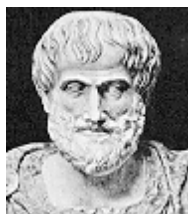


JIŘÍ ADAMEC  
FILOSOFICKÝ SEMINÁŘ  
KATEDRA TEORIE

---



# HALUCINACE

V PSYCHOPATOLOGII A V KAŽDODENNÍM ŽIVOTĚ  
MKN-10 / DSM-5 / ICD-11

*Jiří Adamec*



Brno 2023

# **HALUCINACE**

**V PSYCHOPATOLOGII A V KAŽDODENNÍM ŽIVOTĚ  
MKN-10 / DSM-5 / ICD-11**

*Jiří Adamec*

**Brno 2023**

© Jiří Adamec  
Filosofický seminář – katedra teorie  
IČ 105-48-629/155

Předkládaný text nemá redakční úpravu a korekturní zpracování. Tímto se omlouváme za případné tiskové nedostatky, které mohly uniknout naší pozornosti.

*Naše sny jsou ve skutečnosti  
uvědomované halucinace.  
(Sigm. Freud)*

## **O B S A H**

- Úvod
- 1. Vizualizace a halucinace
- 2. Biogenní základy vzniku schizofrenie
- 3. Poruchy psychických funkcí v poměru ke schizofrenii
- 4. Poruchy vnímání a poruchy sebereflexe u vybrané symptomatologie duševních poruch - kazuistiky
- 5. Halucinace pohledem fundamentální psychoanalýsy
- Další použitá a doporučená literatura

## Ú V O D

Téma psychotických jevů udivuje člověka od nepaměti. Přitom nemusí jít o schizofrenii. To, že člověka často během přirozeného, nepatologického života doprovází zesílené emoce a s nimi rovněž zesílené představy je samozřejmou součástí, a to zejména naší autonomní činnosti, práce schopných nervových buněk, celé CNS. Mozek, řečeno jednoduše, hledá vlastní pochopení a východiska, pakliže se mu nedostává odpovídajícího množství impulsů, z nichž by dokázal vytvářet racionální odpovědi na vzniklé situace. V takovém případě si začne domýšlet vlastní závěry a s nimi spojené obrazové celky i s emočním „vybarvováním“.

V psychopatologii naopak takové emoční vybarvování podporuje například proces, kterému říkáme *anticipační úzkost*. Soustředěná fixace na nepřítomné okolnosti, přibližuje ve strachu z probíhajících událostí detaily doposud neuskutečněných situací. Tyto pochody se mnohdy nesou zvýrazněnou obrazovou koláží nejrůzněji, zpravidla negativně se odvíjejících příběhů, do kterých je vsazován dramatický děj.

Klient trpí vnitřním rozpoležením a to, na samé hranici psychotických sebeklamů (bludy, halucinacemi) a je mu těžko se od nich odpoutat. Strháván jejich naléhavostí, kterou na sebe upozorňují, je potom nucen odolávat jim například i změnou životního stylu, jenž je plný obranných, někdy i ritualizovaných způsobů chování, popřípadě emočně vyhoceným průběhem snů, nebo další doprovodnou symptomatikou, jakou zde nejčastěji bývá deprese, či na druhé straně, psychomotorický neklid. Halucinace v psychopatologii a v každodenním životě mají potom už jen ten rozdíl, že v aktivním sebe utváření, během duševní nemoci, motivují pacienta zpravidla k behaviorálnímu výkonu s viditelnou symptomatikou nepřiléhající k daným okolnostem a v každodenním životě poskytují svému jinak psychicky zdravému majiteli naopak, až příliš prostoru ke snění.

*Jiří Adamec, Brno – léto 2023*





## **§1. VIZUALIZACE A HALUCINACE**

Člověk vnímá a představuje si skutečnost současně. Teprve následně rozpoznává, při plném duševním zdraví, zda je vnímání a vizualizace za jedno se svým zdrojem, jakým je vnější realita a podněty, které mu poskytuje. Člověk, který nikdy neměl možnost zrakem nahlédnout krásu okolního světa, může ještě pohmatem abstrahovat tvary a sluchem dotvářet jeho mnohé projevy, případně tělovými, chuťovými a čichovými počitky, kombinovat všechnu tu další bohatost, která ještě pro vnímání samo zbývá. Přesto se i takové vnímání odehrává pouze v přímé linii od zdroje počitku k jeho smyslovému záchytu, ale nikoli už zpět, neboť místo, odkud vychází je pouze tušením vzdálenosti, velikosti a tvaru, které tak zůstávají poškozenému zraku nadobro ukryty.

Při poškození schopnosti vnímat počitkově nějaký okruh podnětů, dochází u člověka k tomu, že se u něj vytrácí zejména dynamika podprahového vnímání, nebo je tato aktivizace zásadně omezená. Podprahové vnímání je důležité zejména z toho důvodu, že člověku pomáhá vyhodnocovat zažívanou realitu pozorností k podnětům, a to zejména tím způsobem, že například v přírodě potom dochází k celkové podprahové orientaci, která se může projevit i tím, že při bloudění zpětně dokážeme vyhodnocovat logické chyby, kterých jsme se dopustili odklonem od trasy, čímž jsme schopni nacházet směr k opětovnému navázání na cestu, kterou jsme opustili. Veškerá tato aktivita, které říkáme psychické procesy je závislá na pozornosti a vědomí.

Všechny tyto procesy nutně souvisí rovněž s tím, jak jsou do jejich vyhodnocování zahrnovány postupně další části našeho těla: zrychlení nebo zpomalení chůze, nastroženost sluchového analyzátoru, dynamický proces vyhodnocování dalších, aktuálně přicházejících podnětů. Vedle toho všeho se tam také vloudí představa například o nebezpečí, které bývá zveličováno. Může to být třeba

v souvislosti s ozvěnou, když šlápeme na kousek dřeva, které vydá praskající zvuk a ten se několikrát odrazem o velké stromy nese do hlubiny lesa a ztrácí se, což v nás může vyvolat představu o tom, že se zde ukrývá, třeba i nějaké velké zvíře. Stačí pak už jen drobný závan jeleňního trusu a fantasmie se rozjíždí naplno. V pustém lese se to začne hemžit představami o nebezpečí, které číhá za kdejakou větví. A máme-li sebou k tomu ještě malé dítě, strach je o to větší. Projekce nebezpečí se stává stále konkrétnější, i když je vůkol zcela prázdno a ticho.

*Jsme sto pocítovat, vnímat, a dokonce i odpovídat na řadu podnětů, které do naší vědomé pozornosti nikdy nevstupují. (R. J. Sternberg, str. 94)*

Halucinace v takových případech přichází na pořad dne, jakmile je podněťová část stále aktivní, ale chybí možnost přímé konfrontace neboli ověření skutečnosti empirickým způsobem. Kognitivně zaměřené psychologové proto poukazují na fakt, že takový proces, vyvolávající strach z mála informací, či informací, které nelze ověřit, potom spouští celou řadu psychických procesů: kvalitu cíleného úsilí nějak se zachovat, stupeň vědomé pozornosti, užití zdrojů pozornosti, druhy zpracování podnětů i vnitřně utvářených obrazů – nejčastěji neadekvátních představ, potom je to i rychlost jejich zpracování (vyhodnocení), přizpůsobování se změně takového vnímání, popřípadě uvědomění si, že všechn ten kognitivní chaos byl vyvolán jako falešná poplachová zpráva. (Viz tamtéž, str. 95)

Co to, tedy pro naše prvotní zjištění znamená? Halucinace je součástí obranného mechanismu, kterým je neznámá situace přirozeně reflektována jako nebezpečná, což pro případ, že by tomu tak skutečně bylo, umožňuje jedinci se připravit na nutnost toto nebezpečí minimalizovat bojem nebo útekem. Její vzrůst závisí od emoce.

