

*Prehľadová práca***K otázke vedomia: III. Poruchy vedomia**

J. Kafka

Disorders of consciousness. III.**Súhrn**

Poruchy vedomia rozdeľujem podľa predkladanej koncepcie rozlíšenia vedomia do dvoch vrstiev: A) Poruchy vedomia bazálnej vrstvy: 1. poruchy gnózie a praxie, vrátane idiognózie, 2. poruchy pozornosti, 3. poruchy bdenia ako bazálnej vrstvy vedomia, 4. poruchy spánku, 5. amnézia, amnestická porucha. B) Poruchy predovšetkým rozvinutého vedomia: 1. porucha uvedomenia seba: a) porucha identity, b) poruchy sebaaktualizácie. 2. Poruchy vedomia druhých a sveta: a) poruchy identifikácie, b) poruchy sociálnej percepcie, c) poruchy komunikácie. C) Globálne poruchy rozvinutého vedomia, vrátane postihnutia bazálneho vedomia: 1. globálne poruchy pri psychózach, 2. globálne poruchy pri defektoch rozvoja a difúzných poškodeniach mozgu. Upozorňuje sa na úzke prepätie uvedených vrstiev, ale súčasne na možnosť ich uvedeného rozlíšenia (lit. 20).

Kľúčové slová: poruchy vedomia, poruchy bazálnej vrstvy, poruchy predovšetkým rozvinutej vrstvy vedomia a globálne poruchy vedomia

Summary

According to the proposed conception, I divide disorders of consciousness in two layers, and an additional combined layer. A. Disorders of consciousness in basal layer: 1. disorders of gnosis and praxia, including idiognosis, 2. disorders of attention, 3. disorders of wakefulness: a) global, b) paroxysmal, including states of confusion, 4. sleep disorders, 5. amnesia, amnesic disorder. B. Disorders of developed consciousness: 1. disorders of self-awareness: a) disorders of identity, b) disorders of self-actualization (self-realization), 2. disorders of consciousness (perception) of the world and other people: a) disorders of identification, b) disorders of social perception, c) disorders of communication. C. Global disorders, simultaneous disorders of developed consciousness and basal consciousness: 1. global disorders in psychotic states, 2. global disorders in defective mental development and diffuse brain impairments. I stress close mutual interconnection of the two mentioned layers of consciousness, as well as the possibility of their separate identification (Ref. 20).

Key words: disorders of consciousness, disorders of basal layer of consciousness, disorders of consciousness in developed layer, global disorders of consciousness

Ak prijmemo uvedené poznámky a rozdelíme vedomie na dve vrstvy, potom iné poruchy budú, ak si všimame bazálnu vrstvu vedomia, a iné, ak posudzujeme rozvinutú vrstvu vedomia. Ale pretože vedomie je iba jedno, zvyčajne sú tak úzko späté, že ich oddelovanie môže byť neraz umelé. Ako

sa však v praxi presvedčujeme, zdá sa, že častejšie sú raz prejavy bazálne, inokedy rozvinuté a menej často komplexné, spojené. Je málo šťastlivcov, ktorí v priebehu svojho života neprežili krátkodobé poruchy bazálneho vedomia alebo bdelosti a pozornosti, napokon všetci máme skúsenosti so spánkom, a málokto mal to šťastie, že nemal čo hoci kratšiu dobu nespavosť. Preto skúsenosti s takými zmenami vedomia, má takmer každý a prechod k poruche môže byť plynulý.

Psychiatrická klinika LF UPJŠ, Košice

Adresa: Prof. MUDr. J. Kafka, DrSc., Psychiatrická klinika LF UPJŠ, Trieda SNP 1, 040 66 Košice, Slovakia.

