Svým chováním během manifestní choroby vytváří nemocný negativní tenzi okolí proti sobě, která mnohdy stěžuje sociální adaptaci po propuštění.

298 Jiné psychózy.

Řadíme sem převážnou část psychóz reaktivních.

298.0 Reaktivní psychóza depresivní.

Příčina : závažné jednorázové, nebo opakované, případně chronické tíživé situace.

Charakteristika : depresivní syndrom psychotického charakteru.

Terapie : psychofarmaka, psychotherapie.

Průběh a prognóza : začátek relativně náhlý /někdy akutní/, průběh se může protáhnout i na několik měsíců, prognóza dobrá.

Poznámka : riziko suicidia menší než u depresí endogenních.

Termíny reaktivní melancholie, psychogenní depresivní psychóza jsou identické. Viz též poznámka při 296.2.

298.1 Reaktivní excitace.

Příčina : častěji akutní než chronická stressová situace.

Charakteristika : většinou amentní nebo delirantní stavy, mnohdy s těžkým neklidem, anxiositou, bohatou halucinatorní aktivitou.

Terapie : psychofarmaka.

Průběh a prognóza : akutní začátek, relativně rychlé odeznění.

Poznámka : onemocnění mnohem vzácnější než reaktivní deprese. Viz též 298.9 - hysterické psychózy.

298.2 Reaktivní zmatenost.

Termín u nás málo používaný.

298.3 Akutní paranoidní reakce.

Příčina: častěji chronická, než akutní ohrožující situace.

Charakteristika: paranoidní syndrom, mnohdy s halucinatorní aktivitou.

Terapie: psychofarmaka, psychotherapie.

Průběh a prognóza: akutní začátek, nepřiliš protražovaný průběh, dobrá prognóza.

Poznámka: nejčastěji u profesí náročných z hlediska dodržování služ. tajemství /např. soudci, vojáci, ne však zdravotníci/. Hranice mezi akutní a chronickou paranoidní reakcí, psychózou, paranoickým rozvojem, paranoickou reakcí je nepřesná.

298.9 Reaktivní psychóza NS.

Hysterická psychóza.

Charakteristika: nejčastěji stavy amentní, mráкотné, stuporózní.

Terapie: psychofarmaka, péče o celkový stav, následná psychotherapie.

Průběh a prognóza: akutní začátek, průběh většinou krátkodobý, prognóza dobrá.

Poznámka: pokud je psychóza doprovázená značnou excitací, řadíme do 298.1. Z klinického obrazu vyplývá nutnost vždy vyloučit možnost epileptické etiologie. Oproti jiným podobným /chorobným obrazem/ klinickým stavům bývá lepší reaktivita na okolí.

299 Psychóza NS.

V praxi nebývá obraz choroby vždy tak rozvinut, aby nám umožnil jednoznačné zařazení do některé z výše uvedených /290-298/ kategorií. Jeme pak nuceni diagnostikovat čistě popisně, např. stav zmatenosti nebo demence nejasné etiologie, halucinatorně-paranoidní psychóza. Tyto a podobné diagnózy řadíme do kategorie 299.

4. NEURÓZY, PORUCHY OSOBNOSTI A JINÉ NEPSYCHOTICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY /300-309/

300 Neurózy.

Neurózy jsou psychogenní onemocnění funkční, v zásadě vyléčitelná a reversibilní. Na podrobnější mechanismus vzniku se různé školy dívají z nejrůznějších hledisek. Symptomatologie může být převážně tělesná nebo psychická, psychická symptomatologie bez jakéhokoliv tělesného doprovodu je vzácná.

O neurotické reakci /kterou zařazujeme vždy k příslušné kategorii neurózy/ hovoříme tehdy, je-li symptomatologie méně intenzivní nebo její trvání vysloveně krátkodobé. Hranice proti neuróze nejsou ostré.

T h e r a p i e : psychotherapie, psychofarmaka, rehabilitační a režimová léčba /psychotherapie je léčbou etiologickou/.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : vznik neurotických reakcí obvykle krátkodobý, neurózy vznikají obvykle pozvolna, mají protražovaný průběh. I když jde o onemocnění v zásadě vyléčitelná, nedaří se nám v konkrétních případech vždy dosáhnout úplné úpravy nebo podstatného zlepšení, hlavně tehdy, je-li přítomna velmi výrazná konstituční báze.

P o z n á m k a : jde v praxi o nejčastější onemocnění psychiky, neurotici tvoří pravděpodobně /včetně neurotických nadstaveb somatických onemocnění/ většinu pacientů ordinací praktického lékaře. Termín neuróza a psychoneuróza je u nás obvykle používán synonymně, i když nejde o pojmy plně identické. Dělení neuróz používané v mezinárodní klasifikaci je čistě popisné, ne všechny termíny jsou u nás často používány, mnohdy se snažíme onemocnění zařadit do trojice termínů neuróza neurasthenická, hysterická, psychasthenická. Pátrání po nejpodstatnější konfliktové situaci bývá obtížné, pacienty a okolím bývá běžně značně přeceňována složka exhaustivních vlivů.

300.0 Ú z k o s t n á n e u r ó z a .

C h a r a k t e r i s t i k a : v popředí klinického obrazu stojí anxiosní syndrom, obvykle večer nejvýraznější, doprovázený ze som. symptomatologie vegetativní, často i kardiovaskulární symptomatologií. Velmi častá bývá příměs neurasthenických prvků. Anxiosní reakce jsou poměrně časté, mívají někdy panický charakter, mohou vést k suicid. pokusům.

T h e r a p i e : viz shora, psychofarmaka jsou účinnější než u většiny ostatních neuróz.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : prognóza bývá dobrá.

P o z n á m k a : tak, jak bývá anxiosní neuróza pravidelně doprovázena výše specifikovanými somatickými potížemi, je častá anxiosní symptomatologie u řady kardiovaskulárních onemocnění, která je v těchto případech vždy nutno důsledným interním vyšetřením vyloučit. /Viz 205.3./ Mnohými pracovníky je anxiosní syndrom pokládán za společný /základní/ všem neurózám.

300.1 H y s t e r i c k á n e u r ó z a .

C h a r a k t e r i s t i k a : hysterická symptomatologie se projevuje jak ve sféře psychických, tak somatických projevů /velmi polymorfní, viz podrobnější práce/.

Hysterické reakce mívají mnohdy bouřlivý průběh, v PL jsou z neurotických reakcí / s výjimkou depresivních / nejčastější.

T h e r a p i e : viz shora /u reakcí někdy dostačuje psychofarmakoterapie/.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : hysterické neurózy jsou obvykle terapeuticky svízelné a mívají dosti špatnou prognózu /viz též poznámka/, reakce mají tendenci k opakování se.

P o z n á m k a : i když lze téměř každého jedince za nepříznivých podmínek "hysterifikovat", mívají obvykle hysterické neurozy velmi výraznou bázi v osobnosti. Mnohem častěji než u ostatních neuroz jde spíše o dekompenzaci hysterické osobnosti než o neurozu. Zdravotníci/i psychiatři/ pracovníci snadno zaujímají k hysterickým nemocným negativní postoj pro nepříjemné projevy jejich nemoci; tento postoj samozřejmě pak bývá značnou překážkou v navázání správného psychotherapeutického postoje.

300.2 F o b i c k á n e u r ó z a .

Jako samostatný termín málo používáme.

300.3 N u t k a v á / o b s e d a n t n í / n e u r ó z a .

C h a r a k t e r i s t i k a : v popředí stojí obsedantní syndrómy, z ostatních neurotických příznaků bývá nejčastější insomnie, depresivita. Obsedantní reakce vážnější jsou velmi vzácné.

T h e r a p i e : viz shora.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : průběh obvykle dlouhodobý, terapie velmi obtížná, prognóza ne nejlepší.

P o z n á m k a : závažnost těchto stavů, velmi nepříjemně pociťovaných, nejlépe ilustruje skutečnost, že bývala dříve někdy, jako u jediného nepsychotického stavu, používána psychochirurgie.

K l e p t o m a n i e

C h a r a k t e r i s t i k a : nutkavé krádeže s charakterem neodolatelného puzení.

T h e r a p i e : viz shora.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : pozvolný vývoj, prognóza mnohdy špatná.

P o z n á m k a : často je přítomná sexuální komponenta. Onemocnění je vzácné, simulace kleptomaniie /velmi známé z populární literatury/ častá.

300.4 D e p r e s i v n í n e u r ó z a .

C h a r a k t e r i s t i k a : v popředí je syndrom depresivní, z ostatní neurotické symptomatologie velmi často přítomný syndrom neurasthenický, anxiousní.

T h e r a p i e : viz shora; psychofarmaka jsou relativně účinná.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : průběh bývá často protrahovaný, prognóza oproti většině ostatních forem relativně dobrá.

P o z n á m k a : diferenciaci oproti reaktivní depr. psychóze a endogenní depresi je v mnoha případech obtížná /viz poznámka při 296.2/.

Depresivní reakce jsou nejčastější klinickou formou neurotických reakcí, mohou vést k suicid. pokusům.

300.5 Neurasténie (neurasthenie).

Charakteristika: vedoucí neurasthenický syndrom bývá často doprovázen syndromem depresivním, anxiousním, somatickou vegetativně-kardiovasc. symptomatologií.

Neurasthenické /asthenické/ reakce jsou dosti časté.

Terapie: větší roli než u řady jiných neuróz hraje fysio-therapie. Jinak viz shora.

Průběh a prognóza: průběh protražovaný, mívá dobrou prognózu, potíže však často /viz poznámka/ recidivují.

Poznámka: konstituční báze bývá významná. Jde o nejčastější typ neurózy, ne však v PL. Exhaustivní složka etiologie bývá /viz též poznámka k neurózám obecně/ zde obzvláštně snadno přeceňována.

300.6 Depersonalizační syndrom.

Psychasthenie.

Charakteristika: v popředí je psychasthenický syndrom často doprovázený anxiositou, příznaky somatické jsou vzácné.

Terapie: viz shora /psychofarmaka jsou málo účinná/.

Průběh a prognóza: průběh vysloveně protražovaný, prognóza dosti špatná.

Poznámka: konstituční složka bývá často velmi výrazná. Obsedantní neurózy řadí mnozí mezi psychasthenie, obsedantní symptomatologie je u psychasthenií běžná. Rozlišujeme-li v praktické diagnostice pojmy psychasthenie a obsedantní neuróza, postupujeme dle intenzity obsedantního syndromu.

Psychasthenické reakce nejsou nadměrně časté, ale také ne extrémně vzácné.

300.1 Hypochondrická neuróza.

Charakteristika: v popředí stojí hypochondrický syndrom s potížemi nejčastěji centroványými na trakt gastrointestinální nebo kardiovasculární. Depresivní, anxiousní a neurasthenická symptomatologie bývá velmi častá.

Terapie: viz shora.

Průběh a prognóza: průběh velmi protražovaný, pokud jde o úplnou sanaci, dosti špatná.

Hypochondrické reakce na hospitalisaci nebo na somatické onemocnění jsou poměrně časté u primitivních jedinců.

Poznámka: vždy nutno vyloučit somatické onemocnění /které může mít značnou hypochondrickou nadstavbu/. U těžkých neuróz bývá někdy obtížné odlišení od hypochondrické depresivní psychózy.

300.8 Jiná neuróza.

Mimo vzácné obrazy /písařská křeč a jiné/ sem řadíme účelové neurózy.

Charakteristika: symptomatologie bývá nejčastěji hysterická, hypochondrická, neurasthenická.

T h e r a p i e : viz shora.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : průběh někdy relativně krátký, někdy velmi protražovaný se špatnou prognózou.

P o z n á m k a : nejčastější účelové neurózy jsou rentové.

Účelové reakce jsou relativně časté jako přídatná reaktivita u jiných základních obrazů. Splnění účelu vede někdy k odeznění, někdy k fixaci potíží. Vědomá agrevence nebo simulace bývá obtížně odlišitelná.

300.9 N e u r ó z a / N S /.

Podkategorii v praxi nepoužíváme.

