

Karel Dušek, Alena Večeřová-Procházková

PRVNÍ POMOC V PSYCHIATRII



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umístování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.





Copyright © Grada Publishing, a.s.

doc. MUDr. Karel Dušek, CSc.
MUDr. Alena Večeřová–Procházková

PRVNÍ POMOC V PSYCHIATRII

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: +420 220 386 401, fax: +420 220 386 400
www.grada.cz
jako svou 2274. publikaci

Odpovědná redaktorka Jana Jandovská Kubínová
Sazba a zlom Milan Vokál
Počet stran 176
Vydání 1., 2005

Autoři i nakladatelství pečlivě kontrovali dávkování léků,
přesto doporučují jejich ověření v příbalovém letáku daného léčiva.

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.
Husova ulice 1881, Havlíčkův Brod

© Grada Publishing, a.s., 2005
Obrázek na obálce © MUDr. Pavel Žáček

ISBN 80-247-0197-9 (tištěná verze)

Recenzovali:
prof. MUDr. Eva Češková, CSc.
doc. MUDr. Jiří Beran, CSc.

ISBN 978-80-247-7745-0 (elektronická verze ve formátu PDF)
© Grada Publishing, a.s. 2012

OBSAH

1. ÚVOD	7
2. PROSTŘEDKY POUŽÍVANÉ V PSYCHIATRICKÉ PRVNÍ POMOCI	10
2.1 Úvod	10
2.2 Psychologický přístup	10
2.2.1 Obecné zásady pro vedení rozhovoru	13
2.2.2 Rozhovor, jeho význam, struktura a funkce	14
2.2.3 Nevhodné zásahy při rozhovoru	15
2.3 Psychoterapie	16
2.3.1 Krátkodobé psychoterapeutické intervence	18
2.3.2 Jiné psychoterapeutické metody používané v ppp	22
2.4 Psychofarmakoterapie akutních stavů	23
2.4.1 Úvod	23
2.4.2 Hypnotika	24
2.4.3 Antidepresiva	27
2.4.4 Anxiolytika	33
2.4.5 Thymoprotektivní	35
2.4.6 Antipsychotika	37
2.4.7 Neuroprotektivní	40
2.4.8 Psychofarmakoterapie v terénu	41
2.4.9 Psychofarmakoterapie v primární péči	42
2.4.10 Psychofarmakoterapie v krizové intervenci	43
2.4.11 Psychofarmakoterapie v psychiatrické ordinaci	46
2.4.12 Compliance	46
2.5 Akutní nežádoucí reakce vzniklé po aplikaci psychofarmak	47
2.5.1 Akutní dyskineze (excitomotorický syndrom)	47
2.5.2 Anticholinergní krize	47
2.5.3 Serotoninový syndrom	47
2.5.4 Maligní neuroleptický syndrom	48
2.5.5 Toxicita lithia	48
2.6 Intoxikace psychofarmaky, klinické obrazy, doporučené postupy	49
2.6.1 Antipsychotika	49
2.6.2 Antidepresiva	49
2.6.3 Benzodiazepiny a hypnotika	50
2.6.4 Thymoprotektivní	50
2.7 Fyzické omezení	51
2.8 Psychiatrická rehabilitace	52
2.8.1 Historie	52
2.8.2 Preventivní programy	53

2.8.3	Doplňkové terapeutické přístupy	55
2.9	Faktory volby způsobu intervence	56
2.9.1	Subjektivní faktory diagnostiky	56
2.9.2	Objektivní faktory diagnostiky	57
2.9.3	Postoje pacienta – diagnostika situace a role lékaře v ní	57
2.9.4	Druhy urgentních situací podle anamnézy pacienta	59
2.10	Vedení rozhovoru s pozůstalými	61
3.	CÍLE PSYCHIATRICKÉ PRVNÍ POMOCI	64
3.1	Symptomy	64
3.1.1	Neklid	64
3.1.2	Agrese	67
3.2	Syndromy	75
3.2.1	Možnosti diagnostiky psychických syndromů lékaři prvního kontaktu	76
3.3	Nozologické jednotky	98
3.3.1	Kategorie psychických poruch	99
3.3.2	Přehled naléhavých situací v psychiatrii	116
4.	INSTITUCE PSYCHIATRICKÉ PRVNÍ POMOCI	124
4.1	Předlékařská první pomoc	124
4.1.1	Laická (sousedská) první pomoc	124
4.1.2	Telefonická první pomoc	126
4.2	Lékařská první pomoc v psychiatrii	127
4.2.1	První pomoc praktického lékaře	128
4.2.2	Krizová intervence	130
4.2.3	Ambulantní psychiatrická první pomoc	134
4.2.4	Odeslání nemocného do psychiatrické lůžkové péče	142
4.2.5	Přijetí do psychiatrické lůžkové péče, indikace hospitalizace	145
4.2.6	Formy ústavní psychiatrické péče	147
4.2.7	Propuštění z ústavní psychiatrické péče a předání do ambulantního zařízení	150
5.	NĚKTERÉ SPECIFICKÉ PROBLÉMY PSYCHIATRICKÉ PRVNÍ POMOCI	152
5.1	Readaptace	152
5.2	Sociální problémy	152
5.3	Právní problémy	153
5.4	Pracovní zařazení	155
5.5	Zdravotní výchova veřejnosti	156
6.	ZÁVĚR	159
	PŘÍLOHA	161
	LITERATURA	163
	REJSTŘÍK	167

1. ÚVOD

Jednou z hlavních zásad v medicíně je rozpoznat zdravotní poruchu co nejdříve a co nejdříve provést terapeutický zásah. Stejně tak je tomu i v psychiatrii, přestože je zde situace poněkud složitější. Touto zásadou se řídíme také při poskytování první pomoci. První pomoc je často vyžadována na místě, kde se předpokládaná porucha projevila (v rodině, na pracovišti, na nemocničním oddělení). V psychiatrii má tato skutečnost mimořádný význam. Lékař má možnost přímo na místě analyzovat a dokumentovat vztahy mezi zúčastněnými osobami. Chování případného pacienta a osob z jeho okolí většinou nepostrádá spontaneitu a poskytuje výmluvnější obraz než pozdější vyšetření. Taková situace představuje neobyčejně příznivou příležitost k získání informací o mezilidských vztazích. Nemenší význam má i lékařova interpretace a návrh dalších opatření. Lékař zde představuje první odbornou autoritu a klade si řadu otázek: např. zda postačí psychologický zásah nebo je třeba použít i jiných prostředků. Přitom je možno vhodným zákrokem celou situaci vyřešit nebo naopak nevhodným přístupem situaci dlouhodobě zkomplikovat.