A) Poruchy bazálnej vrstvy vedomia

Ak poruchy fatické spojíme s rozvinutou vrstvou vedomia, ktorá má zvyčajne aj určité spojenie s jednou mozgovou hemisférou, a tou je ľavá mozgová hemisféra, ktorá sprostredkúva rečové funkcie za pomoci verbálneho učenia a pamäti, potom poruchy, ktoré sa označujú ako poruchy gnózie a aj praxie (hoci programovanie motorických funkcií patrí skôr k rozvinutej vrstve) zadelíme do bazálnej vrstvy vedomia.

I. Poruchy gnózie a praxie

Gnózie možno chápať ako poruchy rozpoznávania, čo je súčasťou vnímania. Poruchy správania, praxia a vykonávanie zložitých cieľavedomých pohybov, ktoré patria skôr k rozvinutej vrstve, otázku nechávam otvorenú.

Gnózie sa chápu ako schopnosť poznať seba a okolie ako rozpoznávanie. Zvyčajne sa rozlišujú na:

1. Agnózie zrakové, ktoré sa vyskytujú pri léziách konvexity okcipitálneho laloku a prejavuje sa neschopnosť rozpoznáť predmet videním alebo podľa vzhľadu.
2. Agnózie sluchové, najčastejšie je amúzia, strata schopnosti vnímať hudobné prejavy, napr. melódiu, rytmus.
3. Stereopagnózie, príkladom je astereognózia – strata schopnosti poznať predmety hmatom a vzniká pri lézií v parietálnom laloku.
4. Udávajú sa aj čuchové a chuťové agnózie, hoci sú veľmi zriedkavé a zvyčajne sa nesledujú.
5. Poruchy priestorovej orientácie sú dvojaké:
 - a) Extrapersonálna sféra, zisťuje sa „neglect syndrom“ – porucha pozornosti na ľavej strane telesnej schémy, a to typ unilaterálneho neglectu – neschopnosť reagovať na stimuly na polovicu priestoru na kontralaterálnej strane oproti poškodenej hemisfére.
 - b) Intrapersonálne (vlastná telesná schéma) strany hemisféry. Pripomením autotopagnóziu, neschopnosť určiť miesta svojej telesnej schémy, prosopagnózia, neschopnosť poznať tváre blízkych, ale aj iných živých tvorov, iným typom je apraxia obliekania.
 - c) Agnosia totalis sive asymbolia zahŕňa zrakové a sluchové, ako aj stereopagnózie, vrátane priestorových porúch.
6. K rozpoznaniu seba svojich psychických charakteristík sa používa termín idiognózia. Opisuje sa aj fantómový jav (Paré, 16. stor.), autoskopia (1893) – Bilikiewicz opisuje metamorfognóziu.

Do okruhu týchto porúch možno hoci aj podmienene, zadeľiť aj poruchy pohlavnej identity. Taká je jadrová porucha pohlavnej identity, ktorá sa charakterizuje uvedomením jedinca, že je príslušníkom ženského alebo mužského pohlavia a pritom má odlišné pohlavie, čo sa vyjadří už do tretieho roka života. Do tohto okruhu patrí aj transsexualizmus, porucha manifestovaná vyjadrením túžby byť príslušníkom iného pohlavia, ako je sám.

II. Poruchy pozornosti

Pozornosť sa opisuje ako aktívne zameranie nášho vedomia. Jej základom je bdelosť. Je to schopnosť vybrať podstatné a vylúčiť nevýznamné. Je to paralelné distribuovanie procesov informácie. Poškodenie parietálnej kôry sťažuje zameranie pozornosti na kontralaterálnu stranu k poškodeniu. Talamus spolu s vizuálnou dráhou integruje vizuálnu pozornosť. Lézie frontálneho laloku zhoršuje vytrvalosť a lokalizáciu. Orientačná reakcia je mimovôľová, ostatné vôľová.

