

Co je duševní onemocnění?

Na jednoduchou otázku bohužel není zrovna jednoduchá odpověď. Duševní onemocnění a poruchy jistě souvisí s narušením funkce mozku, ale o příčinách často mnoho nevíme. Jsou jistě i výjimky, třeba nákaza syfilisem v pozdním stadiu napadá mozkovou tkáň, což se projeví stavy podobnými mánii, které později přejdou do deprese a nakonec demence (k těmto pojmům vysvětlení níže). Možná jste viděli film (nebo četli Havlíčkovu knížku) *Petrolejové lampy*. Tady se to zdá jasné – příčinou duševní poruchy je zde bakteriální infekce. Léčba je „jednoduchá“ – antibiotika odstraní škodlivé bakterie a tím se může celému stavu předejít. U většiny duševních poruch ale příčiny zatím jasně odhaleny nejsou. Víme, že při nich mozek jinak funguje, což se projeví v prožívání a chování. Když neznáme příčinu, ale víme, že je změněná funkce, hovoříme o **funkčních duševních chorobách**.

Funkční duševní choroby jsou zpravidla **multifaktoriální**. Termín znamená, že vznik a průběh nemoci ovlivňuje řada příčin a faktorů. **Biologické** faktory znamenají především genetickou dispozici. U nemocí jako schizofrenie nebo afektivní poruchy (mánie, deprese) je zvýšené riziko vzniku, když Váš pokrevní příbuzný touto nemocí trpí. Například u schizofrenie je výskyt asi 1% v populaci, nicméně pokud by tou nemocí trpěl jeden z Vašich rodičů, riziko se zvyšuje asi na 20%. **Psychologické** faktory souvisí především s rodinným prostředím, ve kterém vyrůstáme, a výchovou. Absence lásky, podpory a péče často může vést k různým duševním poruchám během života. To samozřejmě nevysvětluje, proč duševně onemocní i lidé, kteří vyrostli v milujícím prostředí. Jejich rodiče si pak často kladou za vinu, že duševní potíže svého potomka nějak spolupůsobili, ale takové vyčítání nikam nevede. Mezi psychologické faktory patří také nepříznivé životní události, jako je rozvod, ztráta nebo nemoc blízké osoby, ztráta zaměstnání, stěhování, školní zkoušky apod. **Sociální** faktory s psychologickými úzce souvisí (rozdělení je jen umělé schéma). Jde hlavně o mezilidské vztahy a společenské existenční nesnáze, jako je sociální izolace, chudoba, nezaměstnanost, špatné sociální postavení a podobně. Samotný rozvoj nemoci je často kombinací dispozice (geny, komplikovaný porod, infekce v raném věku) a vyvolávajících faktorů (neboli zátěže). Čím větší je dispozice (např. častý výskyt duševní nemoci v rodině) tím menší stačí zátěž (třeba maturita, partnerské neshody, finanční potíže), aby se rozvinula duševní nemoc.

Málokterý laik si uvědomuje, jak jsou vlastně duševní nemoci časté. V evropských zemích statistiky ukazují, že psychiatrickou léčbu potřebuje minimálně jednou za život každý čtvrtý člověk. Spektrum psychických nemocí je hodně široké a pestré. Celý přehled obsahuje **mezinárodní klasifikace nemocí** (MKN). Psychiatrické nemoci v ní jsou zařazeny pod písmenem „F“. Pokusíme se tu u každé kategorie z této oblasti klasifikace vyjmenovat nejčastější poruchy a velmi stručně je charakterizovat.

F0 Organické duševní poruchy

- Tyto poruchy vyplývají z poškození mozku degenerací (zvl. stárnutím), úrazem, otravou, infekcí, nádorovým onemocněním či poruchou metabolismu.

- Patří sem zvláště demence (degenerativní – Alzheimerova, demence vaskulární). Demence obecně charakterizuje úpadek kognitivních / poznávacích funkcí, tedy paměti, pozornosti, schopnosti učení, plánování.
- Demence většinou probíhá léta a je pro ně typické postupné zhoršování stavu, které vede ke zhoršení orientace, schopnosti pečovat o sebe a tak i samostatně žít. Výskyt demencí se zvyšuje se stoupajícím věkem.
- Do této kategorie také patří tzv. organické psychosyndromy, kdy vlivem úrazu dojde ke změnám osobnosti a chování.
- Různá poškození mozku mohou svým projevem imitovat jiné duševní poruchy. tak známe třeba organické deprese, mánie, psychózy či úzkostné poruchy, které popisujeme v dalších odstavcích. Podstatný rozdíl je v tom, že zde můžeme třeba přístrojovým nebo laboratorním vyšetřením najít známky poškození mozku (třeba nádor, odumření části tkáně po mozkové cévní příhodě a podobně).