Lékař vhodným psychologickým přístupem dokáže využít svého vlivu k podpoře adekvátních způsobů řešení. Situace první lékařské intervence je značně náročná a záleží na lékařově odborné úrovni, zkušenostech a dalších vlastnostech, jak se jí podaří zvládnout. Musí pohotově zaujmout stanovisko k závažným otázkám bez možnosti konzultace s dalším odborníkem. Ve stručném přehledu připomínáme snahy generací lékařů při poskytování psychiatrické péče hned v úvodních stádiích.

O hledání vztahů člověka a společnosti usiloval již Platon (427–347 př. Kr.), stejně jako jeho pokračovatel Aristoteles (384–322 př. Kr.). Ti vycházeli z předpokladu, že člověk jako tvor společenský (zoon politicon) se při poruše těchto vztahů ocitá v krizových situacích, které mohou vést k narušení jeho zdravotního stavu. Pozdější následovníci se snažili najít vhodné způsoby řešení. Hippokrates (460–377 př. Kr.) jako první sice tvrdil, že duševní poruchy jsou chorobami mozku, ale aplikoval jen somatickou léčbu. Oproti tomu Asclepiades (římský lékař v letech 124–56 př. Kr.) doporučoval u duševně nemocných sprchy, koupání, tělocvik, zaměstnávání a hudbu. Celsus (30 př. Kr. až 30 po Kr.) spojil Hippokratovo somatické léčení s psychologickými zásahy Asclepiovy a doporučoval u melancholiků hudbu, rozhovor a předčítání a u „vzrušených“ cvičení do únavy. Galen (130–200 po Kr.) naopak byl založen somaticky a nebyl pro psychologický přístup u duševně nemocných. Tato zásada se spolu s Hippokratovými postupy stala zákonem pro příštích čtrnáct století. Teprve v šestnáctém století se pozvolna začínají uplatňovat v léčení duševně nemocných i snahy psychologické a rehabilitační.

S nástupem revolučních snah ve druhé polovině osmnáctého století se ve větší míře začínají uplatňovat psychologické a rehabilitační snahy v léčení duševně nemocných. Jsou to snahy Pinelovy (1745–1826) ve Francii v pařížském Bicetre,

Chiarugiho (1749–1820) v Itálii a dalších reformátorů. Jejich myšlenky i realizace byly v mnohém totožné. Pokračovatelem Pinelových reformních snah byl jeho žák J. E. D. Esquirol, který se snažil v ošetřování duševně nemocných uplatňovat psychologický přístup a nové léčebné metody. Společně s nemocnými pěstoval gymnastiku, hudbu a společně se s nimi i stravoval.

V českých zemích dochází ke změnám v postojích k duševně nemocným a k novým léčebným metodám až počátkem devatenáctého století. Významným představitel těchto nových snah byl J. Riedl (1836–1851), primář ústavu u Svaté Kateřiny v Praze). Snažil se opět vedle nového přístupu k nemocným uplatňovat různé rehabilitační metody v léčení duševně nemocných. Podle Venclovského je toto období hodnoceno velmi vysoko a je zdůrazňováno, že už tehdy byla uplatňována komplexní péče o duševně nemocné. Následovníkem Riedla se stal v roce 1852 František Köstel, který uplatňoval své názory, že duševní choroba je ve většině případů patologickým procesem mozku. Zdůrazňoval nutnost tělesného klidu a tvrdil, že vleže se mozek lépe prokrvuje. Toto období je poplatné celoevropskému rozvoji patologické anatomie představované hlavně Virchowem. Vystupují i odpůrci používání omezovacích prostředků. Např. Jan Hraše (ředitel ústavu v Dobřanech v letech 1894–1909) ve své učebnici ošetrovatelské péče uvádí, že akutní nemocní se mají léčit klidem na lůžku a po odeznění akutních příznaků se má začít s rehabilitací. Byl odpůrcem omezovacích prostředků.

Velkým přínosem pro terapii duševně nemocných se stal rozvoj psychoanalýzy a dynamické psychiatrie v první polovině dvacátého století. Vede to ke zcela novému přístupu k duševně nemocným a k novým terapeutickým postupům. V tomto období se uplatňuje i rozvoj biologických léčebných metod – zavedení inzulínové terapie (Manfred Sakel, 1900–1957), šokové terapie (Laslo von Meduna použil ve třicátých letech dvacátého století kardiazol a v roce 1937 zavedl Lucio Bini elektrošokovou léčbu). V tomto období jsou zkoušeny i jiné druhy terapie. Převratem v léčení duševně nemocných se však stává rok 1952, kdy Deniker a Delay poprvé používají léčbu psychofarmaky.

V medicíně a v psychiatrii zvláště se setkáváme s pojmy subjektivního a objektivního zdraví. Pojmem „subjektivní zdraví“ rozumíme prožitkovou stránku – pocit zdraví. Pojmem „objektivní zdraví“ jeho vnější, projevou stránku. U zdravého člověka mezi oběma složkami zdraví nedochází k disociaci. Disociace signalizuje rozvíjející se nebo vzniklý patologický stav. Abychom mohli rozhodnout, zda v daném případě je či není vhodná intervence, musíme si tyto skutečnosti uvědomit. Zásahy a intervence u postiženého již v časných obdobích mají charakter preventivních opatření. Nejenže omezují rozvoj vlastní duševní poruchy, ale zabraňují také následkům vzniklé krize v širším okolí postiženého. Snaha o prevenci vedla k rozpracování celého systému intervence v krizových životních situacích. Aktivní zásahy v krizích podstatně omezují nárůst a rozvoj psychických poruch. Uplatňuje se tak rys moderního zdravotnictví – preventivní opatření.