Pozornosť sa vyjadruje na báze bdelosti, ale zahŕňa aj rozvinutú vrstvu vedomia, lebo nevyberá to, čo je nutné iba pre organizmus, v ktorého službách je skôr bazálna vrstva vedomia, ale pre človeka ako individuálnej bytosti. Okrem toho treba upozorniť na vzťahy pozornosti k rozpoznávaniu a ku kognícii, ale aj k emotivite, čo dokladá komplexná zameranosť tejto činnosti. Zameranosť, či intencionálnosť v širšom zmysle treba považovať za významnú kvalitu všetkého živého a u človeka má osobitný význam v súvislosti aj s vôľovou činnosťou, či možnosťou výberu. Poruchy pozornosti sú veľmi časté, ale nie natoľko významné okrem niektorých osobitných porúch (napr. detská hyperaktivita), aby sme si ich osobitne všimli. Zvyčajne sa rozlišuje aprosexia, neschopnosť zamerania pozornosti ako súčasť závažného stavu porušenia bdenia, ešte častejšie stretávame hypoprosexiu, znížené kvality pozornosti, býva aj parciálna hyperprosexia, ale aj paraprosexia, keď dôjde k predčasnemu zameraniu pozornosti. Je dobre si uvedomiť, že porucha pozornosti je poruchou celého vedomia a vyžaduje vždy starostlivé posúdenie.

III. Poruchy bdenia ako bazálnej vrstvy vedomia

Bdenie so spánkom patrí k základnej charakteristike každého človeka a súčasne tvorí základ bazálnej vrstvy vedomia. Bdenie možno charakterizovať ako stav, v ktorom je človek schopný sa správne orientovať ako v osobe, tak aj v čase a v priestore, ako stav pripravenosti organizmu na plnenie životných úloh jedinca. Pre bdenie je nevyhnutná koordinácia kôrových, ale najmä podkôrových štruktúr, retikulárnej formácie, talamických jadier a striáta, ktoré zabezpečujú to, čo označujeme ako bdenie.

Podľa Delaya a Pichota (1969) možno rozlíšiť tieto stupne bdenia:

1. tzv. excesívna bdelosť pri intenzívnych zážitkoch, napr. pri tranze,
2. optimálny stav bdelosti, vyjadruje pripravenosť bazálnej vrstvy vedomia na potrebnú aktivitu a spracovanie informácie, na ktorej sa potom zúčastňuje aj druhá vrstva vedomia vrátane asociačnej kôry a neokortexu,
3. uvoľnenie bdelosti so znížením pozornosti a koncentrácie,
4. snenie, napokon poruchy bdenia,
5. ľahký spánok (somnia),
6. hlboký spánok (sopor),
7. bezvedomie, kóma.

Pri bdení zvyčajne rozlišujeme vigilitu, čo je uvádzaná úroveň bdelosti a luciditu, čo je správnosť reakcie, prejavanie sa. Osobitnou oblasťou popri bdení sú prejavy nevedomia, ktoré by vyžadovali samostatné spracovanie a v tejto súvislosti iba pripomínáme, že subjektívne jasne rozlišujeme stavy vedomia a že popri nich sú stavy nevedomé, ktoré majú rôzny pôvod.

V učebniciach sa zvyčajne rozlišujú „kvantitatívne“ poruchy vedomia, predovšetkým bazálnej vrstvy vedomia a rozlišujú sa ako somnolencia, sopor, kóma, pri ktorých je aj porucha rozvinutej vrstvy bdenia, ale považujeme ju za druhotnú v dôsledku patologického stupňa zníženia bdenia. Pripomínam, že podľa Heggliana (1972) sú najčastejšími príčinami týchto porúch: a) primárne vnútroľbové poruchy, b) primárne mimolebkové choroby, predovšetkým poruchy obehu, respirácie aj poruchy metabolizmu, c) otravy, d) iné.

Do okruhu týchto porúch možno zaradiť aj krátkotrvajúce poruchy vedomia, najmä bdenia, ako je synkopa, kolaps, ale aj rozličné nervové paroxyzmy.