F1 Poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek

- Psychoaktivní látky s rizikem závislosti jsou legální (alkohol, tabák, léky proti úzkosti – benzodiazepiny, barbituráty) a nelegální (kanabinoidy, opiáty, stimulancia jako např. pervitin a další skupiny látek).
- Do této kolonky patří jak akutní intoxikace psychoaktivní látkou tak syndrom závislosti. Rychlost rozvoje závislosti závisí na typu psychoaktivní látky (rychlý např. u opiátů, pomalý např. u alkoholu).
- Když nemá závislý přístup k psychoaktivní látce, rozvine se odvykací stav. Ten je u různých látek odlišný, nejvíce nebezpečný z hlediska zdraví je odvykací stav u závislosti na alkoholu.
- Vlivem psychoaktivních látek mohou vznikat i psychotické poruchy, které se projevem mohou podobat schizofrenii, ale mají jiný průběh, většinou kratší.
- Skoro do poloviny minulého století se závislosti nepovažovaly za nemoc, ale morální vadu. Ostatně postoj veřejnost je i dnes často podobný. Nové poznatky nicméně dokazují, že dispozice k závislosti je dědičná.

F2 Schizofrenní poruchy

- Schizofrenie je množné, nikoliv jednotné číslo. Stále se vedou diskuse, jestli to není spíše skupina odlišných chorob. Existují typy jako paranoidní schizofrenie (nemocný má bludy a halucinace), hebefrenní schizofrenie (v popředí je narušení plynulosti myšlení a chování, tzv. dezorganizace), simplexní nebo reziduální schizofrenie (převažují tzv. negativní / úbytkové příznaky – vyhasnutí vůle, iniciativy, emocí), méně častá je katatonní forma (mozek jakoby přestával ovládat tělo, extrémním projevem je katatonní stupor – nemocný je bdělý, ale vůbec se nehýbe a nereaguje na okolí).
- Halucinace je porucha smyslového vnímání. Nemocný slyší či vidí něco „navíc“, co reálně neexistuje, ale jemu to připadá naprosto reálné. Nejčastější jsou sluchové halucinace, většinou hlasy hovořící k nemocnému, komentují jeho chování, nadávají mu. Většinou jsou velmi nepřijemné a pochopitelně narušují schopnost se soustředit na reálné dění kolem.

- Bludy jsou nevývratná a nereálná přesvědčení neodpovídající kulturníma společenským tradicím (takže to samozřejmě není třeba víra v Boha). Často jsou nelogické, bizarní a ovlivňují chování a prožívání. Mají různý obsah, nejčastější jsou bludy perzekuční, kdy je nemocný přesvědčený, že ho někdo sleduje, pronásleduje, chce mu ublížit.
- Schizofrenie často vzniká v adolescenci či časně dospělosti. U mužů v průměru trochu dříve než u žen. Asi u třetiny nemocných dojde k úplnému vyléčení, třetině se nemoc nepravidelně vrací (relapsy) a u třetiny se příznaky projevují dlouhodobě (chronicky).
- O schizofreniích se mylně traduje, že jde o „rozdvojení osobnosti“ (Doktor Jekyll a pan Hyde). Předpona „schizo“ skutečně znamená něco jako rozštěp, rozdělení. Ale nejde o rozštěp osobnosti, nýbrž toků informací v mozku. Spíše by se dal použít přírůbek z oblasti počítačů – na hardwaru nenajdeme žádné poruchy (CT mozku a další přístrojová vyšetření nezjišťují žádné změny mozku typické pro schizofrenii), ale jakoby nefungoval dobře software. Zpracování informací někdy trvá nepřiměřeně dlouho (negativní příznaky), někdy dojde k chybným závěrům (bludy a halucinace), jindy jsou informace zmatečné (hebefrenie) nebo se úplně zastaví na cestě a nedojdou na místo určení (katatonie). **Schizofrenie je tedy především poruchou zpracování informací.**
- Příbuznou psychózou je porucha s bludy. Na rozdíl od schizofrenie vzniká většinou ve středním a pozdním věku a nebývají u ní halucinace.
- Do této kapitoly patří také akutní psychotické poruchy. Zatímco schizofrenie mívají „přípravné období“, někdy léta před rozvojem nemoci dochází k pomalým změnám prožívání, chování, tak akutní psychózou vznikají náhle a nečekaně. Často jim předchází nadměrný stres (či souběh více stresových okolností). Akutní psychózy trvají dny až několik týdnů. Většina nemocných se z nich plně vyzdraví, ale u některých se průběh zkomplikuje a nakonec se diagnóza změní na schizofrenii.
- Schizoafektivní poruchy jsou kombinací poruch nálady (deprese, mánie) a schizofrenie. Probíhají většinou epizodicky a případů chronického průběhu je méně než u schizofrenie.