Vizualizace jsou schopnosti, kterými si například dítě nebo dospělý člověk bez větších potíží dokáže samovolně představit třeba i trojúhelník nebo pohybující se těleso. Vyšší formou vizualizace je potom logika, matematika nebo skládání hudby, která je tím, kdo ji zapisuje slyšená ve zcela konkrétním tvaru symfonie.

Tudíž, rozdíl mezi vizualizací a halucinací je: **1.** vizualizace je záměrná schopnost pracovat s představami, jimiž se učíme zvládat, například aplikovanou matematiku, **2.** halucinace je emočně podkreslený obraz měnící vnější skutečnost, na základě samovolného vsazování jeho obsahu do průběhu událostí a vyvolávajícího současně potřebu behaviorální reakce (odpovědi), aniž by tato halucinace vycházela z reálně ověřených podnětových zdrojů, této skutečnosti samé.

Halucinace jsou skutečné, ale se skutečností nemají nic společného. Ve své jisté množině projekcí, kterými si člověk dotváří jinak smyslově často nezachytitelnou realitu, mohou být i pozitivní. V psychopatologické problematice se ovšem halucinace stávají problémem, neboť pacienta omezují ve vnímání reality. Temporální lalok, který je svými centry za tuto halucinaci zodpovědný, zesiluje svoji aktivitu i s jejím vlivem na thalamus a hypothalamus do té míry, až se celého průběhu přestane účastnit vědomá reflexe takových pochodů, čímž obrazový materiál, halucinace, podporovaný silnou emocí, na sebe strhává veškerou pozornost a je s touto emocí přesvědčivým obrazem o vnímané skutečnosti, i když ta je tímto psychickým procesem vlastně falsifikována.

Jak tedy vidíme, vizualizace a halucinace mají jednoho společného jmenovatele a tím je stres. Ve vztahu k vizualizaci jsou známy případy, kdy jedinec sám sebe pod tlakem okolností (stresovými faktory) nutí představit si, jak dosáhnout vzpomínky a srovnání, když například píše test, a stejně tak halucinace samu sebe odbrzdí, jestliže realita neposkytuje ověření podnětů.

Jestliže se člověku nedostává odpovídajících podnětů z vnějšku, má přirozený sklon si realitu nejen domyslet, ale stejně tak i vymyslet. Někdy se takovým sporným vztahem mezi vizualizací a halucinací mohou jevit i některé výroky filosofů. Například Platónův *svět idejí*, Aristotelův *mezihvězdný ether*, andělé a božstva všemožných náboženství, Descartovo „*Cogito ergo sum*“ (*Myslím, tedy jsem*), Husserlův *fenomén*, Heideggerovo *bytí*, Freudovo *nevědomí*, Jungův *archetyp*, a tak dále. Je to pokus trefit se do podstaty, nebo alespoň do fungujícím způsobem objasňujícího momentálního úhlu pohledu nějaké části reality, než-li bude zase v pokračujícím vývoji lidského poznání vyvrácena či nahrazena novým typem vědění. Takto se tedy díváme na velmi široký model rozdílu mezi vizualizací a halucinací. Chce tím být pouze zdůrazněno, že se problém vizualizace a halucinace, volně mezi sebou prostupující, ve skutečnosti stal, například množstvím názorů mezi lidmi, zásadním problémem při vyjasňování vytrvale naléhavých otázek: *Co je realita? a Jakou realitu ve skutečnosti žijeme?*

Nutí se tedy otázka, jak je vůbec možné, že k tak jemným rozdílům může vůbec docházet a proč si příroda s nimi, pro přirozenou ochranu člověka doposud neporadila, a nechala je pro jejich přítomnost v lidské psychice fungovat tak blízko sebe? Na tuto otázku nám může poskytnout dostatečnou odpověď neurobiologie věnující se problematice schizofrenie. Ještě, než se do jejího popisu pustíme, uzavřeme tuto část výkladu neméně důležitým poukazem. Aby byl člověk schopen rozvíjet vlastní vědění formou zvědavosti, musí si klást otázky. Těm zase musí předcházet předvídavost, jejíž součástí je nutkání k obrazům, jež se váží k předešlé zkušenosti. Kombinací (*D. Hume*) všech zkušenostních dojmů vzniká cesta k jejich propojování v racionální úvaze na základě logiky vyvozování: asociačně nebo rozumovým dokazováním. I z vědeckého hlediska, *člověk pouze přeskupuje obrazy.*

## §2. BIOGENNÍ ZÁKLADY VZNIKU A ROZVOJE SCHIZOFRENIE

Začínat tuto kapitolu negativním tvrzením a sice, že schizofrenie a většina psychotických projevů pacientů s těmito poruchami doposud nemají možnost přesného etiologického určení, se může jevit poněkud nešťastným. Bohužel, tomu tak jest. Schizofrenie nemá stále ujednocen názor na svůj biogenní původ. Po psychické stránce už je to o něco lepší. Jsou prostě jedinci, u kterých se psychická zátěž následně projeví rozvojem *halucinací* nebo *bludy*.

I přesto existují samozřejmě výzkumné závěry (*etiopatogenese*), které se snaží o vystižení biogenních markerů, majících na svědomí rozvoj schizofrenie, jako například: *glutamátová* nebo také *dopaminergní* hypotéza (Uhrová, Roth: *Neuropsychiatrie*, Praha 2020, str. 472), popřípadě výsledky výzkumů, uveřejněných také v Rief, Schram: *Psychotherapie – Ein kompetenzorientiertes Lehrbuch*, kde se uvádí rovněž porucha receptorových částí neurotransmise v oblasti *5-HT<sub>2A</sub>* a *5-HT<sub>2C</sub>* (cit. d., München 2021, str. 198).

Kromě uvedených, je to i faktor stresu a predispozice k psychotickým poruchám, pak i hypersensitivita (asociální předeterminovanost – S. Freud) nebo poukazy na dysfunkční vliv kortisolu (tamtéž, Pruessner et al. 2017).

Při zjednodušené klasifikaci vzniku schizofrenie by bylo možné základní popis nastavit asi takto: vědomé se oddělí od zobrazovaného, tedy frontální lalok nekomunikuje s lalokem temporálním. Tímto oddělením se rovněž emoce nestávají přiléhavými na aktuální situace, v nichž se pacient nachází místně a časově, stejně jako reálně, fyzicky. Naopak to, co je temporálním lalokem zobrazováno, získává na vyšší intenzitě důvěry, že jest to skutečné, oproti vědomím zachytávaných impulsů z okolního prostředí, které se pozvolna stává nedůvěryhodné. Důležitou položkou, na níž se odborníci shodují je rovněž

sociální a interpersonální soužití, genetické faktory (rodiče a sourozenci), popřípadě některé faktory konkrétních životních událostí: změna pracovního prostředí, přestěhování na nové bydliště, narození dítěte, kouření marihuany, alkohol a závislosti obecně, také na automatech nebo spouštěči mohou být i přechodné stavy vážnějších průběhů deprese, a tak podobně (viz DSM-5, ICD-11).

U všech jmenovaných faktorů hraje dalšího prostředníka také limbický systém, který je odpovědný za emoční průběh schizofrenie.

*Neuro-farmakoterapie schizofrenie* je dnes považována krátkodobě či dlouhodobě za nutnou součást léčby psychotických poruch. Je to jednak dáno nutností, pomocí ní zkrátit nebo maximálně eliminovat nežádoucí dopady na další, diferenciatně se rozvíjející patologické vlivy (deprese, poruchy učení, poruchy paměti, poruchy sociálního soužití, sebepoškozování, až suiciální sklony, porucha příjmu potravy, poruchy osobnosti, agresivní vystupování vůči lidem ve svém okolí, ztráta zaměstnání, invalidita, stejně jako zájmem působit na celkovou kvalitu života pacienta například psychosociálními rehabilitacemi a jejich programy, stejně jako klasickou psychoterapií (*KBT a projektivními technikami*).