Uvediem základné poruchy (bližšie pozri Kafka, Vademeum, 2003). V textoch (Kafka, 1998, 2003) rozlišujem tieto poruchy na poruchy bdenia a uvedomenia, a to takto:

- a) Globálne poruchy bdenia a uvedomenia, tzv. kvantitatívne poruchy vedomia. Somnolencia je ospalosť, chorobné driemoty, stav ľahkého spánku. Spor je stav hlbokého spánku, navodený poruchou, človek reaguje iba na energické podnety. Kóma je stav bezvedomia, pri ktorom človek neraguje ani na silné podnety. Zastreté vedomie sa charakterizuje uvoľnením bdelosti, poruchami pozornosti a nedostatočnou odpoveďou na vonkajšie podnety. Pri všetkých týchto poruchách sú v popredí poruchy bdelosti, z dôvodov rozličných porúch organizmu človeka a vedú vždy aj k nedostatočnej funkcii vedomia, ktoré sa prekrýva patologicky navodenou ospalosťou.
- b) Paroxyzmálne poruchy bdenia a uvedomenia: Tieto poruchy si dovoľujeme skráteno uviesť podľa učebnice (Kafka a spol., 1998): Mrákotný stav obnubilácia sa charakterizuje záchvatovitou poruchou vigility a uvedomenia, pri ktorej sa porušuje kontinuita uvedomenia a dochádza k amnézii. Vzniká i končí sa náhle z plného vedomia. Chorí si zmenu vedomia počas obnubilácie nevedomujú ani sa na ňu nepamätajú, majú porušenú orientáciu, ale porucha nie je globálna.

Stavy zmätenosti, pre ktoré je typická porucha bdelosti a súčasne poruchy uvedomovania si rôzneho stupňa a dynamiky. Rozlišujeme amenciu a delírium.

Amencia (amentný syndróm) je porucha charakterizovaná dezorientovanosťou, bezradnosťou, poruchou ja, prchavými poruchami vnímania a myslenia, často inkoherenca myslenia. Chorý je bezradný so snahou orientovať sa v okolí, čo sa mu nedarí, hovorí málo, jeho schopnosť uvedomovať si seba i okolie je výrazne pozmenená, realitu chápe skreslene, afektivita je premenlivá a nestála. Stav v priebehu dňa kolíše, stav sa zvyčajne večer. Od delíria sa odlišuje iba trvaním

a intenzitou príznakov, môže byť začiatkom akútne prebiehajúcej psychózy.

Delírium (delirantný syndróm) je zmätenosť s výrazným psychomotorickým nepokojom s tranzitórnymi poruchami poznávania (halucinácie, ilúzie, bludy), s dezorientáciou a poruchou uvedomovania. Myslenie i slovná tvorba sú často nesúvislé, správanie je impulzívne a často agresívne. Motorický nepokoj sa niekedy prejavuje ako delírium zamestnanosti, to znamená, že pacient akoby vykonával naučenú, zvyčajne profesionálnu činnosť, pričom vykonáva aj patričné úkony, ktoré sú v danej situácii neprimerané. Kontakt s takým človekom je veľmi ťažký, vyžaduje zvýšenú opatrnosť.

Tieto poruchy sa odlišujú nielen svojou paroxyzmalnosťou, ale aj klinickým obrazom, v ktorom dominuje porušená koordinácia psychických procesov a chýbanie riadiaceho elementu, teda vedomia.

IV. Nebudem sa zaoberať poruchami spánku, uvediem iba, že významné je aj snívanie, ktoré sa v súčasnosti nejednotne interpretuje (podrobnejšie Murcko a Kafka, 2003).

V. V súvislosti s úzkou väzbou vedomia a pamäti (Pogády a spol., 2002; Smolík, 2002), a to najmä jej bazálnej vrstvy, si dovoľím uviesť ešte jednu typickú poruchu, amnéziu.