F3 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

- Mánie je období nadnesené nálady, která neodpovídá okolní realitě a trvá nepřiměřeně dlouho, minimálně v řádu dnů. V mírnější podobě (hypománie) je nálada zpravidla veselá, dotýčný je aktivní, podnikavý, těžko se unaví a je lehkomyšlný. V těžší podobě může veselá nálada přerůst do zlostné formy. nemocný skoro nespí, začíná spoustu činností, ale nedokončuje je a často se chová nepřiměřeně mimo svoji obvyklou normu. Neobvyklé nebývá nadměrné utrácení bez ohledu na důsledky, nadměrné pití alkoholu a promiskuita. Tempo je zrychlené, mluva překotná, okolí tomu nestačí, což nemocné vyvádí z míry a někdy se pak mohou chovat i agresivně. Nemoc může mít i psychotickou hloubku, kdy se vyskytují velikášské bludy (např. přesvědčení o nereálných schopnostech), méně často halucinace. Rizikem je vyčerpání mozku i těla, které mnohdy může vyústit do depresivní fáze. Rizika jsou také sociální, protože nemocný mnohdy vlivem mánie utrpí velké finanční ztráty, zaváže se k nereálným platbám, poškodí svoji pověst u okolí a nadělají si problémy v zaměstnání.

- Deprese je víc než jen běžná smutná nálada. Jednak trvá delší dobu, nemění se vlivem radostných událostí a zhoršuje celkovou fyzickou i intelektuální výkonnost. Neléčená deprese trvá v průměru 2 měsíce. V mírné podobě je nemocný poskytnuly, nemá radost z dříve oblíbených činností, práce mu nejde od ruky. Deprese bývá buď apatická, kdy převažuje pasivity a zpomalení tempa, nebo úzkostná, když se nemocný nadměrně zabývá různými starostmi a obavami. V těžší formě u depresivních nemocných přestává fungovat spánek, ztrácejí chuť k jídlu, hubnou, jsou i fyzicky slabí, proti své vůli se musí zabývat obavami, často si stále něco vyčítají a připadají si méněcenní. Ztrácejí pocit životního smyslu a běžným projevem jsou sebevražedné úvahy, které bohužel řada nemocných převede ve skutek. U nejtěžších forem je výrazná pasivita až neschopnost cokoli dělat včetně méně o vlastní osobu. Může být i psychotická forma, kdy nemocný má bludy, že něco zavinil a druzí kvůli němu trpí. Nejtěžším projevem je depresivní stupor, život ohrožující stav, kdy nemocný jen polehává, není schopen se najíst ani jakkoliv jinak pečovat o vlastní osobu.
- Bipolární afektivní porucha, které se dříve říkalo maniodepresivita, je vlastně nepravidelným střídáním výskytu depresivních a manických epizod. U některých nemocných převažují mánie, u jiných deprese.
- Ojedinělou depresivní epizodu prý zažije až polovina lidí během svého života, ale většina s tím nejde k lékaři. Asi u 4% populace se deprese nepravidelně vrací a to nazýváme rekurentní depresivní poruchou. Skoro 2/3 takto nemocných jsou ženy. Někdo zažije za život 2-3 depresivní epizody, ale někomu se deprese objevuje skoro každý rok. Bipolární afektivní poruchou trpí asi 1% populace, zhruba stejně muži i ženy. Zatímco ojedinělé depresivní epizody často spouští nakupení různých zátěžových situací, u rekurentní deprese a bipolární poruchy epizody často vznikají bez varování a zřejmých vyvolávajících faktorů. U obou poruch je taky statisticky průkazné dědičné riziko.