301 P o r u c h y o s o b n o s t i - p s y c h o p a t h i e.

Hranice mezi osobností normální a psychopathickou není ostrá. Chceme-li vyjádřit skutečnost, že psychopathické rysy nejsou příliš rozvinuty, hovoříme o osobnosti s psychopathickými rysy, ve skutečnosti jde o pojem identický s psychopathií. Obecně uznávaná definice psychopathie neexistuje, charakterizujeme tedy poruchu alespoň těmi rysy, které jsou většinou uznávány: trvání od mládí /s převahou důrazu na konstituční složku, intrauterinní vlivy, perinatální a ranné postnatální nebo výchovné v nejširším slova smyslu dle zaměření pracovníka/, relativní stálost /s možností určité dynamiky, kompenzací a dekompenzací/, manifestaci příznaků v disharmoničnosti osobnosti, která vede m.j. k poruše vztahů k okolnímu světu.

K dekompenzacím /se zvýrazněním psychopathických rysů, neurotickou nebo psychotickou symptomatologií/ dochází pod vlivem nepříznivých životních okolností, somatických onemocnění, velmi často též pod vlivem generačních fází, hlavně puberty, klimaxu, involuce. V období stárnutí dochází často k zvýraznění psychopathických rysů. O psychopathické reakci hovoříme tehdy, jde-li o reakci nevycházející přímo z psychopathie jako takové /řadíme do 309/.

T h e r a p i e : psychofarmakotherapie a psychotherapie dekompenzací může vésti k dobrému efektu, základní poruchu však můžeme /velmi obtížně/ ovlivnit pouze vlivem prostředí, výchovnými vlivy a sebevýchovou.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : jde o chorobný obraz téměř vždy ve větší či menší míře trvajícím po celý život.

P o z n á m k a : nutno vždy brát v úvahu skutečnost, že na psychopathickém terénu snáze dochází ke vzniku psychóz a neuróz. Psychopathie bývájí pouze vzácně monosymptomatické, formu diagnostikujeme dle převážné symptomatologie. Mezi pacienty PL jde mnohdy o velmi svízelnou skupinu. Diagnóza psychopathie není /na rozdíl od obecného nazírání/ sama o sobě známkou společenské méněhodnosti jedince, mezi psychopaty mohou být jedinci společnosti velmi užiteční.

300.1 P a r a n o i d n í.

C h a r a k t e r i s t i k a : jde o jedince nedůvěřivé, podezřavé, často se zvýšeným sebevědomím, se snadným rozvojem sensitivní vztahovachnosti a paranoidity.

Therapie, průběh a prognóza: viz shora.
Poznámka: někdy převládá složka inventorní či reformátorská.
Jde o jedince mnohdy společensky velmi svízelné, z jejich řad se rekrutuje většina kverulantů. Dekompenzace časté.

301.1 Afektivní /cyklotymní/ .

Depresivní.

Charakteristika: jde o jedince pesimistické, nespokojené, mnohdy dysforické, s nedostatečnou dynamogenií, sklonem k sebepodceňování.

Therapie: o něco úspěšnější než u většiny ostatních forem.

Průběh a prognóza: viz shora.

Poznámka: dekompenzace, hlavně neurotické, velmi časté.

Hyperthymní /hypomaničtí/ .

Charakteristika: jde o jedince s opačnou symptomatologií, než u depresivní formy.

Therapie: psychofarmaka úspěšnější než u většiny ostatních forem.

Průběh a prognóza: viz shora.

Poznámka: často na bázi psychopatie vzniká alkoholismus, jiné toxikomanie.

Cykloidní /cyklotymní/ .

Charakteristika: kolísání k jednomu z výše popsaných pólů. Tato kolísání mohou mítí ráz vzájemného střídání nebo výkyvů depresivních či hyperthymních bez výskytu druhého pólu.

Therapie: viz psp. depresivní a hypomanická.

Průběh a prognóza: viz shora.

Poznámka: někdy je obtížné odlišení od maniodepresivní psychózy.

301.2 Schizooidní .

Charakteristika: symptomatologie z oblasti obecné schizofrenické symptomatologie /viz 295/ bez typické dynamiky schizofrenního onemocnění psychotického.

Therapie, průběh a prognóza: viz shora.

Poznámka: dekompenzace, i psychotické, jsou poměrně časté.

301.3 Explzivní .

Charakteristika: jde o jedince s afektivními výbuchy buď přehnanými při běžných situacích, nebo výraznými i v situacích pro jiné téměř podprahových.

Therapie, průběh a prognóza: viz shora.

Poznámka: termín "afektivně výbušná psp." je shodný s termínem "impulzivní psychopatie". Bývá někdy používán ve smyslu samostatné formy. Má značný význam z hlediska psychiatrie soudní.

301.4 Anankastické / obsedantní / psychopatie .

Psychasthenická psychopatie .

Charakteristika : jde o jedince nejisté, nedůvěřivé, podceňující sebe a jiné, pedantické, se sklonem k "přežvykování" každého i sebemenšího problému.

Terapie , průběh a prognóza : viz shora.

Obsedantní psychopatie .

Charakteristika : jde o jedince s výše specifikovanými vlastnostmi a výraznou obsedantní symptomatologií.

Terapie , průběh a prognóza : viz shora.

Poznámka : jde mnohdy o jedince velmi inteligentní, osobnosti pro lidskou společnost vysoce užitečné.

301.5 Hysterická, histriónská psychopatie .

Charakteristika : jde o jedince stále nespokojené, se zvýšenou snahou po uplatnění, dobrodružnými sklony, theatrálním chováním, konfliktotvorností, mnohdy s polymorfní hysterickou symptomatologií.

Terapie , průběh a prognóza : viz shora.

Poznámka : skupina je velmi početná. Dekompenzace, a to i psychotické, jsou relativně časté.

301.6 Asthenické psychopatie .

Psychopatie neurasthenická .

Charakteristika : jde o jedince velmi citlivé, snadno vulnerabilní, s bohatou škálou snadno vznikajících neurasthenických symptomů.

Terapie , průběh a prognóza : viz shora. Psychofarmaka a fyzioterapie relativně úspěšná.

Poznámka : stojí-li v popředí stesky hypochondrické, hovoříme někdy o psychopatii hypochondrické, stojí-li v popředí velmi výrazně nadměrná sensitivita, hovoříme o psychopatii hypersensitivní.

301.7 Sociálně maladaptivní .

Charakteristika : jde o jedince egoistické, bez přiměřeně rozvinutých morálních kritérií, nezdrženlivé, většinou líné, dostávající se pravidelně do konfliktů /i trestných/ se společností.

Terapie , průběh a prognóza : viz shora; nejúčelnější jsou přísné postihy trestní spojené s výchovným působením.

Poznámka : termíny moral insanity, morální debilita, psychopatie asociální, antisociální jsou prakticky identické s termínem psychopatie sociálně maladaptivní.

301.8 Jiné .

Psychopatie polymorfní .

Jde o takové psychopatie, u kterých žádná z výše specifikovaných složek nepřevládá výrazněji nad ostatními.

T h e r a p i e , p r o g n ó z a a p r ů b ě h : viz shora.

Dále do této podkategorie zařazujeme nezralou osobnost a disharmonický vývoj u dětí, deprivační syndromy u dětí, dětský hospitalismus; jde převážně o oblast dětské psychiatrie.

301.9 N S .

Sem zařazujeme ty pacienty, u nichž z časových či jiných příčin nemůžeme diagnostikovat přesněji než psychopatie, respektive psychopatická osobnost bez přesnější specifikace.

Z á v ě r e ě n á p z n á m k a k p s y c h o p a t h i í m :

v praxi se setkáváme v závislosti na individuálním zaměření autora, i s termíny jinými, např. psp. charakterová, pudová, temperamentová; statisticky zařazujeme takové psychopatie dle převažující symptomatologie popisované výše.

302 S e x u á l n í ú c h y l k y .

Pokud sexuální úchylnka je vedlejším příznakem psychózy, zařazujeme ji do kategorie příslušné psychózy /v praxi půjde nejčastěji o schizofrenii a organické demence/. Do této statistické kategorie zařazujeme sexuální úchylnky "samostatné" /jde vlastně o pudové psychopatie/ a sexuální úchylnky zjištěné při jiné, tj. nepychotické poruše.

T h e r a p i e : psychotherapie, psychofarmaka, hormonální, případně operativní léčba.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : úchylnky bývají obtížně terapeuticky přístupné, velmi často prognosticky nepříznivě probíhající.

Podrobněji se zmíníme pouze o sex. úchylnkách v léčebnách častějších.

Z ostatních alespoň jmenovitě uvádíme 302.1 - fetišismus, 302.3 transvestitismus, 302.4 exhibitionismus, 302.8 jiné - sadismus, masochismus, voyerismus, nymfomanie, nekrofilie, zoofilie, pluralismus.

302.0 H o m o s e x u a l i t a .

C h a r a k t e r i s t i k a : náplň pojmu známa.

T h e r a p i e , p r ů b ě h a p r o g n ó z a : viz shora.

P o z n á m k a : v některých kulturně-spoločenských okruzích nebyla homosexualita pokládána za úchylnku. Je pravděpodobně nejčastější ze všech sex. úchylněk. Dříve častá v léčebnách jako ochranné léčení, dnes, kdy homosexualita sama o sobě již není trestná, méně častá.

302.2 P e d o f i l i e .

C h a r a k t e r i s t i k a : náplň pojmu známa.

T h e r a p i e , p r ů b ě h a p r o g n ó z a : viz shora.

P o z n á m k a : v PL často jako ochranné léčení. Nejčastější způsob aberantního sexuálního uspokojování u dementních nemocných /pak řadíme do příslušné diagnózy psychózy/, ale i u oligofreniků. Má velmi závažné důsledky sociální a značný význam z hlediska soudní psychiatrie.

303 Alkoholismus .

Alkoholismus je problémem ne pouze medicínským, ale i společenským. Důsledky společenské předcházejí důsledkům zdravotním. Počet alkoholiků v ČSSR je odhadován minimálně na 150.000 osob, z nichž je přibližně polovina v evidenci protialkoholních poraden.

T h e r a p i e : stopethylové, apomorfínové a emetinové kúry /tzv. blinkačky/, režimová léčba, psychotherapie, též hypnotherapie, LSD.
P r ů b ě h a p r o g n ó z a : rozvoj pozvolný, trvajících nejčastěji řadu let, průběh choroby protražovaný, prognóza individuálně rozdílná, ale nepřilíží dobrá.

P o z n á m k a : úspěšná léčba alkoholiků je nejvhodnější na specializovaných odděleních, která nejsou při všech léčebnách; někdy jsou i samostatná oddělení mimo léčebny, zvláště pro léčbu chronických alkoholiků. Kapacita protialkoholních lůžkových zařízení v ČSSR je nedostatečná, jejich diferenciaci dosud ne plně dořešená. Doba nutného léčení je 3 měsíce až 1 i více let dle typu alkoholismu. Často je alkoholismus sekundární u oligofreniků, schizofreniků, manií apod.

303.0 Občasné nadměrné pití .

Pokládáme za sporné, zda jde vůbec o psychiatrickou diagnózu.

303.1 Návkyvé občasné pití .

C h a r a k t e r i s t i k a : je dána pojmem.

303.2 Alkoholická toxikomanie .

C h r o n i c k ý a l k o h o l i s m u s .

C h a r a k t e r i s t i k a : o chronickém alkoholismu jako o chorobě hovoříme tehdy, došlo-li již ke klinicky znatelným škodám psychickým a somatickým. Z psychické symptomatologie uvádíme lehčí poruchy paměti, zvýšenou únavnost, oslabenou vůli, citovou otupělost, afektivní labilitu, sociální degradaci. Ze somatické symptomatologie uvádíme léze jater, neuritidy a chronické záněty žaludku jako nejčastější.