Z historického pohledu stále platí, že schizofrenie je natolik individualizovanou duševní poruchou, kolik je schizofreniků. Sigmund Freud tento názor sám akceptoval a poukazoval na vždy osobitý ráz přístupu k těmto pacientům, u nichž shledával, stejně jako je tomu dnes, množství psychosomaticky doprovodných obtíží (svalové křeče, grimasování, hormonální poruchy, poruchu v oblasti jídla a pitného režimu. V současnosti se věnuje u schizofreniků výzkumná pozornost rovněž enzymaticko-metabolickému zpracování přijímané potravy, a tak dále. To všechno je v první linii dnešních pozorování, kromě toho, že je tu stále nejasný původ impulsů, díky kterým klienti se schizofrenií spouští své programy jednání.

### **§3. PORUCHY PSYCHICKÝCH FUNKCÍ V POMĚRU KE SCHIZOFRENII**

Je nutné zvážit, jaké druhy psychických projevů lze považovat za normální, přijatelné, a které už nikoliv, tedy naopak za patologické, symptomové, diagnostikovatelné tedy odkazující na sám fakt výskytu psychické poruchy? Pokud by mezi oběma stranami existovala přesná hranice, neměla by psychologie v podstatě žádnou práci. Ale taková hranice vskutku neexistuje, a proto je tolik obořových a mezioborových variant možností přístupu jak k popisu, stejně jako i praktickému zvládnutí, při práci s klienty s touto poruchou. A netýká se to samozřejmě jen schizofrenie, stejně tak je na tom zejména problém diagnostiky poruch osobnosti. No, a podíváme-li se na tato témata z pohledu dětské psychiatrie, je hned jasné, že se potom nacházíme ve zvlášť citlivém prostoru hypotéz, které si stejně tak chtějí činit nárok na verifikovatelnost klinickými prostředky určování, co je jakou příčinou patologického chování například dospívajícího jedince.

Diagnostika bludů a halucinací (schizofrenie), musí nutně vycházet z dlouhodobějšího pozorování klienta. Je tomu tak proto, že se jedná o poruchu, která má komplexní obsah. Součástí schizofrenie je spektrum dalších obtíží, které tak tvoří teprve celek, o kterém jako o schizofrenii lze uvažovat a postupně potvrzovat nebo naopak vylučovat, což může být důvodem toho, že se schizoidní pozice ohlašuje pouze náznakem, ale nikoli jejím plným rozvinutím. Schizofrenie vylučuje poruchy vědomí. Ty tak spadají pouze do vyhrazených psychodiagnostických, neuropsychiatrických okruhů, jako jsou například organické duševní poruchy, závislosti a odvykací stavy nebo poruchy příjmu potravy. Naopak kognitivní disfunkce už u schizofrenních diagnos (*schizofrenního spektra*), zaznamenány být mohou. Jedná se o *paměť, myšlení, řeč, exekutivní funkce (něco si plánovat) a regulace emocí nebo stejně tak funkce percepční jako smyslové vnímání.*



Z hlediska poruch myšlení se v průběhu schizofrenie prolínají jak kvalitativní, tak i kvantitativní poruchy. **Kvalitativní** poruchou myšlení u schizofrenie evidujeme zejména neproniknutelnost nebo také rozdíl mezi obrazem myšlení, tedy zejména jeho *předmětem* a nepřiléhavou *emocí*. **Kvantitativní** poruchou myšlení pak označujeme celkový *útlum (bradypsychický projev)*, kdy klient na jinak obecně srozumitelně přicházející podněty potřebuje nepoměrně více času, aby je zařadil do kontextu místa a času, stejně jako v rámci sebereflexe (i tak se to, v tomto případě některých klientům se schizofrenií daří pouze do určitého stupně evidence). Vlastním bludem jako poruchou myšlení je označováno, jestliže je jedinec o obsahu myšlenky přesvědčen natolik, že tomuto bludu opakovaně vyhovuje podléháním konat v jeho kontextu i za cenu ztráty kontaktu s reálnými potřebami v místě a čase. Například, jestliže si, tak zvaně jedinec vezme do hlavy, že je pronásledován tajnými organizacemi, které mu chtějí implantovat odposlouchávací zařízení pod kůži, a on/ona se tomu brání tím, že se doma zabarikáduje s puškou v ruce či dokonce si bere rukojmí (děti, partnery, sousedy).

Jako následné psychotické stavy pak mohou působit *halucinace (smyslové klamy)*. Klient reaguje na hlasy, vize a jiné smyslové vjemy, které z hlediska vnějších a vnitřních (tělových) impulsů reálně neexistují. Jeho chování se však těmito smyslovými klamy řídí. Takže se klient obává něčeho co „vidí“, „slyší“, „vnímá čichem“ nebo *v přesvědčení o skutečném výskytu* „má snahu odstranit z pod kůže“ (vysílačku, hmyz).

Na hraně schizoidních procesů se potom ocitají i některé psychické poruchy, prožívané specifickým etnikem: Japonsko, národy žijící na ostrovech v Tichomoří a jiné (viz moje knížka na téma: *Etno-psychologie*, Brno 2022). Také z tohoto pohledu je tedy zřejmé, že se *bludy* a *halucinace* mění sociokulturními podmínkami života.

#### **§4. PORUCHY VNÍMÁNÍ A PORUCHY SEBEREFLEXE U VYBRANÉ SYMPTOMATOLOGIE PSYCHODIAGNOS**

O *narušení psychického terénu vnitřní sebereflexe* nejčastěji mluvíme tam, kde se pravidelně a v neprospěch kvality života u daného jedince, vyskytují takové jeho znaky, které brání v možnostech spokojeného prožívání každodenních aktivit. Většinou se to týká nutkavého zabírání se myšlenkami s jejich emočním doprovodem, kde vysokou míru této nespokojenosti způsobuje napětí (stres), vázané na úpornost, zabývat se tématy, která znemožňují klidný průběh dne nebo i spánku.

Dalším faktorem v těchto souvislostech je osobní pocit vázanosti k takovým vnitřně (negativně) oživovaným tématům. Je zde na mysli například: *výčitka a pocit viny, urážka, pomluva, pocit osamocení, rovněž smutek nebo truchlení, zrada (nevěra partnera)* a další, podobné podněty, udržující stresovou pozici.

U všech jmenovaných nerovností psychického terénu zpravidla dochází k jejich *emočnímu zabarvení*. To spočívá jednak v intenzitě, kterou má schopnost působit a jejímu fyziologicky doprovázejícímu ovlivnění (*tlak na hrudi, nejistá motorika a svalové napětí, pocit sucha v ústech, obtíže s polykáním, problémy s trávením a vylučováním, oběhové obtíže, nejistá řeč – roztřesený hlas, psychomotorický neklid obecně, a tak dále*). Vždy se tedy u těchto problémů, s nimiž nás klienti seznamují setkáváme s nějakou mírou jejich somatizace.

Kromě výše uvedeného, do celého procesu zvládání daných problematik vstupují i nejrůznější způsoby kompenzací. Ty mají charakter buďto *negativní nebo pozitivní kompenzace*. Negativní kompenzace se vyznačuje trvalým hledáním důvodů, proč dané okolnosti, způsobující stresový režim nelze změnit, pozitivní kompenzace se zaměřují zejména na východiska v konkrétních aktivitách spontánního odbourávání stresu (*sport, koníčky*).