F4 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

- Do této kategorie patří především poruchy jejichž hlavním projevem je úzkost. Úzkost je stará obranná reakce, kterou naši lidští i zvířecí předci nutně potřebovali k přežití, protože jim signalizovala nebezpečí a nutnost s ním bojovat nebo před ním utéct.
- Naše těla a mozky jsou touto „signalizací“ stále vybavena, jenže se zcela se změnilo okolní prostředí, protože už nežijeme v přírodě, ale civilizaci. To komplikuje možnost použití jednoduché volby „boj nebo útěk“. Proto musíme úzkost nevědomky různě potlačovat, což u disponovaných jedinců v zátěži může vést ke vzniku neurotických poruch.
- Úzkostný stav zažívá občas každý člověk, ale to neznamena, že by se měl hned léčit. Záleží na tom, jak jsou úzkostná stavy silné, zda jsou přiměřené situaci, jak často se vrací nebo zda trvají i mimo nepříjemné stavy a zasahují tak negativně do běžného fungování.
- Ještě je k úzkosti potřeba uvést, že nejde jen o uvědomované psychické projevy (nervozita, pocit napětí, nepohody, obavy, strach), ale také projevy tělesné. V úzkostném stavu se aktivují snad všechny tělesné soustavy – zrychlí se činnost srdce, zrychlí se dýchání, taky činnost střev a močových, roste kožní napětí i napětí svalů končetin a podél páteře. proto

člověk v úzkosti může vnímat bušení srdce, pocit zkráceného dechu, napětí na hrudníku, nucení na malou či velkou stranu, křeče v končetinách, pocity mravenčení či střídání tepla a chladu na kůži. Úzkost může imitovat i srdeční slabost, většinou se to vysvětluje zvýšením napětí svalů kolem páteře, které se po žebrech přenáší na přední stranu hrudníku. Z toho všeho vyplývá, že projevy v této kategorii duševních poruch jsou hodně různorodé.

- Poměrně častou úzkostnou poruchou je panická porucha. Projevuje se náhlými návaly silné úzkosti s psychickými i tělesnými projevy, často se objeví strach ze smrti, ze zkolabování. Nejednou k rozvoji dochází, když je tělo nějak oslabené, infekcí, nevyspaním, předchozím nadměrným požitím alkoholu. Někdy jsou tyto spouštěče zřejmé, ale jindy si nemocný žádný takový stres neuvědomuje a pak nejednou takový stav považuje za projev dosud neodhalené tělesné choroby a tak místo k psychiatrovi zamíří na internu či kardiologii. Panické ataky se mohou opakovat a pokud se porucha neléčí, úzkost může chronifikovat, to znamená že v menší míře ji nemocný pociťuje i mezi návaly panické úzkosti. Protože se často epizoda přihodí na veřejnosti (typické místo – hypermarket), může se nemocný takovým místům začít vyhýbat a proto je běžné spojení panické poruchy a agorafobie – viz níže.
- Fobie je nepřiměřeně silný strach z určité situace nebo podnětu. Druhotně vede k vyhýbání se takovým situacím či jevům. Nejčastější je agorafobie a sociální fobie. U agorafobie má strach vazbu na situace „být sám“, ať už být sám doma nebo jít sám ve veřejném prostoru. Sociální fobie obnáší nadměrný strach ze sociálních situací – mluvit, jíst, něco dělat před lidmi. Vyhýbání vyplývající z nadměrného strachu pak vede k tomu, že se nemocný izoluje, často je neúspěšný ve škole či zaměstnání, ne proto, že by na to „neměl“ intelektově, ale protože jeho intelekt je omezován úzkostí.
- Obsedantně kompulzivní porucha (OCD) obnáší nutkavé myšlenky a činnosti. Nemocný má proti své vůli opakující se, často nepříjemné myšlenky. Obsah myšlenek bývá udělat něco, co je dotyčnému zcela proti mysli. např. maminku napadá něco provést svému dítěti, i když ho miluje. Nemocný je z takových myšlenek vyděšený, začne se trápit, jak je možné, že ho něco takového napadá. Myšlenkám se brání, což zhoršuje jeho úzkost, nesoustředí se a špatně funguje. Někdy proti myšlenkám provádí různé „rituály“ typu „když třikrát udělám tohle, tak ta myšlenka odejde...“. Bohužel mu pak rituály přerůstají přes hlavu a může jimi trávit spoustu času. Jindy mají nutkavé činnosti původ v obavách z infekce (např. opakované mytí rukou) nebo potřebě kontrolovat, zda jsem nějakou činnost skutečně provedl (zamykání, zhasínání). OCD může probíhat i opravdu vážně, když rituály zaberou skoro celý den a nemocný se nestihne ani najíst, chřadne a prakticky nefunguje
- Dále to této kategorie spadají poruchy vyvolané stresem. Může jít o náhlou nečekanou silnou zátěž, nehodu, napadení, smrt blízké osoby. Takové situace mohou vyvolat akutní stresovou reakci, která trvá zpravidla hodiny až den a v projevech může napodobovat jakékoliv duševní onemocnění včetně psychóz. Druhým typem je posttraumatická stresová porucha, která může probíhat i dlouhodobě. Nemocnému se při ní v bdělém i nočním snění objevují zážitky spojené s traumatizující situací, vyhýbá se místům, kde se situace