Alkoholik prochází během vývoje své choroby, postupně fázemi onemocnění; z používaných dělení uvádíme Jellinekovo:

a/ fáze počáteční: pozvolna dochází k stoupajícímu usu, později abusu alkoholických nápojů, vyhledávaných pro euforisující účinek. K pravidelnému opíjení ještě nedochází, tolerance na alkohol stoupá.

b/ fáze varovná: pití se stává "potřebou", je stále aktivněji vyhledáváno, objevují se tzv. "okénka", ke konci této fáze se objevuje ztráta míry v pití.

c/ fáze rozhodující: piják ztratil kontrolu, dokáže i dlouho abstinovat, ale po napití následuje zákonitě opití, společenské problémy související s alkoholem jsou již pravidelné a závažné, tolerance se zvětšuje, "okna" jsou relativně častá, utváří se tzv. "racionalizační systém".

d/ fáze konečná: tolerance se snižuje, alkoholik začíná pít ráno /"ranní doušky"/, závislost na alkoholu je i somaticky značná, racionalizační systém se rozpadá, alkoholik je si již vědom životního debaklu

a souvislosti s alkoholem. Dochází k výrazné degradaci osobnosti.

T h e r a p i e , p r ů b ě h a p r o g n ó z a : viz shora.

D i p s o m a n i e .

C h a r a k t e r i s t i k a : periodicky se objevující stavy neodolatelne touhy po alkoholických nápojích.

T h e r a p i e , p r ů b ě h a p r o g n ó z a : viz shora, viz též poznámku.

P o z n á m k a : termín má souvislost s dříve používanou diagnózou tzv. monomanií /poriomanie, dromomanie apod./, ze kterých si zachovaly relativní samostatnost dnes již pouze kleptomanie a dipsomanie, u ostatních se podařilo vyjasnit příslušnost do jiných diagnostických okruhů. Je sporné, zda skutečně existuje samostatná, "pravá" dipsomanie, častěji půjde o "pseudodipsomanií", o alkoholické tahy; jindy jde o symptomatologii např. v rámci maniodepresivní psychózy.

303.9 A l k o h o l i s m u s j i n ý a N S .

Tuto kategorii běžně nepoužíváme.

304 N a r k o m a n i e a t o x i k o m a n i e .

Spojka "a" je v názvu kapitoly použita nevhodně, narkomanie jsou ve skutečnosti toxikomaniemi narkoticky působícími látkami.

C h a r a k t e r i s t i k a : návyk na určitou drogu /nebo drogy, toxikomanie bývají velmi často kombinované/ je chorobný, vede k vyhledávání drogy "stůj co stůj" s nutností stálého zvyšování dávek. Objevuje se klinická symptomatologie, sestávající z přímého důsledku užívání léku na psychiku a somatický stav /akutní a hlavně chronická otrava/ dále z psychické symptomatologie ve smyslu reakce na vlastní zdravotní stav a konečně ze sociálních důsledků s psychickou reakcí na tyto. Z přímých důsledků chronické otravy drogou se v různé intenzitě a za různé dlouhou dobu objevuje psychopatizace osobnosti s povahovými a charakterovými změnami, neurotická symptomatologie nejčastěji neurasthenická, často s depresivními stavy, často i příznaky lehké organické demence. Po náhlém odnětí drogy se téměř pravidelně vyskytnou různé závažné abstinenční příznaky.

T h e r a p i e : odvykací léčba, psychofarmakotherapie a režimová léčba, roborující léčba, péče o celkový stav.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : pozvolný rozvoj většinou u predisponovaných jedinců vede obvykle k léčbě až po letech; průběh dlouhodobý, prognóza individuálně rozdílná, mnohdy špatná, toxikoman si často najde jinou, "náhradní" drogu i v případě, dojde-li k odvyknutí na drogu původní.

U nás je nesporně nejzávažnější toxikomanií alkoholismus; tzv. velké toxikomanie /opiáty/ jsou vzácné. Uvádíme dále toxikomanie v našich poměrech nejčastější.

304.2 Barbituráty .

Charakteristika : symptomatologie odpovídá shora popsané.

Therapie , průběh a prognóza : viz shora.

Poznámka : somatické příznaky bývají výrazné; hypotonie, dysarthrie, tremor, cerebellární ataxie, aj. Při terapii přináší náhlé odnětí léků riziko provokace epileptických paroxysmů.

304.3 Jiná hypnotika, sedativa a trankviliséry .

Meprobramat .

Charakteristika : symptomatologie velmi podobná symptomatologii barbiturátové toxikomanie.

Therapie , průběh a prognóza : viz shora.

Poznámka : jedna z moderních toxikomanií, se zřetelně se zvyšující frekvencí výskytu.

304.6 Jiná psychostimulantia .

Fenmetrazin .

Charakteristika : viz shora, výrazný emoční doprovod ve smyslu zvýšené iritability, depresivity, anxiety.

Therapie , průběh a prognóza : viz shora.

Dnes častěji dex-fenmetrazin než fenmetrazin.

Poznámka : další z moderních toxikomanií, s poměrně velkou frekvencí. Díky přísným zdravotnickým opatřením se dostupnost fenmetrazinu zmenšuje.

Efedrin .

Charakteristika : viz shora; bývá výrazná předrážděnost, někdy depresivní stavy, vývoj sensitivní vztahovačnosti až paranoidita.

Therapie , průběh a prognóza : viz shora.

Poznámka : z hlediska toxikomanického je efedrin účinnou složkou yastylu; nejčastější efedrinovou toxikomanií je také yastylismus vznikající někdy u chronických astmatiků.

304.8 Jiné drogy .

Analgetika /s jiným než opiovým účinkem/.

Charakteristika : viz shora; demence nebývá, psychopatické rysy málo výrazné, symptomatologie ve většině případu poměrně málo intenzivní.

Therapie , průběh a prognóza : viz shora.

Poznámka : v praxi nejčastější a nejlehčí toxikomanie, na rozdíl od převážné většiny ostatních je možná /ne vždy/ léčba ambulantní.

Kodein .

Charakteristika : viz shora; častý depresivní a anxiousní syndrom s tendencí k vzniku sensitivní vztahovačnosti.

T h e r a p i e , p r ů b ě h a p r o g n ō z a : viz shora.

Ostatní do této podkategorie řazené toxikomanie bývají pouze velmi vzácně předmětem terapie v PL, z nejčastějších jmenujeme kofeinismus, tabakismus.

304.9 D r o g y N S .

Subkategorii v praxi nepoužíváme.

305 S o m a t i c k é p o r u c h y , u n i c h ž s e p ř e d p o k l á d á p s y c h o g e n n í p ů v o d .

C h a r a k t e r i s t i k a : sem řazená onemocnění spadají z velké části do oblasti psychosomatické, resp. kortikoviscerální medicíny.

U některých z nich je rozhodující podíl psychogenézy nesporný, u jiných dosud ne plně uznávaný. Většinu ze sem řazených chorob léčíme v ČSSR na somatických odděleních. Do této kategorie řadíme též tzv. organové neurozy. Nezařazujeme sem somatické manifestace hysterické. Podrobněji se zmíníme pouze o těch, s kterými se mezi pacienty PL v indikacích k léčbě setkáváme častěji. Z ostatních se o některých zmiňujeme pouze uvedením pojmu pro orientaci v této kategorii: 305.0 kožní - pruritus, ekzém, 305.1 kostní a svalové - torticollis, 305.2 dýchací - asthma, 205.3 oběhové - paroxysmální tachykardie, hypertensní nemoc, 305.5 žaludeční a střevní - cardiospasmus, zvracení, říhání, dyspepsie, 305.6 močové - frigida, vaginismus, amenorhea, 305.7 endokrinní - diabetes melitus, 305.8 smyslových organů-některé poruchy oční.

305.3 O b ě h o v é .

N e u r o c i r k u l a č n í a s t h e n i e .

C h a r a k t e r i s t i k a : v popředí stojí bolesti u srdce, palpita-ce, bušení srdce, časté vzdychavé dýchání.

T h e r a p i e : psychotherapie, psychofarmaka, fysiotherapie, režimová léčba.

P r ů b ě h a p r o g n ō z a : průběh obvykle protrahovaný, prognóza zprvu dobrá, k psychiatrovi se však obvykle dostávají až případy zastaralé dlouho neúspěšně léčené jinými obory.

P o z n á m k a : jde většinou o neurozu anxiózní nebo neurasthenickou, tomu též odpovídá ostatní přítomná symptomatologie. Onemocnění je časté; častost organických postižení srdce si však vždy vynucuje důkladné vyšetření somatické. Mimo jiné pomáhá závislost potíží na rozčílení a klič-dové potíže /málo časté u potíží organicky podmíněných/. Viz též/ 309.3.

305.6 E i a c u l a t i o p r a e c o x .

C h a r a k t e r i s t i k a : je dána pojmem.

T h e r a p i e : psychotherapie, psychofarmaka /thioridazin/.

P r ů b ě h a p r o g n ō z a : průběh většinou protrahovaný, prognóza často dobrá.

P o z n á m k a : přídatná symptomatologie bývá nejčastěji neurasthenická.

306 Zvláštní příznaky, pokud nejsou zařazeny jinde.

Do této kategorie zařazujeme příznaky ojediněle a to tehdy, nemůžeme-li stanovit určitou diagnózu a je-li v popředí specifický chorobný příznak. V léčebenské práci půjde o :

306.0 Poruchy řeči.

Balbuties.

Charakteristika: je dána pojmem.

Terapie: psychotherapie, psychofarmaka.

Průběh a prognóza: protražovaný průběh s individuálně rozdílnou, často dobrou prognózou.

Poznámka: může jít nejčastěji o tzv. pravou koktavost jako relativně velmi izolovanou poruchu nebo o mluvní neurózu, případně hysterický balbuties. Therapie je časově velmi náročná.

306.1 Specifická neschopnost k učení.

Sem zařazovaná onemocnění, jako alexie /dyslexie/, agrafie /dysgrafie/, akalkulie /dyskalkulie/, případně jiné, jsou předmětem pozornosti dětské psychiatrie.

307 Přechodné situační poruchy.

Sem zařazované poruchy, např. panické reakce, psychopathické reakce u normální osobnosti na silný stress, zkratková reakce, afektivní poruchy jednání nebývají při samostatném výskytu předmětem léčení v PL.

Častěji se setkáváme s reakcemi zkratkovými a afektivními poruchami jednoduchého charakteru, jako s podkladem provedení suicid. pokusu. Větší význam mají pro psychiatrii soudní.

308. Poruchy chování v dětském věku.

Jde o oblast dětské psychiatrie. Z forem, jakými se mohou manifestovat, uvádíme jako příklady: mutismus, lhavost, záškoláctví, toulání, antisociální jednání, krádeže a jiné trestné činy, agresivita.

309 Duševní poruchy neurčené jako psychotické, na podkladě somatických onemocnění. Jinam nezaražitelné.

Charakteristika: tyto poruchy mohou vznikat na základě téměř všech somatických onemocnění. Nejčastěji půjde o obrazy neurotické, poruchy osobnosti či chování, případně o účelové neurózy na základě některého z uvedených onemocnění.

Terapie: psychotherapie, léčba základního onemocnění, psychofarmaka, režimová léčba, léčba základního onemocnění.

Průběh a prognóza: dalekosáhle /s výjimkou účelových neuróz/ závisí na průběhu a prognóze základního onemocnění.

P o z n á m k a : v praxi jde často o složité obrazy vznikající příměsí psychogenní reaktivity na onemocnění /případně na samu skutečnost vytržení z běžného životního stereotypu či prostředí/, případně jiných faktorů /např. účinek dlouhodobé terapie/ k symptomatologii vznikající jako přímý důsledek onemocnění somatického.

309.0 N i t r o l e b n í i n f e k c e .

Neurolyues může vést k neurotické symptomatologii nejčastěji neurasthenického typu již v II období onemocnění. V období terciálním předchází někdy neurotická symptomatologie obrazům popsaným sub. 292.0 a 292.1; při včasné a správné diagnostice může někdy dojít pouze k vzniku neurasthenických obrazů. Meningitidy a encephalitidy mívají v akutním stádiu pravidelně neurasthenickou symptomatologii, jako následky onemocnění vidáme poměrně často neurasthenické /cerebrasthenické/ obrazy a psychopathsaci až degradaci osobnosti. Ostatní sem patřící afekce jsou vzácné.

T h e r a p i e : viz shora.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : viz shora; psychopathické obrazy po meningitidách a encephalitidách mívají špatnou prognózu.