<b>MKN-10 / DSM-5 / ICD-11</b>
--------------------------------



MKN-10 *Organické duševní poruchy* (F00-F09)

DSM-5 *Neurokognitivní poruchy* (826)

ICD-11 *Demence* (6D80.Z – 6D8Z an)

---

MKN-10 *Poruchy ze závislostí na substancích* (F10-F19)

DSM-5 *Poruchy z psychotropních látek* (662)

ICD-11 *Poruchy z psychotropních látek* (6C40.7 an)

---

MKN-10 *Schizofrenie* (F20 – F29)

DSM-5 *Poruchy schizofrenního spektra* (117)

ICD-11 *Schizofrenie a schizotypní poruchy* (6A20.Z an)

---

MKN-10 *Afektivní poruchy* (F30 – F39)

DSM-5 *Depresivní porucha + Bipolární por.* (209 + 167)

ICD-11 *Afektivní poruchy* (6A20.Z an)

---

MKN-10 *Neurotické poruchy* (F40 – F49)

DSM-5 *Úzkostné poruchy* (255)

ICD-11 *Neurotické poruchy* (6B0Z an)

---

MKN-10 *Poruchy somatoformní* (F50 – F59)

DSM-5 *Poruchy se somatickými příznaky* (424)

ICD-11 *Psychické poruchy s těles. příznaky* (6B80.Z an)

---

MKN-10 *Poruchy osobnosti* F60 – F69)

DSM-5 *Poruchy osobnosti* (883)

ICD-11 *Poruchy osobnosti* (6D10.Z; HA6Z; QA15.1 an)

---

MKN-10 *Poruchy mentálního vývoje* (F70 – F79)

DSM-5 *Vývojové poruchy intelektu* (43...)

ICD-11 *Poruchy inteligence* (6A00.0 an)

---

MKN-10 *Poruchy školních dovedností* (F80 – F89)

DSM-5 *Vývojové poruchy učení a řeči* (52...)

ICD-11 *Vývojové poruchy* (6A0Z an)

---

MKN-10 *Poruchy se začátkem v dětství* (F90 – F98)

DSM-5 *Emoční poruchy se začátkem v dětství* (77...)

ICD-11 *Emoč. por. se zač. v dětst. a dospív.* (6A05.Z an)



Organické duševní poruchy jsou většinou známé pod označením demence, Alzheimerismus nebo Parkinsonismus, které provází ztráta novopaměti, emoční oploštělost, celková desorganizace denních aktivit a snižující se kognitivní funkce, schopnost něco si plánovat (exekutivní funkce), stejně jako náladovost, depresivní stavy či psychomotorický neklid, ztráta kontroly impulsů vedoucí až do úrovně agresivity, a tak dále. Progredující vývoj je fatálně nezvratný. Jedinci s touto diagnózou často považují obrazy vzpomínek z dávné minulosti svého osobního života mnohdy za natolik živé, že jim přisuzují přítomný stav existence, což znamená, že se mají tendenci také podle nich chovat. Halucinózy a nevyvratná přesvědčení, bludy, jsou tak mnohdy podněty ke změně nálad, změně postojů k lidem ve svém okolí, změnám vnímání sebe samých.

**Klientka – 79 let**, v druhé fázi rozvoje Alzheimerismu utíká opakovaně z domova na nádraží, pod tlakem vnitřního přesvědčení (bludu), že pojedou navštívit svoji kamarádku ze školky. Svůj stav dále doprovází tvrzením, že spolu mluvily (hlasová halucinace), a na schůzce se obě dohodly. Kamarádka je však již deset let po smrti.

**Klient – 83 let**, v první fázi Parkinsonismu vytrvale vyhledává v mapách místa, kde údajně byl. Postupem času (asi během šesti měsíců), se jeho duševní stav nápadně zhoršuje, když u snídani vyčítavě žádá své okolí, aby s ním už na některá místa nechodili (sny přenášené do bdělého stavu jako halucinózy), a při té příležitosti mapy s inkriminovaným místem roztrhá.

**Klientka – 57 let**, v rané fázi pre-senilního Alzheimerismu opakovaně ve skříni přeskládává osobní věci manžela, neboť stále očekává jeho návrat ze zaměstnání. Manžel klientky je již 4 roky po smrti.

Všechny uvedené příběhy ilustrují, jak se má snahu lidská psychika domáhat návratu k původním životním významům, což je samo o sobě zajímavé téma oboru.

Poruchy vázané na závislost mají naopak svá vlastní specifika. Většina psychotropních látek je totiž přijímána právě proto, že díky jejich vlivu dochází ke změnám vědomí a vědomím zachytávané reality. Jsou zde dvě základní kritéria a jejich dodatky: **1.** bludy a halucinace vyvolané vlastní toxicitou a **2.** bludy a halucinace vyvolávané během odvykacího stavu; k těm je však nutné ještě přiřadit psychické obtíže pocházející z diferenciální diagnostiky, které klientům se závislostí celou záležitost (např. léčbu) komplikují, a tím jsou zejména: *deprese, obsedantně kompulsivní sklon nebo panické ataky, popřípadě disociační porucha*. Všechny uvedené problematiky jsou vždy, ve spojení se závislostí a toxicitou, dobrými kandidáty na rozvoj bludu a halucinace nebo jejich výskyt v jinak zárodečné podobě odbrzdí a průběhově mnohdy jen dočasně, a se spontánním vymizením, zesilují. Samozřejmě, že u zejm. predisponovaného jedince ke schizofrenii obecně, závislost a toxicita tuto nemoc nakonec učiní hlavním tématem, veškeré další psychologicko-psychiatrické intervence. Samozřejmě, že s postupným snižováním toxicity a zvládnutím odvykacího stavu u klienta vliv bludů a halucinací slábne, až se nakonec vytratí docela.

Během působení toxicity nebo odvykacího stavu a s nimi spojenými vlivy, pocházejícími z diferenciální diagnostiky jsou bludy a halucinace klientů často odpovídající obrazům a sebeobrazům, majících přímý vliv vycházející z jejich založených konfliktů. Naprostá většina závislých je totiž závislých *kompensačně*.

**Klientka – 38 let**, se od svých sedmnácti let potýká s alkoholismem. Ztráta rodičů při autonehodě z ní udělala sirotka. Prarodiče se starali pouze formálně. Klientka žila utkvělou představou, že zapíjením žalu s rodiči komunikuje. „Slyší“ jejich hlasy a projektuje si ve vědomí jejich podobizny, právě v čase toxicity. Její sebeobraz je vystavěn na představě, že „bude krásná“ jako její matka.

Schizofrenie zde představuje základní osu našeho tématu. Vzhledem i k odborné nejednotnosti pohledu na etiologii, neurobiologii a neurofysiologii, molekulární genetiku a neurohormonální podmíněnosti vzniku této duševní poruchy, poskytuje potom, jako ostatně v mnoha jiných podobných případech, dané téma prostor ke spekulativnímu popisu. Ten spočívá v tom, že se ke schizofrenii váží nejrůznější, a to právě: *literaturou, dramaturgií či filmem, přežívající předsudky*. Faktem ovšem jest, že se schizofrenik nejčastěji ocitá v pozici jedince, pociťujícího osamocení, strach, zoufalství z neosobních prožitků a všelijak se na něj vážící pozornost, jako na člověka bez důveryhodnosti, podivína, blázna. Většina klientů *po odeznění psychotické vlny*, má totiž schopnost zpětného náhledu na její přítomnost ve vlastním psychickém životě. Tento moment bývá nejčastěji velmi skličující. Klient se bojí sám sebe nebo se okolí vyptává, zda někomu v psychotické fázi neublížil či jinak neuškodil. Nemožnost, mít psychózu pod kontrolou, klienty často vede až na sám okraj, k existenciálním otázkám, zda má, za těchto okolností ještě vůbec smysl žít, případně k realizovaným suicidálním pokusům popřípadě až dokonané sebevraždě.