Snahou této publikace je nabídnout vodítka v problematice první pomoci z různých hledisek. Jsou proto uvedeny všechny druhy terapeutických postupů používaných v současné době v psychiatrii, včetně rehabilitace, která je její nedílnou součástí. Ctirad Škoda v publikaci „Rehabilitace v psychiatrii“ (1971) zdůrazňuje, že nedílnou součástí psychiatrické péče musí být i rehabilitace od samého začátku, protože tam, kde

vzniká újma, musí začít i rehabilitace. Protože psychiatrická první pomoc je zaměřena především na oblast syndromů, je jí věnována převážná část v popisu duševních poruch a menší, spíše přehledná část je věnována nozologii. Ta je podrobněji popisována v učebnicích psychiatrie. Cílem publikace je přispět ke zkvalitnění péče při poskytování psychiatrické první pomoci na různých úrovních. Proto se vychází od poskytování první pomoci na úrovni laické (sousedské) přes péči praktických lékařů až k psychiatrům a psychiatrickým ústavním zařízením. Termín první pomoc v psychiatrii je zde používán obecně s vědomím, že na prvních úrovních nejde o odbornou psychiatrickou pomoc.

2. PROSTŘEDKY POUŽÍVANÉ V PSYCHIATRICKÉ PRVNÍ POMOCI

2.1 ÚVOD

V systému intenzivní psychiatrické péče nevystačíme s běžnými léčebnými postupy. Jde o dosažení výrazného efektu v co nejkratší době, a to vyžaduje nejen intenzivní medikamentózní léčbu, ale i využití intenzivních krátkodobých psychoterapeutických postupů, některých rehabilitačních postupů a sociálních opatření. Součástí akutního zásahu může být v některých případech též nutnost fyzického omezení a aplikace léčiv proti vůli pacienta.

Urgentní zásah je komplikován řadou faktorů, z nichž nejvýznamnější je časová tíseň. Lékař musí během krátké doby rozhodnout o typu intervence, způsobu provedení a následném postupu. Musí být schopen pomoci vhodně volených dotazů diagnostikovat aktuální přítomnost a míru rizika auto- či heteroagrese či suicidálního jednání.

Potíže činí též aktuální nemožnost přesně zjistit původ neklidu, úzkosti či napětí. Zejména u starších osob musíme mít na paměti možnost metabolické dekompenzace, rizika přítomnosti somatického onemocnění či první manifestace organického onemocnění mozku. Přítomné a ne vždy zjistitelné riziko zvýšené záchvatové pohotovosti vede v akutní situaci k omezenému výběru psychofarmak s minimem možných komplikací.

Ovlivnění akutního stavu má několik komponent, k nimž patří psychologický přístup, zahrnující základní dovednosti vedení rozhovoru a jeho využití diagnostické i psychoterapeutické, dále ovlivnění psychofarmakologické, případně fyzické omezení.

2.2 PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP

Psychologické ovlivnění je v akutní situaci přípustné u mírnějších forem neklidu, tj. tam, kde se jedná o stavy krize, se zvýšenou intrapsychickou tenzí, dráždivostí (iritabilitou), úzkostí (anxiétou) a častou bezmocí či pocitem beznaděje, ztráty možnosti ovlivnit danou situaci. Podmínkou pro použití psychologického ovlivnění je alespoň částečná lucidita vědomí a nepřítomnost motorického neklidu, agresivity (např. u reakcí na stres, poruch přizpůsobení, příp. u některých dissociativních poruch).

Ve snaze vytvořit obecný návod pro komunikaci s duševně nemocným je třeba vycházet z některých základních teoretických předpokladů. Především je třeba se oprostít od představy, že duševně nemocný jedinec je automaticky jedincem méně-

cenným či nesvéprávným. Předpokládejme, že existuje plynulý přechod mezi duševním zdravím a duševní poruchou. Většina duševních poruch nevede k narušení intelektových schopností postiženého. Není proto důvod zacházet s duševně nemocným jako s dítětem a není třeba v něm vidět ztracený případ. Tento postoj musíme často jasně sdělovat zejména příbuzným pacienta, kteří mívají o duševně nemocných zkreslené představy motivované zejména kulturními vlivy a filmovou produkcí. Přístup k nemocnému nesmí působit dojmem spěchu, povrchnosti a nedostatku důvěry ke sdělení ze strany pacienta. U nemocného má vzniknout pocit, že pozornost je plně věnována pouze jeho problémům.

Lékařova nestrannost vyžaduje bezpodmínečnou kontrolu zejména afektivních reakcí z jeho strany. Vztah pacient–lékař s sebou přináší zvláštní emoční situaci charakterizovanou „přenosem“ a „protipřenosem“. Přenos znamená, že pacient mimoděk zaujímá vůči lékaři stejný postoj jako k někdejšími blízkými autoritám. Lékař musí z tohoto aspektu hodnotit emoční projevy pacienta, ať jde o projevy hostilní, nebo třeba o snahu o erotické sblížení. Také protipřenos z lékařovy strany odráží dřívější lékařovy zkušenosti v situacích, které mají s nynější situací jistou souvislost. Maximální regulace těchto projevů emocí patří mezi základní požadavky lékařského psychologického přístupu. Tato vědomá regulace emočních projevů nemá nic společného s bezcitným nebo profesionálně otrlým přístupem. Lékařovo chování má vyjadřovat sympatii k pacientovi, zájem a ochotu mu účinně pomoci. Zdůrazňuje se sympatie, nikoli empatie. Lékař se nemá vcítovat do pacientových potíží, nemá s ním trpět. Někdy se naopak při psychoterapii, má-li být účinná, zdůrazňuje i problém empatie.

Jiným problémem, který souvisí s protipřenosem, je otázka „ochranitelského“ nebo „samaritánského“ vztahu k postiženému. Na jedné straně takové chování lze obdivovat, ale je nutno si uvědomit i možné škody, které může způsobit. Takové jednání snímá z pacienta veškerý pocit odpovědnosti, veškeré závazky a staví ho do pozice jedince, na kterého nemohou být kladeny žádné nároky. Někdy je toto chování doplňováno i důvěrným oslovováním pacienta. I tzv. žoviální přístup může pacient pociťovat jako nerespektování osobní důstojnosti nebo jako zlehčování jeho potíží.