P o z n á m k a : diagnostika je neurologická, psychická symptomatologie může být pouze indikátorem svědčícím pro možnost tohoto onemocnění.

309.1 I n t o x i k a c e l é k y a j e d y , a u t o i n t o x i k a c e .

I n t o x i k a c e l é k y a j e d y .

Akutní intoxikace léky a jedy /viz též 294.3/ s nepychotickou symptomatologií nebývají léčeny na psychiatrických odděleních. Nepříliš často zanechávají otravy některými látkami následné, terapeuticky většinou věčné neurozoformní potíže. O otravě CO se zmíníme níže.

Chronické intoxikace otravnými látkami mohou vést k neurotickým syndromům /nejčastěji neurasthenickým/, psychopathsaci osobnosti a někdy k organickým demencím. Neurotické potíže po látkách působících sedativně, bývají doprovázeny spíše asthenickými a apathickými symptomy, potíže po látkách působících excitačně bývají spíše podbarveny zvýšenou dráždivostí, případně anxiousní tenzí. Nejčastěji půjde o stavy způsobené některou z toxikomanických drog /viz 304/. Z průmyslových škodlivin upozorňujeme na CO /viz níže/, trichlorethylen, barviva, olovo, benzín a benzen.

T h e r a p i e : psychofarmaka, celková roborující, fysioterapie.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : průběh bývá obvykle do zjištění příčiny protražovaný, po zjištění příčiny /až na některé psychopathsace/ bývá prognóza dobrá.

P o z n á m k a : při klinicky jinak obtížně vysvětlitelných obrazech musíme vždy na tuto možnost pomýšlet, stejně jako u jedinců pracujících v prostředí náročném na průmyslové škodliviny /důležitost pracovní anamnézy/.

O t r a v a C O .

C h a r a k t e r i s t i k a : jak při chronické, tak po akutní otravě kysličníkem uhelnatým dochází velmi často k neurastheniformním obrazům, dosti často k následné psychopatizaci osobnosti.

T h e r a p i e : viz 294.3.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : prognóza neurózoformních obrazů bývá dobrá, psychopatizace mnohdy dosti špatná.

A u t o i n t o x i k a č n í p r o c e s y .

I n f e k č n í o n e m o c n ě n í .

Akutně probíhající infekce mívají v stadiu probíhající infekce často nej-různější neurózoformní obrazy, k léčení v PL však dochází vzácně. Po těžkých infekcích /respektive těžce probíhajících infekcích, nebo po vi-rózách/ dochází někdy k prolongované rekonvalescenci s převahou psychic-ké symptomatologie hlavně ve smyslu neurasthenických obrazů/ hlavně asthenických forem/, případně ke vzniku organicky podmíněného neurasthe-nického /cerebrasthenického/ obrazu.

Chronicky probíhající infekční onemocnění vedou takřka pravidelně ke vzni-ku psychické symptomatologie. Obrazy jsou nejčastěji neurózoformní /neurasthenické, často s hypochondrickými rysy, příznaky orgánovými od traktu kardiovaskulárního, vegetativně podbarvené/, někdy i psychopatic-ké. Do jisté míry specifickou symptomatologií při TBC se budeme zabývat níže.

T h e r a p i e : mimo léčby základního onemocnění (pokud je ještě pří-tomné/ psychofarmaka, psychotherapie, fysiotherapie.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : individuálně rozdílná prognóza, větši-nou dobrá.

P o z n á m k a : u neurózoformních obrazů bývá obtížné odlišit případ-nou složku agravační, superposiční či neurotickou, respektive psychogen-ní od složky způsobené přímo infekcí. Účelové neurózy obtížné diagnosti-kovatelné nejsou vzácné.

Tuberkulóza plic jako dlouhodobé onemocnění s častou nutností několikamě-síční hospitalizace, a ještě delší terapie léčivými působícími i na CNS, vede často ke vzniku psychické symptomatologie. Na výsledném obraze se spolupodílejí výše uvedené faktory a autointoxikace organismu infekčním agens. Častá je psychopatizace, lhostejný a lehkomyšlný postoj při euforickém ladění u řady nemocných, emoční labilita a tendence k abusu až vzniku alkoholismu.

A u t o i n t o x i k a c e j i n é .

Z rozsáhlé skupiny onemocnění, jejichž výskyt na psychiatrických lůžko-vých odděleních není příliš častý, uvádíme:

s e l h á n í f u n k c e j a t e r a l e d v í n .

C h a r a k t e r i s t i k a : v důsledku nedostatečně odstraňovaných či detoxikovaných metabolitů zaplavujících organismus může dojít k pře-vážně neurasthenicky laděným obrazům. Do jisté míry zvláštní postavení

kde zaujímá posthepatický syndrom velmi častý po infekčních hepatitidách, kde se na psychické symptomatologii podílí přímý vliv infekce. Neurasthenická symptomatologie stojící v popředí bývá podbarvená hypochondricky, asthenicky, někdy anxiosně.

T h e r a p i e : terapie základního onemocnění, psychofarmaka, fyzioterapie.

P o z n á m k a : psychofarmaka mají velmi často vedlejší účinky vyžadující opatrnosti při terapii výše uvedených stavů.

309.2 Ú r a z y m o z k u .

V akutním stadiu úrazů mozku bývají psychotické poruchy spojené s poruchami vědomí. S obrazy nepsychotickými se setkáváme ve stadiu odeznívání akutních příznaků pourazových, a u stavů následných. Hovoříme o stavech postkomočních a to i tehdy, šlo-li o kontuzi a ne pouze o komoci mozkovou.

P o s t k o m o č n í c e r e b r a s t h e n i e .

C h a r a k t e r i s t i k a : neurasthenický /cerebrasthenický/ syndrom s převahou asthenické symptomatologie, často zvýšenou dráždivostí, pravidelně cephalou a insomnií, veget. symptomy.

T h e r a p i e : psychofarmaka, fyzioterapie, psychotherapie.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : průběh bývá protrahovaný, prognóza individuálně velmi rozdílná.

P o z n á m k a : mnohdy jde o velmi složité obrazy promíšené příznaky postkomoční neurózy účelové, případně agravací nebo i simulací.

P o ú r a z o v á n e u r ó z a p o s t k o m o č n í ú č e l o v á , r e n t o v á .

C h a r a k t e r i s t i k a : obraz podobný svou symptomatologií postkomoční cerebrasthenii, nemocní však obvykle bývají steničtější.

T h e r a p i e : psychofarmaka, psychotherapie.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : průběh protrahovaný, prognóza spíše horší než u postkomoční cerebrasthenie.

P o z n á m k a : někdy se terminologicky používají pouze některé z atributů používaných výše /např. rentová neuróza pourazová/. Viz poznámka při postkomoční cerebrasthenii.

P o s t k o m o č n í / t r a u m a t i c k á / e n c e p h a l o - p a t h i e s p o v a h o v ý m i z m ě n a m i .

C h a r a k t e r i s t i k a : většinou morózní, dráždiví, explosivní, nedisciplinovaní jedinci; někdy dojde spíše k obrazu euforie s mnohmluvností, obřadností.

T h e r a p i e : psychofarmaka, režimová léčba.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : průběh vysloveně chronický, základní proces bývá neovlivnitelný.

P o z n á m k a : jde někdy o velmi svízelné a nepříjemné pacienty, významné též z hlediska soudně-psychiatrické problematiky. U postkomočních stavů bývá výrazná intolerance alkoholu. Nutno též upozornit na mnohem větší počet psychických postkomočních komplikací u alkoholiků, dále na možnost

komplikace všech výše popsaných porážkových obrazů postkomoční epilepsií.

Z á v ě r e ě n á p o z n á m k a : do této podkategorie /309.2/ řadíme též dětskou lehkou perinatální encephalopathii /LDE, problematika je oblastí dětské psychiatrie/ a následky porodního traumatu včetně hypoxie při porodu.

309.3 P o r u c h y o b ě h u k r e v n í h o .

O n e m o c n ě n í t e p e n , t e p é n e k a v l á s e ě n í c .

P s e u d o n e u s t h e n i c k ý s y n d r o m a r t e r i o - s c l e r o t i c k ý .

C h a r a k t e r i s t i k a : neurasthenický syndrom s výraznou emoční labilitou, insomnií, cephaléou, závratěmi, často anxiousním, depresivním či hypochondrickým syndromem.

T h e r a p i e : antisklerotická, psychofarmaka, fysiotherapie.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : pozvolný začátek s protrahovaným průběhem, prognóza quoad sanationem špatná, quoad zlepšení symptomatologie dosti dobrá.

P o z n á m k a : klinický obraz bývá promíšen psychogenní symptomatologií související s problematikou stárnutí. Obrazy s těžší depresivitou a výraznými hypochondrismy lze často pouze obtížně odlišit od depresivních psychóz endogenních či sklerotických. Také složka psychické symptomatologie při kardiálních dekompenzacích /viz níže/ je častá. Nutno též upozornit na skutečnost, že se dnes setkáváme občas již s arteriosclerotickou symptomatologií v relativně ranném věku /po 40 roce/. Viz též poznámka při hypertenzivní pseudoneurasthenii.

P o v a h o v é z m ě n y p ř i m o z k o v é a r t e r i o s c l e - r ó z e .

C h a r a k t e r i s t i k a : někdy dojde pouze k zvýraznění praemorbálních povahových rysů, jindy o povahové změny ve smyslu egoistických a paranoidních rysů, případně i tendencí ke vzniku sexuálních aberací.

T h e r a p i e : antisklerotika, psychofarmaka.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : pozvolný vznik s protrahovaným průběhem, prognóza nepříliš dobrá.

P o z n á m k a : s obdobnou symptomatologií se setkáváme někdy při hypertenzi. Často bývá nutná trvalá hospitalizace v PL.

H y p e r t e n z n í c h o r o b a , h y p e r t e n z e .

P s e u d o n e u r a s t h e n i c k ý s y n d r o m p ř i h y p e r - t e n z i .

C h a r a k t e r i s t i k a : symptomatologie obdobná symptomatologii při arteriosclerotické pseudoneurasthenii.

T h e r a p i e : hypotenziva, psychofarmaka, fysiotherapie.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : pozvolný vznik s protrahovaným průběhem, prognóza obdobná prognóze při art. neurasthen. syndromech, vážné somatické komplikace ještě častější.

P o z n á m k a : hypertenze bez arteriosclerocy je vzácná. Jinak viz okolnosti uvedené v poznámce k art. pseudoneurasthenii.

N e u r a s t h e n i c k á s y m p t o m a t o l o g i e p ř i h y p o t e n z i .

C h a r a k t e r i s t i k a : snížený krevní tlak /vyskytující se u některých jedinců konstitučně/ může vést k neurasthenickým potížím závislým na aktuální výši krevního tlaku.

T h e r a p i e : terapie hypotenze, fysiotherapie.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : nejde téměř nikdy o těžké potíže.

Průběh závisí na ovlivnitelnosti hodnot krevního tlaku.

I s c h e m i c k á c h o r o b a s r d e č n í .

Při záchvatech anginy pectoris a při akutním infarktu myokardu bývají někdy pozorovány anxiosně-depresivní stavy, často s neklidem. Někdy dojde k mylnému odeslání do PL.

O s t a t n í c h o r o b y s r d e č n í .

C h r o n i c k á d e k o m p e n z a c e k a r d i á l n í .

C h a r a k t e r i s t i k a : neurasthenický syndrom, obvykle s rysy anxiozními, depresivními, někdy dysthymními, hypochondrickými.

T h e r a p i e : léčba základního onemocnění, psychofarmaka.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : závisí na průběhu a prognóze základního onemocnění.

P o z n á m k a : potíže psychické někdy předcházejí manifestaci interních příznaků počínající dekompenzace. Nutno počítat s možností psychogenní reaktivity, resp. nadstavby.

C h o r o b y k r v e a k r v e t v o r n ý c h o r g á n ů .

Nejčastěji bývá psychická symptomatologie při c h r o n i c k é a n a e m i i .

C h a r a k t e r i s t i k a : neurasthenický syndrom, nejčastěji anxiosně nebo depresivně podbarvený, často tendence ke vzniku sens. vztahovacnosti až paranoidních percepčí.