stala či podnětům, které ji mohou připomínat. Může mít potíže se spánkem, pracovní výkonností, trpět stavy nepohody během dne. reakce na stres. Druhým okruhem jsou poruchy přizpůsobení, které častěji souvisí se zátěžovými situacemi, jež nejsou tak náhlé, ale spíše se vlečou, jako je třeba rozvod.

F5 Behaviorální syndromy

- Do této kategorie patří duševní poruchy, které souvisí s naplňováním biologických potřeb, jako je jídlo, spánek, sexuální aktivita.
- Poruchy příjmu stravy představuje hlavně mentální anorexie a mentální bulimie. Přívlastek „mentální“ je podstatný, např. samotný pojem anorexie znamená nedostatečný příjem stravy a jeho příčinou může být třeba tělesné onemocnění (nemoc trávicí soustavy) a nesouvisí přímo s psychikou. U mentální anorexie jsou důvody nedostatečného příjmu stravy jiné. V počátcích většinou bývá perfekcionismus, potřeba být dokonalý, vyniknout – třeba bezvadně štíhlou postavou. Porucha je mnohem častější u žen a vzniká často v období kolem puberty. Dívka se omezuje v jídle nebo nadměrně cvičí či si přivykne zvracet přijatou potravu. Postupně se jí mění vnímání vlastního těla, připadá si stále tlustá, přestože objektivně je podvyživená, prostě zcela ztrácí náhled na svou skutečnou váhu a podobu. Druhotně se projeví porucha v absenci měsíčeků, zhoršování kvality kůže a vlasů, v častějších infekcích. Bohužel až u 15% nemocných má porucha smrtelné následky. Mentální bulimie má také kořeny v problematickém přijetí sebe sama, také je častější u dívek. Zpočátku by mohla být považovaná za jakýsi zlovyk – jsem ve stresu, něco se mi nepovedlo, zajímá to jídlem. Ale pak se po přejídání objeví stavy znechucení ze sebe sama, nemocný jídlo vyvrátí. Porucha není tak nebezpečná z hlediska zdraví nebo ohrožení života jako anorexie, ale dokáže také hodně znepříjemnit život. Jídlo může nahradit i alkohol či drogy.
- Velká část duševních poruch má mezi svými projevy i narušení spánku. Existují ale i tzv. neorganické poruchy spánku, kdy nevidíme jiné příznaky, „jen“ nekvalitní nebo nadměrný spánek.
- Sexuální dysfunkce mohou mít organické příčiny (u žen třeba zánět poševní sliznice, u mužů třeba změny cév v penisu způsobené diabetem), ale do této kategorie duševních poruch řadíme sexuální dysfunkce tzv. psychogenního původu. Sexuální orgány jsou v pořádku, ale není uspokojivá samotná sexuální funkce, tedy hlavně průběh soulože. U žen je nejčastější anorgasmie (neschopnost prožívat orgasmus) u mužů zase erektilní dysfunkce (příliš krátké nebo žádné trvání erekce) a předčasná ejakulace.

F6 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

- Osobnost je komplexní psychologická funkce. Naše osobnost je „poskládaná“ z našich vlastností, temperamentu, odolnosti proti stresu, ale taky zkušeností. S celkovou osobností jsou provázány naše osobní strategie, jak se vyrovnáváme se zátěží, jak se adaptujeme na změny a nové podmínky a jak řešíme úkoly. Osobnost se vyvíjí během celého života, ale

„základy“ jsou hotové v ranné dospělosti. Proto by se ani dříve neměla stanovovat diagnóza poruchy osobnosti.