Další diskutovanou otázkou je, do jaké míry uplatnit dominantní postoje při intervenci. Je zřejmé, že ve všech případech nelze dominanci uplatňovat stejně. Někdy je třeba klást důraz na provádění pokynů, které lékař dává, jindy je výhodnější vyčkávat. Pohovor s nemocným často vyřeší situaci a není třeba složitých medicínských manipulací. Lékař však musí rozhodnout, jak v daném případě postupovat. U některých psychogenních poruch se lékař ocitá v bezradné situaci. Postižený, i jeho okolí očekávají, že lékař situaci vyřeší, ale předem je zřejmé, že jakákoli forma řešení je pro jednu nebo druhou stranu nevhodná. Lékař nemůže dát najevo svou bezradnost, jeho postoj má být spíše takový, jako by říkal: „Já vím, že jste schopni situaci řešit sami.“

Žádost o lékařský zásah jak v případech krize, tak rozvíjející se psychické poruchy, má především svou složku sociální. Lékař je v celé situaci činitelem zastupujícím společnost. Má co do činění nejen s pacientem, ale s celou sociální skupinou (rodinou, pracovním kolektivem). Nelze podceňovat společenské důsledky rozhodnutí a zásahu: odeslat postiženého k hospitalizaci, a tím jej nepřímou nálepkovat, nebo jej ponechat v jeho sociálním prostředí a riskovat, že doporučenou odbornou pomoc ne-

vyhledá. Ne vždy okolí nemocného očekává a žádá odbornou pomoc pro postiženého. Mohou se prosazovat i zájmy jiné než pacientovy – zájmy skupinové, společenské nebo individuální z jeho okolí.

Lékař se nesmí stát předmětem manipulace či prostředníkem nežádoucích manipulací. Stává se například, že někteří rodiče prosazují medicínské řešení poruch chování svých dětí ve snaze osvobodit se od výkonu rodičovské role, či osvobodit děti od řešení jejich kriminální činnosti. Jindy rodina požaduje pouze okamžitý zákrok a i při symptomech rozvinuté poruchy odmítá doporučení dlouhodobější psychiatrické pomoci z důvodu předsudků. Žádost o lékařskou intervenci tedy představuje situaci, kde se v různém vztahu a rozsahu prosazují zájmy individuální, skupinové a celospolečenské, a tím vzniká situace náročná i z hlediska lékařovy správné orientace.

Při intervenci lékaře je třeba se dívat na celou záležitost jako na otázku celé sociální skupiny, ve které jedinec žije. Bezprostřední účast lékaře na místě krize a interakce se zúčastněnými osobami má často větší význam a menší nežádoucí účinky než dlouhodobé pozorování a hospitalizace v ústavním zařízení. Je však pochopitelné, že někdy se hospitalizaci nevyhne. Mezi základní požadavky na lékařskou komunikaci se zainteresovanou stranou patří snaha o nestrannost a maximální zdrženlivost v závěrech. Z lékařova postupu nemá vyplynout, že straní té, či oně osobě, přestože si obě strany, například nesouhlasící a nespolupracující pacient či naléhající rodina, mohou i tak myslet, že lékař vyhověl požadavkům druhé strany.

Při intervenci je třeba si uvědomit, že široká veřejnost je do značné míry informována zdravotní výchovou. V současnosti probíhá v médiích intenzivní diskuze na téma depresivních a stresových poruch. Osvětové články jsou publikovány v ženských časopisech, ekonomických týdenících, vysílají se osvětové pořady v televizi a rozhlasu, osvětové programy lze snadno nalézt i na internetu. Psychiatrie je postupně díky úsilí odborníků detabuizována, psychiatrické léčebny otevírají svoje brány veřejnosti v rámci festivalů a happeningů.

Na jedné straně nemocní po přednáškách přicházejí sami k lékaři a domnívají se, že trpí nějakou duševní poruchou, na druhé straně odmítají intervenci lékaře, protože jsou např. informováni o škodlivém vlivu léků a možnosti vzniku návyku. Zdravotně výchovné přednášky o rakovině mohou vyvolat vznik karcinofobie a pro intervenujícího lékaře bývá obtížné podávat nemocnému odlišné informace, aby ho uklidnil. Jindy nemocní přicházejí k lékaři, aby jim předepsal lék, o kterém slyšeli, nebo četli. Přitom je jim jedno, jde-li o lék pro ně vhodný, či nikoli. Jestliže jim lékař lék nepředepíše, nezřídká si stěžují, že jim byla odmítnuta lékařská pomoc. Je proto nutno vidět rub i líc zdravotně výchovných akcí a připravit je tak, aby netraumatizovaly.

Podobně je nutné počítat s určitými laickými představami původu a vzniku duševních poruch. To může komplikovat zásah lékaře při intervenci. Např. laktační psychóza je stále laicky vysvětlována tak, že „se jí vrazilo mléko do hlavy“. Oblíbená je i představa, že nervy obalené tukem jsou odolné proti vzniku duševní poruchy. Nemocný proto potřebuje vydatnou, silnou a tučnou stravu. Setkáváme se rovněž se situacemi, kdy postižený či okolí předpokládá, že lékařská intervence přinese nějakou výhodu. Požadují proto různá potvrzení. Je přitom pravdou, že mnoho institucí stále lékařská potvrzení vyžaduje: potvrzení pro přidělení bytu, vydání zbrojního pasu.

V našich podmínkách je dosud obvyklé, že psychiatrii se akutních intervencí v terénu účastní zřídká. Významným důvodem je právě odmítání rizika nevhodné psychi-

atrizace a medicinizace v situacích, které vzniknou například na podkladě poruchy rodinných vztahů.

Při zásahu lékaře přímo v sociálním prostředí postiženého se lze seznámit se zařazením pacienta v rodině a se vzájemnými vztahy mezi ostatními členy rodiny, resp. s jeho zařazením v pracovním kolektivu a s působením ostatních členů kolektivu. Zde je možné více vniknout do dynamiky těchto vztahů než v ordinaci. Na základě vztahů lze lépe stanovit kritéria úspěšnosti léčby a dalších postupů. Uvádí se, že intervence v sociálním prostředí nemocného nepřináší vždy efekt. Může být negativně hodnocena okolím postiženého a po jejím ukončení se tyto negativní tendence mohou obrátit proti postiženému. Jindy naopak může znamenat pro postiženého pocit uspokojení v důsledku ústupků jeho různým tendencím, potvrzení jeho diagnózy a závažnosti jeho subjektivního pocitu. Umožňuje mu tak příliš mnoho sekundárních zisků.