T h e r a p i e : základního onemocnění, psychofarmaka, fysiotherapie.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : průběh bývá prolongovaný, prognóza závislá na prognóze základního onemocnění, respektive na jeho nejzávažnější složce, tj. stavu červ. krvinek.

309.4 Z á c h v a t o v i t á o n e m o c n ě n í .

E p i l e p t i c k á p o v a h a .

C h a r a k t e r i s t i k a : v popředí povahových změn stojí egocentrismus, ulpívavost, dětinská svéhlavost, obřadnost, fanatismus, těžkopádnost, dráždivost se sklonem k efektivním výbuchům a někdy i vážnou agresivitou.

T h e r a p i e : antikonvulzivní, psychofarmaka opatrně.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : pozvolný vznik, prognóza většinou vzdor terapii nepříznivá s pravděpodobností progresu pathických změn.

P o z n á m k a : závislost na častosti záchvatů není absolutní, ke vzniku ep. povahy může výjimečně dojít i u epileptiků s ojedinělými záchvaty; obecně však častost záchvatů je činitelem nepříznivým. Pacienti patří mezi nejnepříjemnější v PL, též proto, že je lze obtížně terapeuticky zvládnout /relativní kontraindikace řady psychofarmak/. Při obecně zvýšené konfliktotvornosti dochází snadno ke konfliktům mezi stejně nemocnými osobami. Epileptická povaha bez epileptické demence, alepoň minimálně vyjádřená, je velmi vzácná.

E p i l e p t i c k é r o z l a d y .

C h a r a k t e r i s t i k a : jeden až dva dny, vzácně déle, trvajících mrzutá dráždivost, jindy anxiozita nebo deprese /s rizikem sebevraždy/, méně často hypomanické stavy, případně hypersexualita s aberantním jednáním.

T h e r a p i e : antikonvulziva, psychofarmaka.

P r ů b ě h a p r o g n o z a : vhodná terapie často zabrání opakování stavů.

P o z n á m k a : mnohdy nebývá pomýšleno na epileptickou etiologii /spolehlivá diagnostika možná pouze pomocí EEG/, nejsou-li přítomny další projevy epilepsie.

Z á v ě r e ě n á p o z n á m k a k e p i l e p t i c k ý m p o r u c h á m : příliš častý styk s pacienty psychicky alterovanými zkresluje pohled na osoby postižené epilepsií, které nemusí být vůbec psychicky postiženy.

309.5 P o r u c h y p ř e m ě n y l á t e k , r ů s t u n e b o v ý ž i v y .

S psychickými onemocněními této skupiny se nejčastěji setkáváme u endokrinopatií. Specifičnost tzv. endokrinního psychosyndromu se změnami dílčích pudů /sexuálního, nutričního apod./, změnami dynamogenie, poruchami nálady, emočního ladění a emočních reakcí, jako vedoucími příznaky je sporná. Je však jisté, že u nemocných s psychickými potížemi na bázi endokrinopatií bývají tyto funkce velmi často postiženy. Častěji se setkáváme s pacienty, u nichž část symptomatologie je endokrinní poruchou spolupodmíněná.

H y p e r f u n k c e š t í t n é ž l á z y .

C h a r a k t e r i s t i k a : neurasthenický syndrom s dráždivostí, insomnií, sklonek k depresivním či anxiozním reakcím, někdy též psychomotorickým neklidem, též stavy dysforie a další.

T h e r a p i e : léčba endokrinopatie, psychofarmaka, fyzioterapie.

P r ů b ě h a p r o g n ó z a : závisí na průběhu a prognóze základního onemocnění.

P o z n á m k a : některé, u neuróz časté příznaky mohou imponovat jako příznaky hyperthyreózy, např. třes, tachykardie, potivost. Frustrní hyperthyreózy však mohou probíhat oligosymptomaticky s převahou neurotické symptomatologie, diferenciální diagnostika pak bývá obtížná.

Hypofunkce štítné žlázy .

Charakteristika : nejružnější syndromy charakterizované hlavně obleněním psychosomatických funkcí s dysforií, apathicko-abulickým syndromem.

Terapie : základního onemocnění.

Průběh a prognóza : závisí na průběhu a prognóze základního onemocnění.

Premenstruační tenze .

U mnohých žen se objevují v premenstruu stavy dysforií, zvýšené tenze, doprovázené dráždivostí, někdy deprese /pak hovoříme o premenstruační depresi/. Stavy se pravidelně před menstruací opakují, z psychofarmak se zdá být nejúčinnější guajacuran.

Klimakterická neuroza .

Charakteristika : nejčastěji jsou neurasthenické syndromy, často s nápadnou dráždivostí, mnohdy hypochondrickými, anxiousními či depresivními rysy.

Terapie : hormonální léčba, psychofarmaka, psychotherapie, fyzioterapie.

Průběh a prognóza : průběh bývá chronický, prognóza dosti dobrá.

Poznámka : na etiologii se významně podílí psychogenéza /mimo běžné momenty tzv. syndrom zavírajících se dveří/, někteří autoři pokládají téměř všechny klimakterické neurozy za psychogenní. Jiní hovoří o klimakterické chorobě ženské, do které řadí mimo klimakterické neurozy též zvýraznění psychopatických rysů v klimaxu, pseudopsychopatické obrazy klimakterické a klimakterické psychózy. Za společný rys těchto stavů bývá pokládána žárlivost.

Diabetes melitus .

Diabetická encephalopathie může vést k psychopatickým povahovým rysům mnohem dříve, než dojde ke vzniku častější organické demence. Při hypoglykemických stavech stejně tak jako při hyperglykemii při diabetu bývají mimo psychotických stavů pozorovány depresivní rozlady, hypobulické, asthenické stavy.

Terapie : základního onemocnění a psychofarmaka.

Průběh a prognóza : závisí na průběhu základního onemocnění.

Poznámka : psychopathologické příznaky bývají velmi často spolupodmíněny sklerózou mozk. buněk, jejíž vznik a vývoj diabetes podporuje.

Hyperfunkce kůry nadledvinky .

Charakteristika : asthenie, hypodynamie, zvýšená únavnost, sklon k depresivním rozladám.

Terapie : základního onemocnění a psychofarmaka.

Průběh a prognóza : závisí na průběhu základního onemocnění.

309.6 Senilní nebo presenilní nemoci mozku.

Neurózoformní nebo psychopatické syndromy bývají mnohdy prvním příznakem senilních nebo presenilních onemocnění mozku, obvykle však teprve přítomnost psychotických příznaků nám umožňuje diagnostické zařazení. Viz též 290.

309.7 Nitrolební novotvary.

Charakteristika: častěji jako příznak celkového vlivu tumoru na CNS než lokálním působením tumoru dochází k syndromům apathicko-abulickým, neurasthenického typu, hypochondrické nebo pithiatické obrazy však nejsou výjimkou. Může též docházet k nejrůznějším obrazům psychopatickým.

Therapie: základního onemocnění, psychofarmaka.

Průběh a prognóza: závisí na průběhu a prognóze základního onemocnění.

Poznámka: nejde o stavy příliš časté, ale také ne extrémně vzácné, symptomatologie ve sféře psychické může předcházet příznakům neurologickým. Viz též poznámka při 293.3.

309.8 Degenerativní nemoci centrální nervové soustavy kromě senilních a presenilních.

Onemocnění sem řazená jsou vzácná, platí v plném rozsahu to, co bylo již řečeno sub. 309.6.

OLIGOFRENIE /310-315/

U oligofrenií jde o vrozený nebo v ranném věku vzniklý nedostatečný a ne-
souměrný vývoj celé somatopsychické osobnosti, manifestující se obvykle
nejvíce ve sféře intelektové. Jde o stavy stationární, terapeuticky ne-
ovlivnitelné. Obvykle udávaná frekvence výskytu 5-10% populace není prav-
děpodobně příliš přesná. Životní uplatnění oligofreniků nezávisí pouze
na stavu jejich intelektuálních schopností /i když je tato složka nejdů-
ležitější/, ale též na ostatních složkách jejich osobnosti. Obvyklé děle-
ní na idiotii, imbecilitu a debilitu je v hraničních případech nepřesné
/některé rysy umožňují u hraničních případů zařazení do sousedních katego-
rií/. V klasifikaci nemocí je použito zařazování dle hodnot IQ, tedy dle
měřítka ne plně spolehlivého; dovolíme si níže podat nejhlavnější charak-
teristiky jednotlivých stavů, i když mohou být u hraničních případů v roz-
poru s "naměřeným" IQ. Etiologické členění oligofrenií provádíme dle kla-
sifikace přiřčením čísla k základnímu trojčíslí dle hloubky oligofrenie.
Uvádíme pouze pro přehled bez bližšího vysvětlení - jde o oblast dětské
psychiatrie.

310, 311, 312, 313, 314, 315.0. Po infekcích a intoxikacích.

1 Po úrazech a fyzikálních vlivech.

2 Při poruchách výměny látek, růstu nebo výživy.

3 Při makroskopických lezích mozku.

- 4 Při nemocech a stavech způsobených jinými a NS prenatálními vlivy.
- 5 Při anomáliích chromosomů.
- 6 Při nezralosti.
- 7 Po vážné duševní poruše.
- 8 Při psychosociální deprivaci.
- 9 Jiné a NS.

310 M í r n á d u š e v n í z a o s t a l o s t / s l a b o d u c h o s t / .
Ohraničena hodnotami IQ 68-85. Nejde ještě o oligofrenii ve vlastním slova smyslu.

311 L e h k á s l a b o m y s l n o s t , d e b i l i t a .
Ohraničena hodnotami IQ 52-67.

C h a r a k t e r i s t i k a : psychomotorický vývoj v dětství bývá opožděn, někteří lehčí debilové jsou schopni úspěšně dokončiti základní devítiletou školu. Výjimečně mohou být úspěšní při jednodušších řemeslnických pracích, většinou schopni pouze jednoduché manuální práce pod občasným dohledem.

P o z n á m k a : debilita sama o sobě není indikací k přijetí do PL. K hospitalizaci dochází obvykle pro přídatnou symptomatologii /eretické povahové prvky, psychopat. rysy, častý sekundární ethylismus a jiné/. Při obtížnosti vhodného pracovního zařazení těžších debilů v moderní industriální společnosti a nedostatku sociálních zařízení bývají zdánlivě medicínské příčiny hospitalizace mnohdy ve skutečnosti indikací sociální.

312 S t ř e d n ě t ě ž k á s l a b o m y s l n o s t , i m b e c i l i t a .
Ohraničena hodnotami IQ 36-51.

C h a r a k t e r i s t i k a : psychomotorický vývoj je těžce opožděn. Zásoba slovní velmi chudá, školní docházka končí neúspěchem. Vyšší složky osobnosti zaostávají, často jsou egocističtí, popudliví, škodolibí, občas tendence k sexuálně aberantním praktikám. Někteří schopni nejjednodušší manuální práce pod trvalým dohledem.

P o z n á m k a : o příčinách hospitalizace v PL platí okolnosti uvedené v poznámce k 311.

313 T ě ž k á s l a b o m y s l n o s t , p r o s t á i d i o t i e .
Ohraničena hodnotami IQ 20-35.

C h a r a k t e r i s t i k a : obvykle porozumí několika nejjednodušším slovům, někdy je schopen se i několik jednoduchých slov naučit, pracovní návyky nezíská, v nejlepším případě získá nejjednodušší hygienické návyky.

P o z n á m k a : hospitalizace v PL bývá zaviněna nedostatkem místa nebo organizace v sociálních zařízeních.

314 Těžká slabomyslnost, těžká idiotie.

Hodnoty IQ pod 20.

Charakteristika: nejsou schopni porozumět žádným slovům, vydávají pouze neartikulované zvuky, nezískají hygienické návyky.

Poznámka: viz poznámka k 313.

315 Oligofrenie blíže neurčená.

Do této kategorie zařazujeme pacienty, u nichž jsme z časových či jiných příčin nemohli provést podrobnější hodnocení hloubky postižení.

Závěrečná poznámka k oligofreniím: u všech oligofrenií rozeznáváme typy klidné /torpidní/ a neklidné /eretické, versatilní/.