Často sa používa aj termín amnestický syndróm a vyjadruje poruchu krátkodobej pamäti a zníženou schopnosťou fixovať zážitky v dlhodobej pamäti. Zvyčajne dotvára obraz porušeného vedomia. Rozlišuje sa výpad spomienok pred porušením vedomia (tzv. retrográdna amnézia) a chýbanie spomienok po navrátení vedomia (tzv. anterográdna amnézia). Popri krátkotrvajúcej amnézii poznáme aj amnézie, ktoré majú dlhšie trvanie, vraví sa o systemizovanej amnézii. Napokon poznáme aj psychogénnu amnéziu, ktorá za ťaživých okolností môže viesť k strate, či potlačeniu spomienok na traumatizujúcu situáciu.

B) Poruchy predovšetkým rozvinutého vedomia

Analýza spätosti medzi bazálnou vrstvou vedomia a touto rozvinutou vrstvou je nedostatočne rozpracovaná, ale predsa sa dajú vyčleniť poruchy, ktoré vyjadrujú výrazné známky porušeného uvedomovania seba, ako aj druhých a boli už dávno v psychiatrii opísané.

1. Porucha uvedomenia seba, poruchy vedomia seba

- a) Poruchy identity. Vo svojej práci (Kafka, 1997) ich opisujem ako primárne poruchy a okrem iných uvádzam poruchy prežívania seba, svojej osobnosti ako známu depersonalizáciu rozdeľovanú na autopsychickú a somatopsychickú. Poruchy osobnej identity, či vlastnej osobnosti zahŕňajú také poruchy, ako sú: mnohopočetná osobnosť a alternujúca osobnosť, apersonalizácia a transformáciu osobnosti.

b) Poruchy sebaaktualizácie (sebarealizácie), ktoré sa za-
deľujú do rôznych konceptov. Pripomínam, že tieto po-
ruchy majú „bytosť“ charakter, a teda oveľa väčší
význam, ako sa im zvyčajne prikladá. Uvediem nasledu-
júce poruchy: Poruchy sebapoznania a sebahodnotenia,
ktoré sa zisťujú pri neurózach a špecifických poruchách
osobnosti a vyjadrujú poruchy, ako je nenávisť k sebe,
porušenie sebaúcty k sebe, opisujú sa zvyčajne v sú-
vislosti s poruchami osobnosti. Pomerne rozsiahlo sa
analyzuje otázka krízy identity, ako ju formuloval Erik-
son, ale táto zahŕňa nielen vlastnú identitu, ak ju vôbec
posudzuje, ale predovšetkým sebaaktualizáciu. Marcia
(1980) opisuje viaceré formy a pozná aj tzv. difúziu
identitu. Myslím, že by bolo správnejšie hovoriť o se-
baaktualizačnej kríze aj preto, že sa považuje za prejav
typický pre adolescenciu a dotýka sa skôr cieľov a for-
movania seba, teda sebaaktualizácie. Významná je aj
porucha sebavedomia, ktoré môže byť nízke a vtedy
sa používa termín pocit menejcennosti, taký častý pri
neurózach a zaťažujúci život človeka, ale je sebavedo-
mie nadmerné až chorobné, typické pre niektoré formy
špecifickej poruchy osobnosti. Krajný variant opisuje
Kozielecki (1986) ako hubristický typ (z gréckeho hub-
ris, t.j. povýšenosť, pýcha). Tento variant je hrubou
deformáciou osobnosti a sebaaktualizácie, alebo tu sa
uplatňuje nekritický obraz seba, svojich schopností, ale
aj sebahodnotenia, nepripúšťajúci korekciu a tvoriaci
základ viacerých foriem porúch, ako sú veľikácke po-
ruchy, ale aj paranoidné prejavy, sú súčasťou fanatic-
kého presadzovania rozličných koncepcií a pritom vy-
chádzajú z toho porušeného sebaaktualizačného pro-
cesu.

Poruchy sebaaktualizácie na základe porúch jednotlivých
procesov a osobnosti.