V somatické medicíně je obvyklé, že lékař dává nemocnému řadu konkrétních rad a doporučení, zákazy a příkazy, jak upravit životosprávu, co smí a nesmí. U duševně nemocného je situace odlišná. Hlavní problém spočívá v jeho mezilidských vztazích. V určitých situacích lze rady dávat a v jiných nikoli. Nebývá vhodné hned při první intervenci radit postiženému: rozveďte se, změňte zaměstnání, odstěhujte se, nebo naopak nesmíte se rozvést, nesmíte měnit zaměstnání... Určitá rozhodnutí by měla u jedince vzniknout jako výsledek psychologického vedení a léčení, a především na základě jeho vlastního rozhodnutí. Nemocný má mít pocit, že k určitému rozhodnutí dospěl sám a nikoli, že byl k němu jakkoli donucen. V intenzivní psychoterapii se někdy příkazy používají jako rychlé řešení, aby byla krize odvrácena. Teprve v dalších sezeních se řešení zdůvodňuje a případně poopravuje. Pokyny udílené nemocnému se mají týkat toho, jak má užívat léky, co by měl či neměl sledovat a případně jíst, aby nedošlo ke komplikacím.

Stejně tak není vhodné podávat při akutním zásahu nemocnému výklady potíží, interpretace jeho zážitků a prožitků. Mnohdy jde o projevy psychotické a nemocného pak utvrzujeme v jeho chorobných přesvědčeních, nebo můžeme ztratit jeho důvěru. Obecně v sobě interpretace vždy skrývají nadřazenost lékaře nad pacientem a ztěžují partnerskou komunikaci na úrovni dvou dospělých lidí, kterou se snažíme v rámci akutního řešení duševních poruch vždy vybudovat a udržet. I mezi lékaři existuje představa (stereotyp) duševně nemocného, který nemotivovaně a nevypočitatelně fyzicky napadá své okolí.

Výklad aktuální nebezpečnosti okolí může být interpretován velmi široce, nebo se naopak může zúžit jen na brachiální napadání okolí. Každodenní psychiatrická praxe ukazuje, že takových případů není mnoho a navíc lze toto riziko vhodným přístupem usměrňovat.

2.2.1 OBECNÉ ZÁSADY PRO VEDENÍ ROZHOVORU

Ovlivnění pacienta spočívá především ve slovním kontaktu, kdy je nutné pacientovi dát najevo zájem o jeho aktuální situaci, projevení trpělivosti a vcítění se, s maximální permisivitou, bez odsuzování. Lékař by měl vystupovat jako někdo klidný, jistý sám sebou a tím, že právě on může pacientovi pomoci. Rozhovor s lékařem poskytne pacientovi možnost korektivní zkušenosti a slovního odreagování se. Naším cílem je pomoci uvolnění emocí (abreakce), někdy provázenému úlevným pláčem a následně

dosáhnout afektivní regulace a zralejšího uvažování. V rozhovoru lze poté použít i racionální výklad, eventuálně i direktivní pokyny směřující k odrazení od riskantních činů. Je nutné se během rozhovoru dopátrat, jaké sociální pole má pacient k dispozici při řešení svých potíží, případně zajistit, aby dále nebyl sám, poučit příbuzné o dalších možnostech postupu. Pacient v krizové životní situaci by měl být směřován do krizových center.

2.2.2 ROZHOVOR, JEHO VÝZNAM, STRUKTURA A FUNKCE

Nedostatky ve schopnosti lékaře vést rozhovor vedou k obavám, úzkostem a strachu pacientů, protože v důsledku „mlčící medicíny“ vědí o svém stavu příliš málo. Z hlediska obsahu jde především o získávání informací, a to informací objektivních (ověřitelné údaje), informací subjektivních (pacientovy prožitky) a informací situačních (přenos a protipřenos). Z formálního hlediska lze vést rozhovor jako:

- strukturovaný – forma otázka–odpověď, nebo
- nestrukturovaný – volná řeč pacienta,
- rozhovor semistrukturovaný (řízený): pokládání otevřených otázek.

Každý rozhovor v rámci krizové intervence sleduje těchto pět základních funkcí:

- komunikační,
- diagnostickou,
- informační,
- poradenskou,
- terapeutickou.

Komunikace by měla v ideálním případě probíhat na úrovni partnerů v „dospělém“ dialogu, kdy se od lékaře očekává autorita, autenticita, úcta a respekt, porozumění a empatie. Lékař je nicméně často směřován do paternalistické pozice regresí pacienta vyvolané nemocí, spojenou s pasivitou, slabostí, závislostí, potřebností pomoci a sociálním dyskomfortem tj. nesamostatností, poklesem příjmů, změnou životní pohody a iniciativy, izolovaností. Rozhovor též může být komplikován přenosovými a protipřenosovými mechanismy.

Diagnostická funkce rozhovoru spočívá ve vyslechnutí subjektivně podaných potíží a prožitků pacienta a v druhé rovině v cíleném pátrání po konkrétních příznacích. Lékař by měl pacienta informovat o svých závěrech a zamýšleném postupu. Jedná se o informační funkci rozhovoru. Mělo by to být přitom učiněno tak, aby pacient porozuměl a byl ochoten spolupracovat. Nutné je informovat o rizicích, nežádoucích a vedlejších účincích příslušných postupů, nezapomínat na nabízení variant a prognózy v případě užití té které varianty.

Vhodně usměrněná a povzbuzovaná interakce mezi zainteresovanými stranami plní také roli terapeutickou. Umožňuje odreagování afektů často dlouhodobě kumulovaných. Od lékaře se očekává vyjádření a rozhodnutí o dalším postupu. K tomu nelze přistoupit, pokud si lékař nejprve neujasní všechny okolnosti, které jeho rozhodnutím mohou nastat nebo nastanou, stejně, jako si musí uvědomit všechny okolnosti, které

k takovému rozhodnutí vedou. Rozhodnutí o hospitalizaci postiženého na jedné straně znamená jeho léčení, rehabilitaci, možnost oproštění se od traumatizujícího okolí, na druhé straně ale může nastat poškození z hlediska celospolečenského uplatnění.