- Porucha osobnosti je trochu kontroverzní diagnostická kategorie. Existují i názory, že osobnosti jsou prostě různé a označit některé za patologické je umělé. Taky existují námitky, že neexistuje žádná ostrá hranice mezi normou a poruchou a tak může být diagnóza porucha osobnosti jen nálepkou. Snadné zneužití ilustruje i fakt, že dřívější označení psychopatie se přestalo používat, neboť se stalo nadávkou. Taky existují psychiatři, kteří tvrdí, že nejde o žádnou poruchu, protože se příliš nedá měnit a léčit.
- Ať už je to, jak chce, pro lidi s některými osobnostními rysy může být v životě těžší se začlenit do společnosti a udržovat harmonické mezilidské vztahy. Bývají pak neúspěšní a trápí se tím. Jaké zná klasifikace druhů poruch osobnosti?
 - paranoidní porucha osobnosti – česky vztahovačná osobnost, nejde o psychózu (jako paranoidní schizofrenie), člověk nemá bludy ani halucinace, ale má tendence vidět chyby pouze u druhých a vidět kolem sebe nástrahy a schválnosti
 - schizoidní porucha osobnosti – člověk s touto poruchou má malou schopnost i potřebu mezilidského kontaktu, nejlépe se cítí sám
 - dissociální porucha osobnosti – nedokáže se do druhých vcítit, proto jim „nedělá problém“ druhým ubližovat, porucha častá u recidivistů
 - emočně nestabilní porucha osobnosti, impulzivní typ - má problémy s kontrolou negativních emocí, často agresivně vybuchuje kvůli maličkostem, pak se omlouvá, častější u mužů, někteří se projeví jako domácí tyrané
 - emočně nestabilní porucha, hraniční typ – často v dětství zažili zanedbávání nebo zneužívání, trpí nejistotou ohledně vlastní osoby i těla, prudce se vrhají do vztahů, které rychle končí, mívají depresivní stavy i krátké přechodné stavy psychotické
 - histriónská porucha osobnosti – takový člověk touží po pozornosti okolí, snaží se ji získat buď dramatickým chováním nebo tím, že kvůli něčemu demonstrativně trpí
 - vyhýbavá porucha osobnosti – trpí malým sebevědomím, obavami z neúspěchu, nedokáže využít svůj talent, často dochází k rozvoji úzkostných poruch
 - anankastická porucha osobnosti – jiné označení pedanterická porucha, takoví lidé se nadměrně zaobírají detaily, jsou podráždění, když jim někdo narušují jejich zavedený pořádek, kvůli detailům jim unikají celkový smysl
- Další kapitolou této kategorie jsou Impulzivní poruchy, mezi které patří patologické hráčství, pyrománie nebo kleptománie. Lidé s těmi poruchami mají potíž odolat impulsům udělat věci, které jim přinášejí uspokojení, přestože vědí, že si tím (či svému okolí) způsobí nemalé potíže. Patologické hráčství se někdy mylně označuje jako závislost, ovšem způsoby léčby jsou podobné (kombinace režimové léčby a psychoterapie).
- Další skupiny poruch se týkají sexuality, protože do této kapitoly patří také poruchy pohlavní identity (transsexualismus, transvestitismus) a poruchy pohlavní preference (deviace v objektu nebo způsobu sexuální aktivity).

F7 Mentální retardace

- Zatímco u demencí má nemocný běžnou inteligenci a postupně dochází k jejímu upadání, u mentální retardace je proces opačný – k rozvoji inteligence odpovídající věku nedochází. Spektrum příčin je různorodé, od genetických vad (Downův syndrom), přes poranění během těhotenství či porodu, infekce v raném věku, metabolické vady až po nedostatek živin. Výskyt bývá kolem 2-3% populace, ale čísla se často liší.
- Jedinec s mentální retardací potřebuje především dobrou péči a specifické výchovné a pedagogické postupy. Když všechno funguje, mnohdy za celý život vůbec nepotřebuje psychiatrickou léčbu, která ani nemůže změnit příčiny stavu. K psychiatrovi mentálně handicapovaný člověk přijde, když se mu vyskytne přidružené duševní onemocnění, které se u mentálně postižených vyskytují stejně jako u zdravých. I mentálně postižený člověk může onemocnět depresí nebo schizofrenií.
- Druhým důvodem, proč bývá osloven psychiatr, jsou poruchy chování, např. agresivita nebo sebepoškozování. Tyto projevy ovšem většinou nastávají, když se mentálně handicapovaný cítí ohrožený, opuštěný nebo když nemá program a nudí se. To všechno psychiatrická léčba řešit neumí a tak může nabídnout jen tlumení popsanych projevů.