MUDr. PAVLA NAVRÁTILOVÁ

primářka dětského oddělení Psychiatrické léčebny ve Šternberku

Diagnostická klinika i terapeutická práce se podstatně liší od práce prováděné v dospělé psychiatrii. Své problémy a diagnostická i terapeutická řešení mají v oblasti dětské a juvenilní psychiatrie. Typické je zejména vztahování se k dětské psychosociální situaci.

Symptomatologie dětských neuroz

Je značně závislá na věku, stupni maturace, biologické regulaci činnosti životního systému, vlivu prostředí, dědičném a afektivním stavu, sociálních reakcích. U školáků se vyskytují zejména enuresis a encopresis, poruchy spánku.

U pubescentů se již vyskytují patologická obráta, které vyžadují

ZVLÁŠTNOSTI DIAGNOSTIKY V DĚTSKÉ PSYCHIATRII

Psychotické stavy

Přicházejí v úvahu zejména u dětí s těžkými somatickými onemocněními, u dětí s těžkými poruchami osobnosti, 6-7 let a spíše u dětí s těžkými poruchami osobnosti, u dětí s těžkými poruchami osobnosti a snadně vykyvují k akutnímu paranoidnímu, katatonickému, schizoidnímu, schizofrennímu a také v průběhu onemocnění. U dětí se u nich objevila schizofrenní onemocnění, u dětí s těžkými poruchami osobnosti a také v průběhu onemocnění. U dětí se u nich objevila schizofrenní onemocnění, u dětí s těžkými poruchami osobnosti a také v průběhu onemocnění. U dětí se u nich objevila schizofrenní onemocnění, u dětí s těžkými poruchami osobnosti a také v průběhu onemocnění.

Mani-depresivní stavy

se vyskytují u dětí ještě vzácněji. Jednu třetinu počtu dětí s manicko-depresivními stavy s klinickou dospělých. U dětí se vyskytují u starších dětí i u dětí s těžkými poruchami osobnosti a také v průběhu onemocnění.

Skupina poruch osobnosti

Je etiopatogeneticky velmi složitá. Podmíněných příčin se vyskytují u dětí s těžkými poruchami osobnosti a také v průběhu onemocnění. U dětí se u nich objevila schizofrenní onemocnění, u dětí s těžkými poruchami osobnosti a také v průběhu onemocnění.

ZVLÁŠTNOSTI PEDOPSYCHIATRICKÉ DIAGNOSTIKY

Diagnostické rozložení, klinika i terapeutická opatření v pedopsychiatrii se podstatně liší od obdobné problematiky v psychiatrii dospělých. Nejpalčivějším problémem pedopsychiatrické praxe jsou tzv. poruchy chování, prospěchové obtíže a funkční enurezy. Typy neuróz, s jakými se setkáváme u dospělých, jakož i dětské psychózy jsou vzácné.

Symptomatologie dětských neuróz

Je značně závislá na věkovém faktoru. U menších dětí se setkáváme s poruchami regulace denní životosprávy /nechutenství, bulimie, obstipace, poruchy usínání/, dále s afektivními křečemi, negativismem, úzkostnými stavy a hysterickými reakcemi. U školáků se vyskytuje častěji psychomotorický neklid, fobické stavy, enuresis a encopresis, poruchy řeči, cephaléa a tiky.

U pubescentů se již neurotická symptomatologie vyhraňuje a blíží se psychopatologickým obrazům, které vídáváme v dospělosti.

Psychotické stavy u dětí

přicházejí v úvahu nejčastěji v pubertě.

Psychózy schizofrenního okruhu /295.8/ se vyskytují v dětské psychiatrické populaci v 1 - 2%. Predilekční věková období jsou 2-4 léta, 6-7 let a puberta. Klinický obraz je velmi pestrý. V předškolním věku jsou to strech, nutkavé stavy, autismus, poruchy asociací až zmatenost, stavy katatonní a značné výkyvy nálad. Už i v ranném školním věku někdy pozorujeme halucinace, paranoiditu, depersonalisace. V pubertě se klinický obraz mění od případu k případu a také v průběhu onemocnění. Sami jsme v této věkové skupině často pozorovali periodicky probíhající depresivní stavy, u nichž se teprve po několika měsících objevila schizofrenní symptomatologie. Tyto případy vyžadují v akutní fázi aktivní léčbu /insulin, ev. EŠ/, někdy v kombinaci s ataraktiky, která pak aplikujeme ambulantně v udržovacích dávkách.

Mani odepresivní psychóza /296.1-3/

se vyskytuje u dětí ještě vzácněji; díky rozdílným kritériím jednotlivých autorů procentuální odhady značně kolísají. Je možno soudit, že výskyt tvoří asi jednu třetinu počtu dětských schizofrenií. Základní symptomatologie je shodná s klinikou dospělých. Therapeuticky aplikujeme v depresivní fázi antidepresiva, u starších dětí i elektrošoky a subkomatosní insulin; manické fáze klidíme ataraktiky.

Skupina poruch chování

Je etiopathogeneticky nejednotná, prolíná se zde více faktorů. U výchovně podmíněných případů se provádějí sociální zásahy nejrůznějšího druhu. Tam, kde nevystačíme s ambulantními možnostmi, je dítě obvykle zařazováno do speciálních výchovných zařízení.



Z poruch chování ve věku do 15ti let se nejčastěji setkáváme s projevy nekázně, agresivitou, záškoláctvím, tulkami, krádežemi i loupežemi, lhavostí a abusem alkoholu. V celosvětovém měřítku je naléhavým problémem j u v e - n i l n í d e l i n k v e n c e , tj. trestná činnost mládeže od 15ti do 18ti let. Je často spjata s tvořením p a r t /"chuligáni"/. Ne každá parta překračuje meze zákona; pod vlivem alkoholu dochází k delinkvenci často.

Příčiny delinkvence jsou spatřovány v morálním uvolnění rodiny, ve ztrátě rodičovské autority, v nadměrné výchovné toleranci. Společenské /hospodářsko-politické/ faktory mají za následek, zvláště ve městech, rychlejší pohlavní vyzrání /m.j./; tím je narušována v souhrě s ostatními faktory rovnováha individua. Někdy se tyto faktory zvlášť zřetelně ujímají na psychopathologickém podkladě. Pro psychiku mladistvých delinkventů je charakteristická emoční labilita, podléhání primitivním emocím a poruchy hodnocení. Vůdci tlup bývají obvykle osobnosti psychopatické.

Jako opatření připadá v úvahu zajištění výchovného působení rodiny a dle povahy jednotlivých případů opatření repressivní, nejčastěji ve formě nápravné výchovy ve speciálních zařízeních /viz přísl. kapitola/, nebo ambulantní, či lůžková léčba psychiatrická, s hlavním podílem psychotherapie, ev. v kombinaci s ataraktiky.

Psychopatie. /301/

Diagnóza psychopatie je v dětském věku obtížná. Zpočátku ji pozorujeme jako vývojovou disharmonii, jejíž další osud závisí na interakci s prostředím. Někdy dochází k manifestaci psychopatických povahových rysů až v pubertě.

Z etiopathogenetických činitelů se při jejich vzniku uplatňují faktory genetické, organické /reziduální stavy po prodělaných intoxikacích, traumatech lbi, infekcích/, i faktory výchovné.

Rozdělení psychopatií je v dětském věku velmi obtížné a lze je dělit pouze dle vedoucího příznaku na skupinu, kde stojí v popředí klinického obrazu značný p s y c h o m o t o r i c k ý n e k l i d s primitivní impulsivitou, která imponuje jako zbrkllost a nezdrženlivost, s citovou labilitou, zvýšenou dráždivostí a poruchami pozornosti. Tyto děti jsou většinou euforické, značně sebevědomé, málo sebekritické, neukázněné a agresivní. V pubertě část z nich propadá delinkvenci.

U další skupiny je v popředí s y n d r o m a u t i s m u . Děti jsou samotářské, plaché, společensky neobratné, egocentrické, často negativistické, paranooidní a vztahovačné.

A n e t h i c k ý s y n d r o m , dříve nazývaný "moral insanity" se vyznačuje chybením vyšších citů, egocentrismem, emoční dráždivostí, nedostatkem sebe-kontroly, sklonem k delinkventnímu jednání. V etiopathogenese se uplatňují nejčastěji organické faktory a těžká deprivace.

Sexuální deviace .

Jednotlivé symptomy v rámci psychopatické osobnosti vidíme vznikat již v dětském věku, unikají však většinou pozornosti. K manifestaci dochází obvykle až v pubertě. Dobrá prognóza je u těch forem, s nimiž je spjata infantilnost ve sféře psychosexuální. Při exploraci je nutno si všímat výchovných faktorů, svedení, nápodoby.

Pokud se týče terapie, kombinujeme podle povahy jednotlivých případů opatření výchovná s psychotherapií a ataraktiky. V závažnějších případech je nutná ústavní péče.

Lehké dětské encephalopatie /LDE/. /309.2/

Je to syndrom, který se začíná všeobecně uznávat jako zvláštní nosologická jednotka. Dle Kučery a spolupracovníků vzniká na podkladě drobného, diffusního poškození mozkové tkáně za nitroděložního života, při porodu a krátce po něm. V praxi se projevuje poruchami chování, k nimž se často druzí projevy neurotické. Rozlišujeme typ hyperkinetický a hypokinetický. U hyperkinetického se uplatňuje nadměrná živost, výrazná neobratnost, sklon k impulsivnímu jednání, toulkám a útěkům, agresivitě. Děti mají potíže v ručních pracích, v tělocviku, v kreslení a psaní. U hypokinetického typu bývá sklon k řešení zátěžových situací útlumovými mechanismy. Tam, kde jsou poruchy chování svízelné, přetrvávají od raného dětství a nereagují na léčbu, mluvíme o rysech psychopatických. Často se setkáváme u LDE s enuresou, která vznikla na podkladě centrální laese, která postihla výkon svěračů.

S projevy psychotickými se shledáváme u LDE zřídka, nejčastěji v kombinaci se sníženým intelektem. Projevují se zmateností, regresivními projevy, halucinacemi, neologismy.

V poslední skupině jsou děti se sníženými intelekt. schopnostmi, většinou na podprůměrnou úroveň.

U všech pěti skupin se mohou objevovat projevy paroxysmální a tzv. specifická dyslexie, tj. specifická porucha čtení.

Léčba se provádí kombinací psychofarmak s metodami psychotherapeutickými, úpravou režimu a prostředí. Ve velkých městech se začínají zřizovat speciální třídy pro děti encephalopatické se zvlášť vypracovanou pedagogickou metodikou a malým počtem dětí ve třídě.

Oligofrenie. /310-315/

je syndrom etiopathogeneticky nejednotný, do něhož zahrnujeme stavy vrozené a získané v útlém či pozdějším věku. Mají společné psychopathologické projevy a vyžadují zvláštní výchovu, školní vzdělání i léčbu.

Dle světové zdravot. organizace se střední a těžká oligofrenie vyskytuje u dětí škol. věku v 0,3 - 0,4% populace /v evropských a amerických zemích/. Počet lehce slabomyslných v Evropě je 1-4% školní populace. Dalších 5-12% školní populace je intelektově podprůměrných, vyžadujících zvláštní péči v rámci všeobecně vzdělávací školy.

Klinický obraz dětské slabomyslnosti je ovlivněn nejen stupněm postižení, ale i věkem dítěte. Jednotlivé stupně se tradičně nazývají: idiocie, imbecilita a debilita. Pásmo mezi debilitou a průměrem se nazývalo slaboduchost, v poslední době se nahrazuje termínem "hraniční pásmo mezi mírným podprůměrem a debilitou". Oligofrenie se dělí na jednotlivé stupně dle IQ, dle něhož však nelze spolehlivě stanovit hranice vzdělavatelnosti a vychovatelnosti. Nejde totiž o postižení intelektu měřitelné testy, ale o postižení celé osobnosti a motoriky.