**Klient – 26 let**, po návratu ze dvou vojenských misí prochází bludnou fází potřeby návratu z důvodu ochrany dětí ve vesnici, která byla nepřitelem srovnána se zemí. Občasné sluchové halucinace (doléhání zvuku hrajících si dětí a následná střelba, které však osobně nebyl přítomen) postupně sílí a udržují jej v pozornosti právě k onomu přesvědčení o důležitosti svého návratu. Po zalékování bludy a halucinace slábnou. Zůstává pouze pociťový fragment potřeby být platný tam, kde je nebezpečí, že by bylo ubližováno dětem. Klient vlastní rodinu, ani partnerku neměl. Jeho psychický stav si ovšem vyžádal svoji daň v podobě doživotní invalidity. Tyto *obrazy* doprovázené *hlasovými halucinacemi*, fragmentárně trvaly.

Afektivní poruchy (deprese), představují patrně nejrozšířenější psychologicko psychiatrickou problematiku. Také psychofarmakologie a statistické tabulky evidující příjem chemicky připravovaných substrátů zaznamenává trvale značný nárůst a jeho zvyšující se trend, stran pobíraných léků v populaci. I přes zneklidňující upozorňování na škodlivost, která může být ohrožující stran budoucích generací, tento trend neklesá, spíše naopak. Vše je podmíněno psychologicko psychiatrickou dostupností preventivní a primární, jakož i sekundární a další péče ve společnosti. Odborníků je trvale nedostatek. Jen u nás, trvá několik měsíců v průměru, než se klient i s vážnějšími obtížemi poruch nálady dostane do kontaktu s psychologem. A také o průběžně přetrvávajícím problému mezi placenou a neplacenou službou, tohoto druhu, by se daly vést dalekosáhlé polemiky. Ať tedy jakkoli, náročnost každodenního života vede nemálo jednotlivců do situací, kdy podléhají jejich emočním tlakům, což u nich způsobuje subjektivně nabývané pocity marnosti, rozšiřující se na celou oblast osobnostních kvalit. Vztahy k sobě a druhým lidem, k vlastním dětem, partnerům, k práci, také k životním perspektivám, jakož i mnohé další potřeby, to všechno dnes představuje nejčastěji základní komplex multifaktorového ovlivnění nálad s pocitem marnosti a bezvýchodiskovosti.

**Klientka – 45 let** (dvě děti, synové), mající ve vlastní, primární rodině neutěšené vztahy se sestrami a vlastní matkou, zažívá doma nevyjasněný vztah s manželem, který je jí nevěrný, o čemž klientka otevřeně ví a manžel se přiznává. Přesto spolu zůstávají i v takto nevýhodné pozici soužití. Klientka žije představou, že: *se to musí přeci jednou zlepšit*. Její výkyvy nálady a přecitlivělost s návaly plačtivosti, se dostávají nyní už denně. Po základním náslechu je klientka i tak přesvědčená, že změna může přijít pouze tehdy, až se: *k ní manžel opět vrátí*. *Infantilní obraz původní sebelítosti*, přetrvává.



Neurotické poruchy s poruchami afektivními představují další nejpočetnější skupinu současně se vyskytujících psychických obtíží. Oproti výše uvedeným depresím a z nich se odvíjející duševní problémy, neurózy nejčastěji zahrnují: *fobie, obsedantně-kompulsivní poruchy a, panické ataky*. Jsou to původně klasickou psychoanalýsou definované diagnózy, vycházející zejména z interpretace *chybných úkonů, snů a symptomového jednání*, spadajících také pod společný název jako hysterie (v současnosti: *histriónství*). Právě u neuroticky podmíněných psychických poruch jsou zřetelné obrazy vycházející z nevědomí (Freud, Jung). Těm klasická psychoanalýza věnuje prvořadou pozornost. Tematicky, byly tyto obrazy z nevědomí nejšířěji rozpracovány v tak zvané *archetypové psychologii* C. G. Junga. Freud zjišťoval, že obrazy z nevědomí, jako denní sny (druh halucinací) snící přenáší do každodenního života a ovlivňuje jimi dva aspekty: *nálady (prožitky) a chování*. Jung zase v elementárních, rodově a sociálně přenášených fragmentech nejstarších symbolů například: *matky, otce, dítěte* atd., spatřoval původní vlivy, podílející se na utváření jedince (*individuace, jako nositel osobního nevědomí*) a společnosti (*kolektivní nevědomí*).

**Klient – 41 let** prochází obdobím rozvodu z bezdětného manželství. Na tom, že nebudou mít s partnerkou potomky se společně, před svatbou, dohodli. Po šesti letech soužití klient přeci jen po dětech zatoužil. Jeho partnerka se ovšem dál této myšlence zdráhala. Na jejich vzájemném respektu a zamilovanosti, to však nic neměnilo. Žádost o rozvod podal klient. Utkvělost představy, že bude otcem, zesilovala vzpomínka na jeho vlastního otce, který se ke klientovy choval značně fysicky trestajícím způsobem. Vlastní touha, mít dítě, byla ve skutečnosti pro klienta druhem kompenzace, dokázat otci, že bude lepší ve svých přístupech k dítěti, než-li byl, on k němu. Původní dohoda, plynula z opačné pozice.

Poruchy somatoformní dnes značně narůstají a jsou kombinací psychických a tělesných poruch. Nejde přitom jen o obtíže, které by vyplývaly ze, zhoršení životního stylu, ale stejně tak o problémy, které se týkají značně snížené tolerance na psychickou zátěž v souvislostech, které člověk dříve, bez problémů prostě zvládal. Tato skupina zahrnuje *poruchy příjmu potravy (PPP), poruchy spánku a sexuální disfunkce*. Značně se na těchto psychických obtížích podílí zejména jejich somatizační doprovod: *ztráta energie, ztráta váhy nebo naopak nadváha, vedoucí až do komplikací spojených s hormonálními disfunkcemi, problémy s dýcháním a oběhové komplikace, obtíže s trávením a vylučováním, svalová ochablost nebo nepřiměřené napětí, potíže v oblasti reprodukce nebo prožívání intimního (sexuálního) uspokojení*. Není žádnou výjimkou, že se všechny obtíže u jednoho klienta projeví současně. Takto nastavený, multifaktorový scénář komplikací s sebou potom nese vyšší riziko, že některá z uvedených oblastí bude mít tendenci následně, i po jinak úspěšné léčbě, trvale v jakémisi fragmentárním náznaku přetrvávat (cyklicky, sezónně, situ-ačně), tedy při vzrůstu psychického napětí z aktuálně prožívaných událostí v každodenním životě klienta a ve skutečnosti tak chronisovat, dalším průběhem jeho života.

**Klientka – 24 let** s poruchou příjmu potravy, je v péči psychiatrů od svých 21 let. Matka, která se s jejím otcem rozvedla, komentuje celou záležitost slovy o jeho neschopnosti se o rodinu postarat. Sama je alkoholičkou, která si domů občas vodí „partnery“. Dcera jí vyčítá, že otce ve skutečnosti vyhnala, protože je marnivá v utrácení peněz a rozvolněném životním stylu a otec je naopak spořádaným člověkem, který jí správně její poklesky vyčítal. První dva partnery klientka po několika měsících společného soužití ze svého života vyloučila, neboť ani jeden z nich nesplňoval hodnoty, podobné jejímu otci.