F8 Poruchy psychického vývoje

- Už z názvu vyplývá, že tyto poruchy vznikají v dětském a dorostovém věku. Je jich celá dlouhá řada a tak jmenujeme jen některé z nich.
- Patří sem například vývojové poruchy řeči, jazyka, což je narušení schopnost rozumět řeči nebo ji používat. Známé jsou vývojové poruchy školních dovedností – dyslexie, dysortografie či dyskalkulie.
- Skupinu pervazivních vývojových poruch reprezentuje hlavně autismus, který „zpopularizoval“ známý film Rainman. Autisté mohou mít v kombinaci i mentální retardaci, nicméně mnozí mají úžasně rozvinutý určitý druh intelektuálních schopností (paměť, schopnost matematických operací). Bohužel tyto dovednosti nedokáží příliš smysluplně využít, protože mají narušenou schopnost sociálních vztahů. Mírnější podoba autismu se nazývá Aspergerův syndrom.

F9 Poruchy chování a emocí se začátkem v dětství

- Do této kapitoly patří hyperkinetické poruchy, při kterých dochází k narušení soustředěnosti, což vadí při školní docházce a zařazení do kolektivu. Dítě působí jako zlobivé, ale samo si většinou nemůže pomoci, v kolektivu bývá podceňované a nepopulární, čímž pochopitelně trpí.
- Další kategorií jsou tikové poruchy. Tiky se mohou projevit na končetinách, v mimickém svalstvu, ale mohou mít i podobu hlasovou. Mnohočetná tiková porucha, kombinace četných pohybových tiků a hlasových tiků, se nazývá Tourettův syndrom.

- Poruchy sociálních vztahů mohou mít hodně rozličné projevy v chování. některé děti mají problém s navázáním vztahů mimo rodinu, trpí třeba neschopností s cizím člověkem promluvit (mutismus), jsou nadměrně bázlivé.

Kdo by se chtěl dozvědět o duševních chorobách více, může si půjčit či koupit i pro laiky přístupnou učebnici psychiatrie - Klaus Dörner, Ursula Plog: Bláznit je lidské. Grada, 1998. Mezinárodní klasifikaci nemocí – kapitolu o duševních chorobách vydalo v češtině Psychiatrické centrum Praha. Další z jejich zajímavých titulů je třeba Slovník psychiatrických termínů nebo Přehled dějin psychiatrie. Knihy je možné objednat na:

http://www.pcp.lf3.cuni.cz/pcpout/is_knihy_vprodeji.htm

Pokud by Vás zajímaly další informace, zkuste třeba tyto webové stránky:

<http://www.stopstigma.cz>

<http://www.ceskatelevize.cz/program/diagnoza/dusevni-onemocneni/32-schizofrenie/>

<http://www.ceskatelevize.cz/program/diagnoza/dusevni-onemocneni/159-psychoticke-poruchy/>

<http://www.ceskatelevize.cz/program/diagnoza/dusevni-onemocneni/69-deprese/>

<http://www.ceskatelevize.cz/program/diagnoza/dusevni-onemocneni/37-maniodepresivni-psychoza/>

<http://www.ordinace.cz/rubrika/schizofrenie/>

<http://www.vodopad.cz>

Někdy je pro pochopení světa duševně nemocného člověka vhodnější literární příběh než suchá informace. Tady je několik tipů na knihy, které se dají pořídit v knihkupectví nebo přes internetové obchody:

Joanne Greenbergová: Neslibovala jsem ti procházku růžovým sadem. Triton 1998

Zuzana Peterová: Jak jsme se zbláznili. Můj táta Ota Pavel a já. G plus G, 2001

Robert Bly: Železný Jan. Argo, 2005

Andy Behrman: Electroboy. Vzpomínky na mánii. Portál, 2003

Velkou spoustu beletristických knih, ale taky příruček pro nemocné či jejich příbuzné můžete nalézt zde:

<http://www.bibliohelp.cz/knihy/psychicke-problemy>