Klinické projevy oligofrenie pro jednotlivé věkové skupiny a jednotlivé stupně postižení:

a) Oligofrenie v ranném a předškolním věku:

Symptomatologie:

Tupá visáž, opožděný vývoj řeči, motorika nepřiměřená věku /rytmické pohyby/, nechápání nebezpečí, časté sebepoškozování, projevy odporu a agrese bez přiměřené motivace. Chybí údobí zájmu a zvědavosti /otázky "proč", "jak"/. Dítě neprojevuje zájem o souvislosti pohádkových dějů, nápadná je neobratnost a těžkopádnost při hře, neúčelné používání hraček.

b) Oligofrenie ve školním věku:

Symptomatologie:

Neklid, těkavost, nebo naopak torpidnost, potíže při osvojování čtení, psaní, počítání, poruchy řeči, poruchy motoriky a emotivity.

c) Oligofrenie v pubertě a dospívání:

Symptomatologie:

Opožděná puberta, chybí korekce emotivity rozumovou úvahou, proto dochází často k přestupkům a činům asociálním.

Zařazování oligofrenních dětí:

I d i o c i e - lze s jistotou diagnostikovat v předškol. věku. Je indikací pro zařazení do ústavu sociální péče.

I m b e c i l i t a - v předškolním věku lze obtížně zhodnotit, zda dítě je schopno návštěvy zvláštní školy. Je většinou nevzdělavatelné, ale vychovatelné v USP. Je možno je zaměstnat pod dozorem v ústavu.

D e b i l i t a - někdy se ani v předškolním věku nepozná. Je indikována zvláštní škola. V některých případech /při defektu motoriky a povahových odchylkách/ mohou být i debilové nevzdělavatelní.

L é č b a a o p a t ř e n í :

- 1/ Správný postoj k dítěti s duševní poruchou v rodině, ve škole, na veřejnosti.
- 2/ Správné zařazení defektního dítěte.
- 3/ Odborná péče pedopsychiatrická - medikamentosní, činnostní, fyzikální léčba, metodické vedení stř. zdravot. kádrů, speciálně v odborných zařízeních pro oligofreniky.

Duševní poruchy při záchvatových onemocněních /309.4/.

Při vzniku epileptických záchvatů se uplatňuje tzv. záchvatová pohotovost, která je v dětství značně zvýšena v důsledku zvýšené propustnosti krevně likvorové bariéry, větší hydratace dětského mozku, větší lability výměny látkové a nezralosti CNS.

Zatím co v dospělosti se udává výskyt epilepsie u 0,3 - 1% populace, záchvaty křečí u dětí se vyskytují asi v 5%. Téměř v polovině případů vzniká epilepsie v dětství, nejčastěji v prvním roce života, pak mezi 6.-7. rokem a mezi 12.-15. rokem.

S některými druhy záchvatů se setkáváme většinou, nebo výhradně v dětství /petit mal do puberty, šíjní křeče, záchvaty akinetické a pyknolepsie v ranném dětství, flexní spasmu u kojenců/.

Pedopsychiatři se setkávají ve své praxi nejčastěji s psychomotorickými paroxu, zvanými také temporální epilepsie, či psychické ekvivalenty.

Jsou to krátkodobé mráкотné stavy s automatickými motorickými projevy, či viscerální symptomatologií /nevolnost, bolesti břicha, tzv. pupeční koliky, kručení v břiše apod./, nebo krátkodobé nepřiléhavé automatismy /mlaskání, žvýkání, olizování, chrchlání, polykání, čichání, tření nosu, drbání, nesrozumitelné brebtání/. Jindy jsou v popředí klinického obrazu nepřiléhavé afektivní postoje /hněv, smích, strach/, nebo komplikované spořádané jednání s následnou amnesií. Některé mráкотné stavy se projevují v oblasti sensorické /např. viděním požárů, pocitem štěstí/, nebo v oblasti motorické /agresivitou, žhářstvím apod./. U malých dětí jsou tyto projevy primitivnější.

Většina autorů udává, že epileptické děti mají v průměru nižší intelekt, než děti bez záchvatů. Nejzhorbnější vliv na intelekt mají dle Holuba a Týnové tzv. bleskové křeče.

Epilepsie je doménou neurologickou, do pedopsychiatrické péče přicházejí epileptické děti převážně pro povahové změny. Dle Sucharevy dominuje u dětí předškolního věku neklid a nestálost. Podlézavost, dosti typickou pro dospělé epileptiky, vidáváme řídčeji. Poruchy chování jsou jednak výsledkem org. změn CNS /sem patří afekt. labilita, dráždivost, hyperkinetičnost, kolísání pozornosti, selektivní potíže v matematice/ a jednak reakcí dítěte na nevhodný přístup okolí. Většina autorů uvádí poměrně nízké procento závažnějších výchovných potíží.

V psychopathologickém obraze vystupují u dětí do popředí dva syndromy: ereticko-hyperkinetický s psychomotorickým neklidem, poruchami koncentrace pozornosti, dráždivostí, a afektivní labilitou a vzácnější enechetický syndrom, vyznačující se těžkopádností, bradypsychismem, pedanterií, perseverací, přilí-
pavostí, infantilismem, ale i dráždivostí.

Relativně menší procento dětských epileptiků má povahové rysy, označované dříve jako epileptická osobnost. Povahové změny se objevují hlavně u temporálních epilepsií.

Z terapeutického hlediska zaujímá vedle přesné aplikace léků neméně důležité místo pravidelná životospráva, včetně dietotherapie. Někteří autoři zdůrazňují význam psychotherapie, zvláště tam, kde záchvaty jsou vyvolávány psychogenně. Důležité je také psychotherapeutické ovlivnění okolí dítěte, aby nevhodným přístupem k nemocnému nedocházelo k neurotisaci.

Posttraumatické stavy CNS /309.2/.

Trvalé následky po odeznění akutního a subakutního stadia jsou u dětí méně výrazné a nastupují nezřídka až po určitém časovém odstupu, často až po 1/2 roce. U dětí, které utrpěly úraz lbi v předškolním věku, se odhalují následky někdy až po vstupu do školy. Dle Simpsonové je to zvýšená unavitelnost, dráždivost, roztržitost a bolesti hlavy. Někdy jsou příčinou neprospěchu lehké poruchy amnesticko-afatické a jemná porucha zrakového a sluchového analyzátoru.

Řidčeji dochází k zastavení intelektového vývoje, nebo demenci. Defekt intelektu bývá však častěji příčinou, než následkem úrazu, což nám rodinní příslušníci vědomě, či nevědomě při anamnestickém šetření zkreslují. U dětí, které utrpěly úraz hlavy v mladším věku, může dojít dle Simpsonové ke sklouznutí na nižší vývojovou úroveň, u dospívajících dětí se častěji setkáváme s neurasthenickým syndromem.

Vedle poruch intelektu dochází někdy k charakterovým změnám ve smyslu psychopatického vývoje, motorické instability, impulsivity a asociálních tendencí, které připomínají povahové změny postencephalitické.

V léčení subakutních a trvalých následků poúrazových se uplatňuje polyvitaminosní léčba, sedativa, ataraktika, individuální a kolektivní psychotherapie.

Infekční psychózy u dětí /294.2/.

Pokud se týče jednotlivých syndromů vyskytujících se v průběhu infekčních psychóz, odkazují na učebnici obecné psychiatrie.

Obecně lze říci, že u všech psychických poruch v průběhu infekčního onemocnění je charakteristický akutní začátek. U akutních průběhů převládají stavy delirantní, u chronických stavy oneiroidní.

Postinfekční psychózy jsou u dětí vzácné. Suchareva je rozděluje do čtyř skupin:

- 1/ stavy podobné psychopatiím
- 2/ sklon k projevům strachu /noční děsy, halucinace, iluze/

3/ mrákotné stavy

4/ amnestický Korsakovský syndrom - zpravidla až v období pubertálním, u dětí spíše poruchy retence paměti

Při infekci nemusí jít vždy o infekční psychózu, někdy je onemocnění pouze vyvolávajícím momentem jiného psychotického onemocnění /schizofrenie, manio-depresivity/.

Psychické změny u intoxikací /319.1/.

Intoxikační stavy přicházejí do pedopsychiatrické péče jen výjimečně, poněvadž v akutním stadiu bývají ošetřovány na dětském oddělení. Uvádím proto jen nejběžnější.

O t r a v a a t r o p i n e m .

K otravě atropinem dochází nejčastěji v létě, při pobytu dětí v přírodě, požitím bobulí rulíku, či tobolek blínu, nebo durmanu.

V psychickém obraze se otrava atropinem projevuje poruchami vidění, mikropsiemi, ilusemi, bizarními barvitými halucinacemi a poruchami afektivity /nejdříve veselou, pak úzkostnou náladou, psychomotorickým neklidem, logorhoeou/.

Přežije-li dítě otravu, přetrvávají různě dlouhou dobu poruchy afektivity, paměti a myšlení.

O t r a v a b a r b i t u r á t y

je dosti častá a to z nevědomosti, omylu či v sebevražedném úmyslu.

Po menší dávce se dostavuje spavost, při vyšších dávkách sopor a ev.koma s přechodným delíriem. U chronických otrav /při dlouhodobém terapeutickém podávání vyšších dávek/ se objevují poruchy řeči, paměti, zvl. všípivosti, poruchy myšlení, perseverace a poruchy afektivity ve smyslu citové otupělosti.

O t r a v a b r o m o v ý m i p r e p a r á t y .

Nejčastěji k ní dochází při nevhodném dávkování a dlouhodobém podávání léků.

Je charakterizována poruchami intelektu, myšlení, paměti a spavostí. Po počáteční excitaci bývají pacienti depresivní, apatičtí, řídčeji dochází k delirantním stavům s bludným myšlením a šalebným vnímáním.

O t r a v a k y s l i č n í k e m u h e l n a t ý m .

Z psychického hlediska se projevuje amnesií, v iniciálním stadiu euforií, později těžkými psychickými změnami: poruchami orientace, poruchami myšlení /bludy/, jednání /negativismem, agresivitou/, poruchami mnestickými až demencí.

Sebevražda v dětském věku.

Pokud se týče četnosti sebevražd, stojíme na jednom z předních míst ve světě. Tak např. ve věkové skupině 15-19ti letých chlapců stojí u nás na prvním

místě jako příčina úmrtnosti dopravní úrazovost, na druhém místě sebevražda.

Sebevraždy u dětí do 10ti let jsou poměrně řídké a vzhledem k tomu, že děti dospívají k logickému pochopení podstaty smrti teprve kolem 10 roku, lze v této věkové skupině hovořit o sebezabití, tj. neúmyslném a nechtěném sebezničení. U chlapců jsou suicidia dle různých autorů 4-7x častější, než u dívek. Zatím co u děvčat dochází k sebevražednému pokusu častěji po 15. roce, je ve věkové skupině hochů do 15ti let sebevražedných pokusů více a po 15 roce stoupají dokonané sebevraždy, což si lze vysvětlit dokonalejší technikou.

Nejčastějším způsobem provedení je otrava medikamenty, svítiplynem a oběšením, jiné způsoby jsou méně obvyklé. V 50% zjišťujeme zátěž v R.A. /psychopatie, neurózy, sebevraždy, psychózy/.

Nejčastějšími motivy je školní neprospěch, přísná výchova, neutěšené rodinné poměry, strach před následky školních neúspěchů, hádka, somatická vada, nešťastná láska, gravidita aj.

Z etiopathogenet. hlediska zjišťujeme nejčastěji nevyvážený vývoj osobnosti, nebo psychopatii /v 60%/, v 15% neurózy a reaktivní stavy, v dalších 15% nevyváženou osobnost a neurózu a ve zbývajícím počtu snížený intelekt.

P r e v e n c e :

- 1/ Věnovat zvýšenou pozornost precitlivělým dětem, u nichž zjišťujeme mimořádné psychické reakce na zátěž.
- 2/ Evidovat děti, které se ocitají častěji v konfliktních situacích /v důsledku závažného výchovného prostředí, nebo z příčin vnitřních - neurózy, psychopatie, encephalopatie, psychózy/.
- 3/ Podchytit děti se sníženým intelektem, které mají školní potíže a ambiciózní rodiče.

Dále je nutno se zaměřit na předcházení a odstraňování drobných somatických vad, na které jsou děti značně citlivé. Každé dítě, které o sebevraždě mluví, by mělo být psychiatricky vyšetřeno.