Poruchy osobnosti jsou specifické svojí sociální vyhraněností. Jejich diskutabilnost se mění s každou kulturou, neboť na sebe strhávají pozornost ze strany akceptujících a neakceptujících hodnot, zejména v meziosobním a společenském soužití. U poruch osobnosti se rovněž zřetelně často setkáváme s kriminogenním chováním. Muži v této kategorii psychických poruch procentuálně převažují. Žen je sice méně, ale i tyto poměry se nemusí vždy zakládat na pravdě, neboť u žen porucha osobnosti mnohdy představuje latentní formu, této diagnózy. U poruch osobnosti se vžilo označení: *psychopat*. Je to člověk se značně nejasnými záměry pro své okolí, ale zcela čitelnými pro sebe sama. Převažují: *egoismus, povrchnost nebo také promiskuita, nespolehlivost v domluvách, podrážděnost a vyčítavost, rovněž tak i neschopnost přijmout kritiku své osoby, potom je to i lhaní, přikrášlování v řeči sebe sama, a tak dále*. Diagnostickými kategoriemi jsou: *paranoidní porucha osobnosti, poruchy impulsivity (například pyromanie, kleptomanie), emulační (žárlivecké) bludy nebo také poruchy sexuálních preferencí (pedofilie, sado-masochismus)* a jiné.

**Klient – 31 let** s diagnostikovanou poruchou osobnosti prošel již dvěma výkony trestu za drobné krádeže, psychoterapiemi v kruhu odsouzených před propuštěním a nyní dochází na pracoviště s psychosociální rehabilitací. Vyrůstal ve značně početné rodině (pět sourozenců) a byl posledním z jejich řady. Dětství zažíval s výrazným přehlížením od všech doma, nikdo na něj neměl čas. *Uzavřel se do sebeobrazu, který spočíval v představách o vlastní výjimečnosti. Zpočátku to byli pohádkoví hrdinové, později slavné osobnosti. Od 14 let nabyl přesvědčení, že hrdinou se stává člověk tím, že na sebe poutá pozornost nějakou zvláštností. Nechal si potetovat celou pravou ruku, které říkal „ruka zákona“. Mezi vrstevníky se chlubil tím, co kde ukradl a seznámil se s podsvětím. První úkol, vykrást obchod zvládl, a byl odsouzen na 2 r.*

Poruchy mentálního vývoje (PMV) nebo také poruchy intelektu či nejstarší označení jako *mentální retardace*. Toto posledně jmenované se pro svoji nadužívanost v hovorových jazycích stalo natolik pejorativním, že se mu dnes odborná veřejnost, už většinou vyhýbá. Zpravidla se rozlišují čtyři stupně: **1.** lehká PMV, **2.** střední PMV, **3.** těžká PMV a **4.** hluboká PMV. Měří se IQ v rozmezí 69 až 20 bodů. Dále, IQ mezi 108-70 bodů se považuje za *stupně inteligenční sub-normy*, opět ve vlastním režimu osobnostních projevů. Screeningy a klinické testy jsou dostupné pouze odborníkům a většinou se posuzovacích výsledků měření účastní dva až tři kliničtí pracovníci. Některé druhy lehčích forem PMV v sub-normě, dovolují svým klientům běžný každodenní život jen s minimální, i když nutnou podporou, jindy, při střední a těžké formě se jedná již o trvalou domácí nebo také ústavní péči. Všechny PMV zpravidla doprovází nějaký somatický problém, zejména, je-li PMV způsobována vrozenými syndromy (*Downův, Wilsonův aj.*) popřípadě, je-li jejich spouštěčem prenatálně nezvládnutý vývoj způsobený nedbalostí matky. Výjimečně se na takové situaci může podílet rovněž komplikovaný průběh porodu.

**Klientka – 26 let** s Downovým syndromem má zřetelnou poruchu mentálního vývoje v úrovni kolem 60 IQ. Její mentální věk se zastavil na jinak biologicky rozvinuté úrovni kolem čtrnácti let. V kontaktu s rodiči a vrstevníky kooperuje výborně. Stálost prostředí a laskavý přístup lidí v jejím okolí, klientce poskytuje bezpečí, oporu, jistotu, zázemí. Její specifikou je výrazná senzitivita, kterou v sobě po každém zážitku delší dobu uchovává. Píše na počítači *nejrůznější texty*, kterým říká romány a její utkvělou představou je, že bude slavnou spisovatelkou. Velmi ji oslovují tlusté knihy. Jsou to pro ni ty nejlepší dárky. Ráda se věnuje prohlížení knížek v obchodech. Chová se k nim, až s náboženskou úctou. Často si představuje, jak si lidé čtou její román a povídají si o něm.

Vývojové poruchy učení představují trvale diskutované obtíže, zahrnující ony klasické poruchy zpravidla jen dočasného rázu, jakými jsou: *řeč, psaní, čtení, počítání*, stejně jako pozitivní či negativní přístup k otázkám hyperaktivity ve spojení s výše uvedeným, známým také jako ADHD. Je třeba si uvědomit, že pohled na tento problém bývá trojí: **1.** *primární přístup z pohledu odborníka (psychologa, psychiatra, speciálního pedagoga), který hodnotí míru poruchy vzhledem k biologickému a mentálnímu vývoji dítěte, 2.*  *přístup, který nahlíží rodič z pohledu zátěže, kterou v každodenním zvládnutí výchovných přístupů musí uskutečňovat a čelit jim fyzicky i duševně a 3.*  *zástupce instituce, například školy, který na daný problém jedince nahlíží jako na problém, který bude zbrzdňovat výuku nebo negativně ovlivňovat komunikaci mezi žáky, když se hyperaktivita bude mít u daného jedince tendenci projevit nevhodným chováním ve třídě nebo na výletě.*

**Klient - 8 let** je již dva roky v kontaktu se speciálním pedagogem a asistentem pedagoga v rámci pravidelné docházky, nyní již do druhé třídy. Jeho velkým snem je, být závodníkem na motorkách. Této své představě, jako *sebeobrazu* budoucnosti, věnuje v podstatě veškerou myslitelnou pozornost. Zanedbávání školních povinností je u něj patrné od prvních dnů, kdy do školy nastoupil. Rodiče jen s největším vypětím hledají pro syna optimální cesty k tomu, aby se učení v rámci daných požadavků věnoval. Všechny předměty, až na matematiku jsou pro něj malým utrpením. Když zjistil, že za dobré výsledky, ale hlavně zájem učit se může dostávat drobné odměny ve formě něčeho, co se týkalo motorek (obrázky, knížky aj.), začal své okolí ve skutečnosti manipulativně vydírat. Postupně bylo zapotřebí u syna přistoupit k doplnění o etopsychologickou rehabilitaci, která pozvolna jeho sebeobraz měnila v optimálnější altruismus, pomocí kterého začínal lépe spolupracovat.

Psychické poruchy se začátkem v dětství nebo v dospívání, přetrvávající do dospělosti, mají celou řadu variant a specificky symptomových projevů. Jsou to například: *opoziční vzdor, separační úzkostná porucha, porucha sourozenecké rivality, elektivní mutismus (zamlklost v určitých neurotismus podporujících, opakujících se situacích), tiková porucha, Tourettův syndrom - vokální a pohybová nekoordinovanost*, dále pak *neorganická noční enuréza nebo enkopréza, koktavost a zadržávání v řeči*. Výčet zde není vyčerpávající, ale dostatečně vypovídající o obsahu poslední z diagnostických jednotek. Nutno doložit, že každá kategorie výše uvedených psychodiagnos obsahuje rovněž vždy závěrečnou položku s nadpisem: *nespecifikovaná psychická porucha*. Možnostmi terapeutického ovlivňování je, v těchto diagnosách, především klasická psychoanalýza a její moderní varianty tzv. *hlubinné terapie*. *Založený konflikt* se usazuje na některé ze symptomových položek a dosahuje tak změn psychiky zejména v úrovni sebereflexe (*symptom duševní nemoci jako kompenzace strachu nebo úzkost*). Nejtěžší je vždy správně klientovi nastavit možnost zahlédnutí, onoho založeného konfliktu, jeho přijetí a emoční zpracování.