Při zásahu u postižených jedinců je vždy důležité vyslechnout nejen nemocného, ale též získat informace z jeho okolí. Postižený může své projevy dissimulovat, nebo naopak zveličovat a snažit se ze situace získat co nejvíce prospěchu. Proto má lékař hned zpočátku nemocného přesvědčit, že je třeba, aby vyslechl i druhé zainteresované osoby.

Takové situace jsou časté zejména u manželských konfliktů, kde je situace obvykle oběma stranami jednostranně zkreslována. Lékař se nemá divit informacím získaným od postiženého, ani na ně emocionálně reagovat. Může tím navozovat pocit nedůvěry nebo vyprovokovat zveličování a zpestření informací.

2.2.3 NEVHODNÉ ZÁSAHY PŘI ROZHOVORU

Při intervenci je nejlépe vycházet z dané situace, která se nám ozřejmí nejlépe při přítomnosti v místě události. Je pochopitelné, že jiný postup se volí v případě předpokládané psychogenní poruchy, jiný při postižení organického původu. Tyto situace si přímo vyžadují operativní řešení a vhodnou volbu podle předem připravených programů, algoritmů. V případě neklidného nemocného se snažíme postupovat nenásilně, pokoušíme se nemocného uklidnit slovem, což se nám daří snáze, než za použití různých omezovacích prostředků. Rovněž není vhodné, aby lékař použil při zásahu tzv. osvědčených metod – při hysterických záchvatech políček, nebo polití studenou vodou. I takové stavy lze zvládnout vhodným psychologickým přístupem, případně aplikací příslušného psychofarmaka.

Stává se, že postiženého přivezou do psychiatrické ordinace spoutaného, protože byl neklidný a agresivní. Lékař se pak obává ho uvolnit, aby nedošlo k demolici ordinace. Je však nutné vždy si položit otázku, zda je neklid způsoben skutečnou psychickou poruchou, nebo je provokován omezením. Je známo, že uzavření nemocného v psychiatrickém lůžkovém zařízení s mřížemi na oknech a bez kliky u dveří navozuje zvýšenou tenzi a sklony k agresivnímu jednání. Naproti tomu ponechání postiženého v prostředí bez výraznějších omezení tenzi a agresi nenavozuje.

Potvrzování diagnózy

Jiným nevhodným přístupem lékaře je potvrzování domnělých diagnóz rodině postiženého („je to hysterka, je to schizofrenik“). Potvrzení diagnózy má pro postiženého stigmatizující následky, které mu znesnadňují život a nemá pro postiženého žádný přínos. Například matka mladistvého schizofrenika se dožaduje sdělení diagnózy. Když se jí neprozřetelně dozvěděla, měla bezprostředně pocít uklidnění, protože podle běžně podávaných zdravotně výchovných informací se jedná o onemocnění dědičné, a tudíž ona na tomto onemocnění nenese žádnou vinu, sama nemůže nic zlepšit. Do té doby, než měla diagnózu potvrzenou se domnívala, že jde o poruchu vývoje, na které se mohla podílet též nesprávnou výchovou a byla motivována změnit některé své výchovné přístupy. Nyní vychází z toho, že toto onemocnění je produktem nějakých poruch metabolismu, které ona nemůže ovlivnit. Vzdává se proto pocitu zavinění na sy-

nově onemocnění a předává jeho péči zcela do rukou psychiatrů. Pro ni se jeho stav stává již pouze záležitostí psychiatra.

Nespolupráce okolí, příbuzných

Poškození nemocného pak spočívá v tom, že jeho běžné sociální prostředí se nesnaží spolupracovat při jeho léčení a rehabilitaci. Jindy je vědomí diagnózy použito v pozdějších sporech s pacientem („jsi schizofrenik, tak nemůžeš mít pravdu; jsi hysterka, tak je u tebe vždy všechno jen komedie“). Proto lékařovo chování hned od počátku intervence musí vyjadřovat názor, že spoluúčast všech členů zainteresované sociální skupiny je nutná a samozřejmá.

2.3 PSYCHOTERAPIE

Při intenzivní psychiatrické péči je psychoterapie nedílnou součástí terapeutického snažení a využívání psychoterapie. Jde o léčebné působení psychologickými prostředky. Obvykle se rozlišuje psychoterapie v širším slova smyslu, která v sobě zahrnuje možnosti působení zevním prostředím. Psychoterapie v užším slova smyslu představuje záměrné a cílevědomé působení psychoterapeuta na pacienta.

Lékař již při prvním zásahu může jeho prostředí ovlivnit. Záleží jednak na postiženém samotném, jednak na jeho okolí, do jaké míry je schopno spolupracovat. Již pohovor s příslušníky rodiny postiženého lze považovat v širším smyslu za nejčasnější a nejjednodušší formu psychoterapeutického působení. Lékař se při rozhovoru snaží odhalit příčiny konfliktu, osvětlit konflikt zúčastněným osobám. Zřídka chce postižený připustit svůj podíl viny na vzniku konfliktní situace a snaží se své chování a projevy vysvětlovat, zdůvodňovat zevními okolnostmi a příčinami. V těchto případech je nejučinnější týmový přístup jak k objasňování příčin konfliktu, tak k úspěšnému řešení situace.

Psychoterapii v širším slova smyslu nelze podceňovat a ne každý lékař je schopen ji úspěšně využívat. Je zde nutný základní výcvik v uvedeném postupu. Je nutno uvážit, že při intervenci vznikají nejrůznější modifikace konfliktních situací, které si vyžadují odlišné způsoby přístupu i řešení.

Psychoterapii v užším slova smyslu rozdělujeme na individuální a skupinovou. Psychoterapií direktivní myslíme přímé usměřování jedince, jeho chování, postojů i myšlení. V nedirektivní psychoterapii působí terapeut jako usměřující činitel jen vzdáleně. Zaujímá neutrální postoj, a tím podněcuje léčeného ke slovní či emoční produkci. Vyhýbá se udělování rad.