Obsah :

- I. první strana zevního obalu chorobopisu
- II. první strana vnitřní obálky chorobopisu
- III. druhá strana vnitřní obálky chorobopisu /anamnéza/
- IV. třetí strana vnitřní obálky chorobopisu /přítomný stav/
- V. první strana "Psychiatrického vyšetření při přijetí"
- VI. druhá strana "Psychiatrického vyšetření při přijetí"
- VII. "Prohlášení o dobrovolném vstupu"
- VIII. "Statistický lístek psychiatrický"
- IX. Tiskopis pro evidenci sebevražd a sebevražedných pokusů
- X.

PRVNÍHO DÍLU "UVEDENÍ PSYCHOLOGA DO PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNY"

	Str.
Předmluva /Hugo Široký/	3
Základní organizační a právní otázky psychiatrické praxe /Eugen Skula/	5
Dětská psychiatrie v rámci zdravotně-organizačních, pedagogických, sociálních a právních opatření a zařízení /Pavla Navrátilová/	19
Seznámení s psychiatrickým chorobopisem a orientace psychologického vyšetření /Hugo Široký, Hana Široká/	37
Přehled užívaných psychiatrických diagnóz /Štěpán Říkovský/	61
Zvláštnosti diagnostiky v dětské psychiatrii /Pavla Navrátilová/	109
Přílohy	119
Obsah	120

PŘÍLOHA II

Razítko ústavu - oddělení

- CHOROBOPIS

poř. číslo

rok

rodné číslo

Příjmení, jméno:		Jméno, adresa, telefon nejbliž. příbuzných (živitele, průvodce):	
Bydliště, okres		Pracovní neschopnost	
Stav:	Stát. občan.	Cís. obč. průkazu (u dětí - rodičů) - kým vydán:	od do číslo potvrzení
Zaměstnavatel (u dětí - rodičů): průvoz pracuje jako:		vystavil Dr.	
Jiné zvláštní údaje:		Razítka OP	
Odeslán(a) dne Dr.	s diagnózou (hlavní, komplik., další choroby, event. pat. - anat. dg.):		Statistická značka
Přijat(a) hod. dne Dr.			
Propuštěn - zemřel: hod. dne			
Zpráva ošetř. lékařů odesl. dne komu			
Číslo pitevního protokolu:			
Přeložen(a): dne kam:			
Oddělení	poč. ož. dní	Odeslaná hlášení:	
		Přijetí:	
		Propuštění:	
		nutné pro:	vhodné pro:
		těžký stav	nemožnost zabezp. ambul. péče
		ústavní izolaci	nemožnost ošetřování doma
		operativní zákrok	nevhodné ubytování
		léčebných	diagnostické důvody
		sociálních	Přelož. na jiné odd.
			do ambulantní péče
			do trvalého bydliště
			do léčebny
			do přechod. bydliště
			do kojeneckého ústavu
			do ozdravovny
			na vlastní žádost
			do ústavu sociál. péče
			z disciplinár. důvodů
			Zemřel
			pro nedostatek lůžek

PŘÍLOHA VI

Zdravotní stav a přítěže v pokrevenstvu:

(nemoci, zvláště duševní a nervové, endokrinní, příčiny smrti, sebevraždy, nápadné povahy, alkoholismus)

Anamnesa osobní:

(porod, infekce a jiné nemoci, úrazy, operace — v dětství a pozdějším věku až do přijetí)

(vývoj v dětství, školní prospěch, vzdělání, povolání, zaměstnání)

(prostředí v dětství, v dospívání, v dospělosti — sociální, pracovní)

(povaha, zájmy, způsob života, trestní stíhání)

Prac. dg.:

Připomínky středním zdravotníkům, sanitárně — hygienická opatření:	Ordinované léky:

Poznámka: Odlíšíte sdělení průvodce a pacienta v anamnesi

.....
podpis přijímacího lékaře

rodné číslo obč. průkazu

razítko zařízení

PROHLÁŠENÍ

o dobrovolném vstupu

Jméno a příjmení

Bydliště

na psychiatrické oddělení nemocnice v

Prohlašuji, že vstupuji **dobrovolně**

do psychiatrické léčebny

a zavazuji se, že se podrobím domácímu řádu a veškerým léčebným zákrokům, které ošetřující lékař uzná za vhodné.

Dva svědci

podpis nemocného nebo jeho oprávněného zástupce

V dne 196

SEVT - 14 788 0 11/67

Stráž 208 01360 87

Statistický listek psychiatrický

řeztko zařízení příjmení křt. ošat.:

a jméno

1. rodné číslo	2. rodinný stav 1) svobodný-á 3) ženatý-vdaná 5) vdovec-vdova 7) rozvedený-á 8) druh-družka	3. bydliště obec okres	4. velikost obce kraj
5. postavení v zaměstnání	6. nejvyšší dokončená školní vzdělání	7. počet osob žijících ve spol. domácnosti (včetně nemocné-ho) celkem	z toho dětí do 14 let dorost 15-17 let
8. datum přijetí/...../19....	9. odkud přijat	10. důvod přijetí	11. druh doporučení
12. datum propuštění (úmrtí)/...../19....	13. délka pobytu ve dnech	14. kolikrát přijetí psychiatrické 1) vůbec 3) v r. nyníš. přij.	15. k opakovanému přijetí od posledního propuštění došlo do: 14 d. - 1 měs. - 3 měs. - 6 měs. - 1 r. - 3 r. - 5 r. - více let 1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8) 9)
10. diagnózy hlavní základní psychiatrické přidružená (navyplňuje se u pitvaných): patol. anat. u pitvaných zemřelých:	16. způsob propuštění: 1) do původ. prostředí (bydliště) 2) do jiného odd. téže nemocnice 3) do jiného psychiatrického lůžkového zařízení 4) do denního psychiatrického sanatoria 5) do nočního psychiatrického sanatoria 6) do jiného zdravot. zařízení 7) do zařízení sociální péče 8) jinam, např. útek	17. stav při propuštění: 1) vyšetřen-á 2) upraven-á (v remisí) 3) podstatně zlepšen-á 4) částečně zlepšen-á 5) nezlepšen-á 6) zemřel-á, pitván-á 7) zemřel-á, nepitván-á	18. druh léčby psychiatrické: 41 neuroleptika 42 trankvilizátory 43 psychomimetika 44 thymoleptika 45 neuroleptika + psychomimetika + thymoleptika 46 ostat. psychofarmaka a jejich vzájemné kombinace
		19. druh léčby psychiatrické: 46 psychomimetika + thymoleptika 47 neuroleptika + psychomimetika + thymoleptika 48 ostat. psychofarmaka a jejich vzájemné kombinace	5 ES (EN) 6 insulin subkomatosní 7 insulin komatosní 8 léčba prací 9 jiná psychiatrická léčba 0 žádná psychiatrická léčba

SEVT - 14 745 I III/67 Jmenovka vyplňujícího lékaře Stráž 209 - 90246 07

PŘÍLOHA IX a X

ÚNZ
(razítko psychiatrického zařízení)

1) Zaškrtněte, co se hodí!

Zjištění příčin a okolností - dokonané sebevraždy¹⁾ - sebevražedného pokusu¹⁾

1. JMÉNO A PŘÍJMENÍ 2. DATUM NAROZENÍ

3. BYDLIŠTĚ OKRES KRAJ

4. POSTAVENÍ V POVOLÁNÍ: ¹⁾

- | | |
|----|--|
| 01 | dělník (učeň ve všech oborech nár. hospodářství) |
| 02 | mistr |
| 03 | dílovedoucí |
| 04 | technický pracovník |
| 05 | administrativní pracovník |
| 06 | zřízenec |
| 07 | zdravotnický pracovník |
| 08 | pracovník ve školství, vědě, kultuře a tisku |
| 09 | jiný pracovník |
| 10 | zemědělský družstevník |
| 11 | člen výrobního družstva |
| 12 | student - žák |
| 13 | samostatný rolník |
| 14 | živnostník |
| 15 | rodinný příslušník (zaměst. pouze v domácnosti) |
| 16 | nepracující důchodce |
| 17 | neudáno |

5. RODINNÝ STAV: ¹⁾

- | | |
|---|----------------|
| 1 | svobodný - á |
| 2 | ženatý - vdaná |
| 3 | druh - družka |
| 4 | rozvedený - á |
| 5 | ovdovělý - á |

6. DOBA ČINU: ¹⁾

- datum
měsíc
den v týdnu
hodina: ¹⁾
- | | |
|---|-----------------------|
| 1 | 22.00— 7.00 hodin vč. |
| 2 | 7.00—12.00 hodin vč. |
| 3 | 12.00—18.00 hodin vč. |
| 4 | 18.00—22.00 hodin vč. |

7. MÍSTO ČINU: ¹⁾

- | | |
|---|---|
| 1 | vlastní byt a jeho nejbližší okolí |
| 2 | zařízení kol. ubyt. (internát, ubikace, svobodárna apod.) |
| 3 | zdravotnické zařízení |
| 4 | zařízení soc. péče |
| 5 | jiné přechodné ubytování |
| 6 | stálé pracoviště |
| 7 | přechodné pracoviště |
| 8 | jiné místo |

U znaků 2—8 uveďte místo a okres místa činu:

SEVT - 14 787 0

III/65

Grafia 35/65 - 13362

8. ZPŮSOB PROVEDENÍ: 1. E
2. E

9	7		
9	7		

čtvrté místo se vyplní u E 979

1. přejetí vlakem - 2. jiné - 3. neznámé:

u E 970 a E 971 uveďte druh a dávku:

12. PSYCHIATRICKÁ DIAGNÓZA: ¹⁾

číslem podle mezinárodní klasifikace skupina diagnóz (vyplní OMO KÚNZ) bez psychické alterace ¹⁾ nezjištěno ¹⁾

0	—	—	
0	—	—	

9. OPAKOVANÝ POKUS (1 v případě dokonané sebevraždy): ¹⁾

ano ne nezjištěno

13. ZNÁMKY OPILOSTI V DOBĚ ČINU: ¹⁾

ano ne nezjišťováno zjištění opfeno

- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | pouze o anamnestické údaje |
| 2 | klinické pozorování |
| 3 | vyšetření krve na alkohol |

10. MOTIV: ¹⁾

- | | |
|---|--|
| 1 | konflikty a problémy rodinné a erotické |
| 2 | konflikty a problémy pracovní a školní |
| 3 | konflikty a problémy existenční (hmotné) |
| 4 | konflikty a problémy s veřejnými zájmy |
| 5 | souvislost se somat. onemoc. nebo těles. vadou |
| 6 | jiné vnitřní osobní konflikty a problémy |
| 7 | motivace jiné |
| 8 | bez špозumitelné motiv. (vč. motivace psychotické) |
| 9 | bez zjištěné motivace |

14. PSYCHIATRICKÁ LÉČBA PŘED NYNĚJŠÍM SEBEVRAŽEDNÝM POKUSEM (sebevraždou): ¹⁾

- | | |
|---|----------------------|
| 1 | lůžková |
| 2 | ambulantní |
| 3 | žádná |
| 4 | nezjištěno |
| 5 | lůžková i ambulantní |

15. HOSPITALIZACE V PSYCHIATRICKÉM ZAŘÍZENÍ PO NYNĚJŠÍM SEBEVRAŽEDNÉM POKUSEM:

Název zařízení

11. DEMONSTRATIVNÍ POKUS: ¹⁾

(snaha získat pokusem výhodu, pozornost apod. z celkového počtu motivací uvedených sub 10):

ano ne nezjišťováno

přijetí

Datum

propuštění

.....
vyplnil (podpis)

.....
doplnil (podpis)



Název: Uvedení psychologa do psychiatrické léčebny
Autor: PhDr. Hugo Široký za kol.
Vydavatel: Masarykova univerzita Brno, Žerotínovo nám. 9
Počet stran: 129
AA - VA: 8,88 - 10,41
Vydání: druhé, 1993
Náklad: 300 výtisků
Tisk: Ediční středisko MU, Jaselská 25
xeroxový tisk
Poř. číslo: 2054
Tém. sk.: 17/20



ISBN 80-210-0719-2

Tato publikace neprošla redakční ani jazykovou úpravou
v redakci nakladatelství