**Klientka – 29 let** se od úmrtí pětiletého syna své starší sestry stále nemůže zbavit pocitu viny. Došlo mezi ní a sestrou k prudké slovní hádce na dětském hřišti, když předávala hlídané dítě matce. Do, asi dvou hodin poté, se dozvěděla, že oba byli srazeni autem na přechodu. Chlapec nehodu nepřežil, sestra ano. Klientce je opakovaně sestrou sdělováno, že za to nemůže. Klientka však dál žije nutkavostí k celému průběhu daného odpoledne se i po šestnácti letech vracet a stále znovu probírat detaily situace. K její nutkavosti s ruminací myšlenek, se v počátku přidávají dva další aspekty: *tiková porucha* v rameni levé paže a *elektivní mutismus*. Léky a terapie, vždy na chvíli klientce uleví, ale po čase se její psychický stav vrací opět, do symptomové fáze *PTSP*.

## §5. HALUCINACE POHLEDEM FUNDAMENTÁLNÍ PSYCHOANALÝSY

Každá duševní porucha je výsledkem souboru vnitřních obrazů, vážících se na založený konflikt a jeho obrazy vystupující z nevědomí. Jejich doplňkem jsou tak zvané krycí vzpomínky, jako výsledek obranného mechanismu, nezvědomovat, tyto obrazy, v jejich plném obsahu, ale pouze v takovém tvaru (nebo fragmentech), který je pro svého nositele bezpečný z hlediska nutnosti, i přes jejich působení alespoň nějak dostačujícím způsobem fungovat v každodenním životě a obstát v jinak praktických podmínkách reality. Myšlení má několik stupňů, úrovní, na kterých se odehrává to, co je ve výsledku charakteristické tím, jak člověk poznatky analyzuje, syntetisuje, asociačně prokombinovává, indukuje, dedukčně dopracovává, kategorizuje a v neposlední řadě také zobrazuje. Je to jen hrubý náčrt jedné z částí kognitivního procesu, který probíhá kontextuálně. Řekněme, že ve zdravém vědomí, všechny tyto položky řídící myšlení člověka samoregulujícím způsobem zpracovávají jeho poznatky a na úrovni vědomé kombinace dojmů, předkládají jako zkušenost, z níž selektivním způsobem vybírá nejvhodnější varianty k adaptačním potřebám zvládaným v konkrétních situacích.

Do celé problematiky ovšem vstupují další, psychoanalýsou odhalované procesy jako jsou: *vědomí, nevědomí, Já, Nad-Já, Ono, sen, prožitek, vzpomínka a založený konflikt, libido, destruktivní pud, obranný mechanismus, oidipický komplex a další.*

Každá, psychoanalýsou (*Sigmundem Freudem*) výše uvedená kategorie, splňuje základní podmínku své existence, a to, že je nositelkou nějaké části obrazu světa našeho okolí, stejně jako je nositelem našeho sebeobrazu. V tomto ohledu, se před námi otevírá nové, široce rozvětvené téma, navazující na předešlá pojednání, kterými jsme doposud prošli.

**Vědomí** samo o sobě, aby člověku ve své *vigilní* a *lucidní* formě sloužilo, nevystačí pouze s evidencí toho, co je kolem něj v místě a čase, ale nutně toto vše váže a poměřuje se sebou samým, na úrovni tak zvané sebe-reflexe. Teprve v tomto uzavřeném kruhu vnímaných forem je vědomí člověka plně angažované pro zvládnutí přítomnosti. Dále do ní, tímto uvědomováním si sebe sama, svého těla a svých vzpomínek promítá rovněž uvědomování si citových (emočních) „barev“, jimž přisuzuje význam zejména z těch pramenů, které jsou na zobrazované vzpomínky osobní zkušenosti se světem úzce navázány, popřípadě jsou, tyto vzpomínky ukryty obranným mechanismem tomuto zvědomování a jednání člověka se stává pouze intuitivně emočním, a to buď ještě v dostačující přijatelné normě nebo patologii (vnitřní neklid, symptomové jednání).

**Nevědomí**, jeden z nejsložitějších pojmů a kategorií psychoanalýzy, udržuje neřešené konflikty a podvědomé procesy ve vlastním prostoru jako nutkavé obrazy, které se mají tendenci dynamicky prosazovat a do vědomí ovšem prostupují nikoliv jako celky, ale jako fragmenty, části, náznaky, popřípadě jako *obrazy tušení*.

**Já, Nad-Já, Ono** jsou označení pro základní strukturu popisu osobnosti člověka. *Jáský princip* se demonstruje vztahem k sobě samému a svůj obraz čerpá pouze z toho, co si člověk o sobě myslí. Zpravidla tu jde o ego a jeho význam v životních souvislostech, opět v normě (zdravé Já) nebo patologii (Já na úrovni poruchy osobnosti). *Nad-Já* tvoří obraz morálky, zákazů, nepřestupování hranic, tabuizovaných hodnot, svědomí. *Ono* se prosazuje jako protiobraz morálky. Je to rozvolněnost, neakceptovatelnost zákazů, jejich porušování v sebezdůvodňujících postojích, i na úkor špatných následků.

**Sen** je nejvlastnějším zobrazovacím mechanismem založených konfliktů. Ukazuje nejčastěji na skrytá přání nebo úzkosti a emočně dopracovává jejich naléhavost.



**Libido** jako slast a sexuální pud v člověku utváří obraz, který se má tendenci vřazovat do objektu lásky nebo do objektu nenávisi. Také zde, podle obsahu tohoto obrazu člověk jedná a vystupuje jako konkrétně směřovaný jedinec.

**Destruktivní pud** je, dále obrazem ničení a sebezničování. V něm jsou ukryty temné síly, mající potřebu vyrovnávat se s dřívější neakceptací ze strany okolí, jako založeným konfliktem. Destruktivní pud je „příležitostí“ *jak brát věci do vlastních rukou* a popřípadě také „vyníkat“ prostřednictvím záporných postojů a chování.

**Obranný mechanismus** člověku poskytuje své dvě úrovně: jednak je to jeho podvědomá část, kdy se za bdělého stavu udržuje v kontaktu s realitou vytěsňováním obrazů, prosazujících se z pramene původního traumatu (založeného konfliktu) a za druhé, jeho vědomá část, kdy si jedinec uvědomuje nebezpečně blízkou přítomnost obrazů nebo jejich fragmentů, přicházejících z nevědomí a je proto nucen se jejich prozrazení vyhnout ochranným opatřením (dělá něco jiného, než situace vyžadují, provádí řadu chybných úkonů, je nervózní, somatizuje). Všechny tyto úhybné manévry jej mají odvrátit od katastrofy – setkání se sebou samým, s tímto nevývratně přítomným původem traumatu, který však nebyl doposud adekvátně, emočně zpracován.

**Oidipský komplex** je pojem, kterým Freud označuje celou řadu rodičovských obrazů. Následuje po sérii autoeroticky zvládaných impulsech: *orální, anální, falický*. Vnitřní obrazy z těchto zdrojů nakonec vyústí v oidipský komplex, který poprvé v člověku intelektualizuje rozdíl pohlaví a výběr sexuálního partnera v rámci přirozených podmínek pohlavního života: chlapci milují své matky, nenávidí otce; děvčata milují otce a nenávidí matky. I při ostrém rozlišení, které zde bylo použito je nutné zdůraznit, že tyto obrazy se za normálních okolností mění a láska dítěte k rodičům se dále ustaluje a vyvíjí pozitivně.