Jednou z forem psychoterapeutických přístupů jsou přístupy kauzální (odkrývající), jejichž cílem je nalézt a odstranit příčinu konfliktu. Je to však časově velmi náročná forma. Naproti tomu druhá forma, symptomatická (zakrývající), je časově méně náročná, ale její efekt bývá jen krátkodobý. Snaží se odstranit symptomy bez hledání jejich příčin. Využívá sugestivní postupy a některé nácvikové techniky, například úzkost se léčí nácvikem relaxace. Mezi odkrývající hlubinné psychoterapeutické postupy lze zařadit především psychoanalýzu a psychoanalytické a dynamické terapie. Mezi symptomatické terapie lze s určitou licencí zařadit interpersonální terapii a terapie

pracující kognitivně behaviorálními metodami. V moderní psychoterapii ale dochází stále více k integraci a propojování konkrétních postupů. Kognitivně-behaviorální metoda takto absorbovala práci s přenosem a protipřenosem původně vyhrazené psychoanalytické terapii, nebo teorii systémů, dříve používanou výhradně v rodinné terapii.

Další formou je podpůrná, supportivní psychoterapie, která má vytvořit příznivé podmínky pro další léčení. Vytváří spojenecký vztah mezi lékařem a nemocným.

Mezi nejznámější psychoterapeutické směry patří psychoanalýza, vytvořená Sig-mundem Freudem na přelomu devatenáctého a dvacátého století. Vychází z předpo-kladu, že obsahem nevědomí (nesprávně podvědomí) jsou pudové tendence – pud sexuální a destruktivní. Ty pak ovlivňují jednání, někdy protichůdně. Psychoanalýza věnuje značnou pozornost snům, které vykládá jako projev přání a úzkosti. Psychoanalýza je psychoterapeutickou metodou používanou především v individuální psy-choterapii. Proto je její použití v intenzivní psychoterapii jen velmi ojedinělé.

Dynamická psychoterapie, která věnuje zvýšenou pozornost interpersonálním vzta-hům a aktuálním konfliktním situacím, má již větší možnosti využití v intenzivní psy-chiatrické péči. Hledá příčiny maladaptivního chování jedince a snaží se o dosažení změn v osobnosti, lepší sociální adaptaci. Tím, že hledá příčinu v interpersonálních vztazích nemocného, se snaží vést postiženého k tomu, aby porozuměl vztahům mezi svými minulými zážitky a současným prožíváním, aby sebezpoznáváním došel k pře-stavbě osobnosti. Jde o nedirektivní psychoterapii, která je proto časově náročná a využívá se v dlouhodobém léčení neurotických poruch a poruch osobnosti.

Interpersonální terapie je moderní metodou vyvinutou Klermannem a Weissman-novou v osmdesátých letech dvacátého století. Jde o terapii orientovanou na problém. Zaměřuje se především na terapii depresivních poruch. Depresivní poruchy jsou rám-cově děleny do čtyř hlavních skupin. První skupinu tvoří deprese po ztrátě blízkého člověka, ať už smrtí, rozchodem, rozvodem či jiným citovým vzdálením. Do druhé skupiny bývají zařazeny depresivní poruchy vzniklé jako adaptační reakce při změně rolí. Tyto odpovídají reakcím na vývojové přechodové události jako je puberta, svat-ba, narození dítěte a dalším událostem, které vyžadují změnu zavedeného chování, jako je změna bydliště, zaměstnání, či chronické nebo vážné onemocnění. Ve třetí skupině jde o práci s depresemi vznikajícími na podkladě sociálních nedovedností a komunikačních nedostatků. Čtvrtá skupina zahrnuje depresivní stavy vzniklé na podkladě interpersonálních konfliktů. Interpersonální terapie patří mezi terapie krát-kodobé a flexibilní, přizpůsobující se aktuálním potřebám klienta, sezení jsou přitom strukturovaná a určitému kroku se doporučuje věnovat po určitý počet sezení. V průbě-hu šestnácti až dvaceti sezení se čas věnuje postupně formulaci problému, mapování sociálního zázemí a možnostem pacienta. Podle toho dochází k formulaci intervence, případně nácviku určitého chování v dyádě s terapeutem, podpoře konstruktivních a adaptačních mechanismů pacienta a ukončování terapie.

Integrativní psychoterapie na rozdíl od ostatních postupů pracuje s dimenzí vývoje postojů pacienta vůči duševní poruše a kompatibilní podobou intervence. S ohledem na přenosové a protipřenosové mechanismy diagnostikuje fázi kognitivního uchope-ní problému pacientem, strukturu pacientovy osobnosti a podle kombinace těchto dvou kvalit možnosti pro pacienta přijatelné lékařovy intervence. Využívá jak postu-pů typických pro dynamické terapie, jako práce s přenosem a protipřenosem, tak ně-

kteřé kognitivně-behaviorální techniky, například práci s důsledky, automatickými myšlenkami, identifikaci rizikových situací a prevenci opakování krizových stavů.

Jiným typem je psychoterapie rozhovorem (Rogeriánská), ve které se vychází z toho, že pacient je schopen poznat sám příčiny svých potíží a je schopen sám sebe přetvářet. Psychoterapeut může postiženému účinně pomoci, jestliže je schopen empatie (vcítění se do prožívání nemocného) a akceptování nemocného. I tato metoda je nedirektivní. Podstatou je, že vzniká rovnocenný vztah mezi pacientem a terapeutem. Tato metoda se používá jak v individuální, tak ve skupinové terapii, ale pro intenzivní terapii je málo vhodná pro její časovou náročnost.

Behaviorální psychoterapie vychází z teorie učení, kterou aplikuje na lidské chování. Poruchy chování jsou naučenými reakcemi, a proto i odstranění potíží nemocného spočívá ve změně jednání. Protože není potřebné odhalit příčinu poruchy, provádí se nácvik změn chování. Tato terapie se používá v léčbě některých neuróz, zvláště fobických a obsedantních, v terapii alkoholizmu a závislostí na návykových látkách. Je možné i její částečné využití v intenzivní terapii.