Vrozené a získané poruchy myšlení neustále představují pro současnou neuropsychiatrii velkou výzvu v souvislosti se základním a aplikovaným výzkumem. Abychom však hovořili srozumitelně, tak mezi poruchami myšlení a poruchami intelektu existuje samozřejmě podstatný rozdíl. Poruchami myšlení máme na mysli takové projevy, které se mohou vyskytovat pouze v jednotlivých, izolovaných situacích (zabíhavé myšlení, alogie vyvolaná stresem atp.); kdežto porucha intelektu představuje kontinuální postižení, zahrnující například poruchu vnímavosti rozdílů potřeb, snížení schopnosti učit se a pamatovat si, dále orientovat se v mezilidských vztazích, hůře nebo vůbec nerozpoznávat vhodnost chování v sociálních situacích atd., což je nejznáměji interpretováno jako inteligenční subnorma, měřená IQ testy.

Existuje však ještě jedna oblast poruch intelektu, a tou je ta, která je z hlediska psychiatrie v podstatě bez možnosti klinického nálezu, jako jsou nejrůznější, byť trvale se vyskytující chyby v meziosobním a společenském chování, chronicky obtížně nebo opět vůbec nezvladatelné projevy chování, které nadobro znemožňují klidné meziosobní, tedy interpersonální nebo společenské soužití, odpovídající kulturním zvyklostem.

Pravidelně se setkávám s klienty, u kterých vývojové poruchy intelektu zahrnují dvě kategorie obtíží, *vrozené* a *získané*, vlivem změny osobnostního profilu, vyvolaného chronicky působícím tlakem životních okolností. V tomto ohledu se často jedná o povahový rys, který se vyvinul jako *opozičně-kompenzační položka* na takové životní události, od kterých klient nedokáže upustit, neboť se domnívá, že na ně má právo, vzhledem k pocitům zklamání, pocitům viny atd. Jsou to v podstatě do obrazu sebe sama pronikající založené konflikty, jejichž význam, dále vzrůstá s každým momentem přživovaných fragmentů, přicházejících z nezvladatelných životních událostí, tvořících zpravidla bludný kruh neúčinných úniků z

takto nastaveného životního stylu. V současné době je právě toto přiživování negativismu velmi citelné.

Vrozené vývojové poruchy intelektu dnes zahrnují téměř tři sta geneticky nebo environmentálně podmíněných poruch, kde ke slovu přichází molekulární genetika, laboratorní a celá řada biochemických vyšetření a screeningů, jejichž problémem je předně často jen malá léčebná účinnost, neboť se jedná o taková poškození, která mají neuropatologický základ vycházející z prenatálního, natálního či raně postnatálního období s nezvratnou neurovývojovou abnormalitou poškození.

V obou případech jsme se zde pokusili zabývat dopadem těchto problémů na meziosobní a společenskou komunikaci, abychom lépe porozuměli dané problematice, a při kontaktní práci s klientem tak mohli optimalisovat nástrahy, které se tady oboustranně, pro vlastní psychoedukační výkon, ukrývají.

Pokud bychom použili zcela srozumitelný rámec úhlu pohledu, tak lze jednoznačně říci, že vývojová neuropatie vzniká všude tam, kde se v rámci vývojové neuroanatomie, můžeme setkat s takovými odchylkami, které z tohoto hlediska potom zdravé vývojové neuroanatomii už neodpovídají: *časem vývoje, lokalizací místa, poškozením neuronů a jiných částí mozku, popřípadě komunikační disfunkcí směrem k jiným orgánům lidského těla, kterým CNS udává základní řídicí impulsy*. V tomto ohledu můžeme jít ovšem i nepoměrně dál, až do geneticky podmíněných souvislostí, vázaných také na morfologii CNS, tedy samu podstatu její buněčné struktury, mající potom přímý vliv na celkově výsledný vnější „obraz“ orgánů jakož i jejich vnitřní uspořádání. Tudíž, neuropatie potom zahrnuje: **1.** neurovývojové, anatomické anomálie, **2.** poškození funkčnosti dílčích nervů nebo jejich skupin, **3.** dočasnou nebo trvalou ztrátu psychických funkcí, zapříčiněná přímou návazností na předešlá dvě uvedená poškození.

Kromě uvedeného existují rovněž anomálie, které nejsou žádnou současnou laboratorní, ani jinou diagnostickou technikou zjištěitelné, a přesto existují jako zjevné poškození některé části CNS (geneticky podmíněné syndromy s pozdním nástupem).



Poukázali jsme tedy, předloženým textem na to, že to, co člověku dělá patrně největší starosti, jsou obrazy z nevědomí. Člověk je trvale na předělu mezi obrazem skutečnosti a skutečností samou. Člověk mnohdy tyto obrazy o skutečnosti nemá plně pod kontrolou, což už lze označit za druh halucinósy. Důkazem toho je, kolik zobrazovacích způsobů již ve své historii použil, aby se s danou realitou, vpravdě také lépe vyrovnal.

Vůbec jedna z prvních potřeb a schopností, vytvořit si dostatečně srozumitelný poměr mezi realitou a jejím obrazem je patrná u dětí, které tak rády kreslí. Je to nutná sebeprojekce, v níž dítě srovnává krok s tím, co působí na jeho smyslové orgány a tím, jak toto působení zpracovává například prostorově, ale také ve vztahu k sobě samému, nebo i emočně. Jde vlastně o jeden z nejstarších a geneticky přenášený fenomén adaptace člověka na skutečnost samu. A nejsou to u dítěte pouze tyto kresby. Je, v to zapotřebí započítat rovněž klasickou hru: *na něco, na někoho*.

Každé „zobrazování“ je rovněž výsledkem intelektu, jeho schopnosti kombinovat dojmy, zážitky. Jednostrannost představ tvoří základ halucinacím, tedy smyslovým klamům, které se vymkly kontrole a je zapotřebí jim věnovat potřebnou psychologicko-psychiatrickou péči. A jak jsme měli možnost v tomto pojednání nahlédnout, v podstatě *každý jedinec s duševní poruchou žije nějakou specifickou stránkou svého problému na úrovni jejího obrazu*, tedy na okraji takového zpracování, které hraničí s halucinačním základem projekce.

### **Další použitá a doporučená literatura:**

1. Disse, *Heilpraktiker für Psychotherapie.*
2. Dušek, *Diagnostika a terapie duševních poruch.*
3. Freud, *Přednášky k úvodu do psychoanalýsy.*
4. Gdovinová et al., *Vybrané kapitoly zo špeciálnej neurológie.*
5. Gysi, *Diagnostik von Traumafolgestörungen.*
6. Hegel, *Fenomenologie ducha.*
7. Heidegger, *Bytí a čas.*
8. Kant, *Kritika čistého rozumu.*
9. Murray, *Psychologie malých dětí.*
10. Schwartz et al., *Public Health – Gesundheit und Gesundheitswesen.*
11. Sternberg, *Kognitivní psychologie.*
12. Stieglitz, *Praxisbuch AMDP.*



*Jestliže rozum nezíská ze smyslových podnětů dostatek  
materiálu na jejich zpracování, promění se,  
tyto smyslové dojmy v halucinace.  
(C. G. Jung)*

© Jiří Adamec

# HALUCINACE

V PSYCHOPATOLOGII A V KAŽDODENNÍM ŽIVOTĚ  
MKN-10 / DSM-5 / ICD-11

Adamec Jiří - Filosofický seminář - Katedra teorie  
**Neprodejný výtisk.**

2023

A6, 100 výtisků

**IČ 105-48-629/155**