Pavlovovská psychoterapie využívá principů fyziologie a patofyziologie vyšší nervové činnosti. Snaží se dosáhnout výkladu příčin z hlediska patofyziologického, často používá sugesci (hypnózy) a různých nácvikových metod. Za cíl si klade provést úpravu narušené dynamiky procesů vyšší nervové činnosti. V intenzivní terapii se někdy používá metoda sugesci pro poměrně rychlý, i když většinou krátkodobý efekt.

2.3.1 KRÁTKODOBÉ PSYCHOTERAPEUTICKÉ INTERVENCE

Ze stručného přehledu některých psychoterapeutických metod vyplývá, že jen v malém měřítku jsou využitelné v intenzivní léčbě krátkodobých psychických poruch. Samotná psychoterapie představuje obvykle dlouhodobý proces. Aby bylo možno účinně zasáhnout i během poměrně krátké doby, byla vypracována Bellakem a Smalllem forma krátkodobé psychoterapie.

Jiný obdobný druh psychoterapie je využíván v telefonické pomoci.

Hlavní zásadou těchto krátkodobých psychoterapeutických působení je redukce úzkosti. Při telefonické pomoci je volající v určité výhodě, kdy může anonymně sdělit své potíže, či situaci, která je vyvolala. Odpadá často dlouhodobé a obtížné navazování kontaktu s postiženým. Je nutný vhodně vedený a usměrňovaný rozhovor, aby se získaly potřebné informace a bylo možno poskytnout účinnou radu.

Bellakův a Smallův postup představuje zkrácenou tradiční psychoterapii, protože je nutné působit ve velmi krátkém časovém období, v jehož tísni se postižený nachází. Nepředpokládá se úplné uzdravení postiženého, ale upravení psychopatologických projevů do té míry, aby byl sám dále schopen řešit situaci. Tato forma patří mezi psychoterapie symptomatické – je zaměřena na chorobný příznak, proti psychoterapii kauzální, která se snaží odhalit a odstranit příčiny psychické poruchy.

Krátkodobou psychoterapii používáme především v akutních případech, ve stavech ohrožujících život, kdy například bezprostředně hrozí riziko realizace sebevražedného pokusu. Její použití není vhodné u dlouhodobých psychických poruch, tam, kde jsou vhodnější standardní psychoterapeutické postupy.

Vzhledem k tomu, že se krátkodobá psychoterapie využívá v intervenci v krizích a v léčbě krátkodobých psychických poruch, provádí se převážně jako terapie individuální. Délka trvání i počet sezení jsou různé. Obvykle se délka sezení pohybuje okolo třiceti minut, maximálně trvá jednu až dvě hodiny. Počet sezení je mezi třemi až pěti. Názory na frekvenci sezení jsou rozdílné, někteří provádějí sezení denně nebo obden, jiní jednou týdně. Za optimální v systému intenzivní péče je nutné pokládat sezení každodenní.

Vlastní postup se omezuje nejprve na zjištění aktuálních symptomů a problémů postiženého, ověření anamnestických dat a jejich konfrontaci s psychopatologickými projevy. Při zásahu přímo v rodinném prostředí postiženého lze konfrontovat i jeho okolí. Zde se již dostáváme na hranice rodinné terapie. Abychom mohli získat podrobnější údaje jak ze současnosti, tak z anamnézy pacienta, je třeba navázat dobrý kontakt. K tomu je nápomocno rodinné prostředí. V interakci rodiny si terapeut snáze ozřejmí vzájemné působení a odhalí se kořeny konfliktu. Krátkodobou psychoterapii lze provádět také jako skupinovou, zvláště na odděleních krátkodobé hospitalizace. Užívá se postupů běžných jinak v tradiční psychoterapii, ale modifikovaných. Nezvyklé je to, že do jisté míry poskytujeme rady nejen samotnému pacientovi, ale i rady, které mají upravit jeho rodinné prostředí a vztahy, případně prostředí a vztahy na pracovišti. Rady se poskytují formou předkládání řady alternativ a nemocný má pocit, že vlastně dokázal situaci řešit sám tím, že si vybral správnou alternativu. V krátkodobé psychoterapii se proto metody nedirektivní psychoterapie uplatňují relativně méně.

Propracováním nazýváme proces, při němž léčený aplikuje nově získané poznatky a náhled v řadě analogických situací, pro které platí stejné schéma chování. Jde vlastně o změnu chování na základě náhledu. V krátkodobé psychoterapii není na tento proces dostatek času, a proto se spokojíme se změnou chování alespoň v některých situacích.

Vzhledem k tomu, že krátkodobá psychoterapie není schopna řešit konfliktové situace a jejich příčiny, ale zaměřuje se především na symptomy, je vhodné ji v některých případech kombinovat s psychofarmakoterapií. Jde zejména o takové případy, kde je depresivní symptomatika natolik výrazná, že hrozí nebezpečí sebevraždy nebo jiného ohrožení života. Krátkodobá psychoterapie se s úspěchem používá i v terapii psychosomatických poruch. Pak je kombinace s různými farmaky nevyhnutelná.

Krátkodobou psychoterapii používáme především tam, kde je vystupňována úzkost: u krátkodobých psychogenních reakcí, u akutních neurotických reakcí, neurotických poruch, počínajících neuróz, ale i při počínajících psychózách, psychosomatických poruchách a všude tam, kde je akutní nebezpečí suicidia. Je součástí komplexu léčebných metod v intenzivní péči, při intervenci v krizi a z jejího využití vyplývá i terapeutická šíře. Krátkodobou psychoterapii nelze zaměňovat za psychologický přístup. Ten je naopak její součástí, jako je nezbytnou součástí všech metod v psychiatrii. Proto ani krátkodobou psychoterapii nemůže provádět někdo, kdo v ní není dobře erudován.

Repertoár zpracování úzkosti při psychické krizi je blízký neurózám, zejména dojde-li k formování příznaků na úrovni selhání. Souvislost mezi spouštěčem a reakcí bývá při psychické krizi zřejmá pacientovi i lékaři. Psychoreaktivně podmíněná krize se manifestuje v popsaném období zejména symptomy úzkosti, strachu, deprese, tělesnými příznaky nebo různou mírou dezintegrace psychiky.