Ľudské vedomie s jeho dvoma vrstvami ako centralizu-
júca zložka ľudského bytia sa realizuje prostredníctvom zá-
kladných procesov a zakladá ho najmä pamäť a fyzické de-
terminanty človeka vrátane životných fyziologických funkcií.
Prezentuje sa aj troma psychickými procesmi: procesy po-
znávania, kognitívne, procesy afektívne a emotívne, procesy
konatívne, tieto v svojej abstrahovanej a najrozvinutejšej
podobe sa označujú ako rozum, cit, vôľa. V súvislosti s ve-
domím sa hovorí o sile rozumu, sile vôle a citov.

Začnime výkladom porúch poznávacích, najskôr poru-
chami rozpoznávania, alebo gnózie a praxiou, z ktorých na-
josobitnejšou je porucha idiognózie, potom porucha telesnej
schémy a ďalšie. Nebudem ich rozoberať, sú známe najmä
v neurológii. Krátko sa budem venovať poruchám vnímania
ako prvého stupňa poznávania alebo senzoriality realizovanej
zmyslami, ktoré výrazne vstupujú do vedomia.

Je dávnou tradíciou, že v psychiatrii (Jaspers, 1923; Po-
gády a Žucha, 1996; Hoeschl a spol., 2002; Kafka a spol.,
1998) sa opisujú osobitne poruchy vnímania a podrobne sa
analyzujú ilúzie a halucinácie. Pri halucináciách sa udávajú
najmenej tri kritériá:

a) vnem nepodmienený podnetom, a predsa vnímaný
zmyslami,

b) presvedčenie o realite vnímaného,

c) zvyčajne správanie zodpovedajúce tomuto vnemu.

Pri hlbšej analýze sa hneď ukazuje, že ide o celostný akt,
pri ktorom dochádza k vnímaniu toho, čo by sa vnímať ne-
dalo v danom priestore a čase, a predsa sa vníma, teda, že
si halucinujúci uvedomuje (zapája sa vedomie) niečo, čo nie
je, a predsa sa chápe, ako skutočné a ešte výraznejšie je
presvedčenie o realite (čo je už celkom funkciou vedomia).
Pozoruhodné je, že sa porušuje vedomie seba, ako aj vedomie
druhých, svet, a preto nemožno inak ako pripustiť, že aj tieto
poruchy sa v širšom slova zmysle majú považovať za poruchy
rozvinutej vrstvy vedomia. Typické sú najmä autoskopické
halucinácie – videnie vlastnej osoby, môže byť pozitívne člo-
vek vidí sám seba bez zrkadiel (alebo negatívne), človek sa
nevidí ani v zrkadle. Patrí k nim aj vnímanie svojho dvoji-
níka. Viedlo by nás ďaleko, keby sme chceli podrobne do-
kazovať toto tvrdenie, ale ak pripustím jav vedomia (o čom
myslím netreba pochybovať), potom skutočne platí, že ve-
domie sa realizuje aj vnímaním a zodpovedá aj za poruchy
vnímania.

Ešte nápadnejšia je táto súvislosť pri poruchách myslenia,
keď je v popredí otázka významu, otázka symbolov. Pripo-
mením bludy, ktoré sa analyzujú v rámci porúch myslenia.
Blud (Kafka, 1998) možno ohraničiť tromi znakmi:

a) myslenie, formulácie súdov i úsudkov nezodpovedajúce
skutočnosti,

b) nekritickosť, neschopnosť uvedomiť si, že myslenie nez-
odpovedá skutočnosti, a predsa je presvedčenie o jeho
správnosti, o realite,

c) neraz aj konanie, správanie podľa takého bludného
myslenia.

Problematika bludu nie je dostatočne objasnená, rovnako
ako kritickosť, lebo tá už u zdravých ľudí nie je rovnako vy-
jadrená. Nedá sa ľahko vysvetliť, že človek vytvára úsudky
nerespektujúce skutočnosť, čo sa bez vedomia seba ani vy-
svetliť nedá a aj tak zostáva otázka otvorená, a ešte viac to
platí pre presvedčenie, že také myslenie je reálne a skutočné.
Dochádza tu k porušeniu významu, k logickému sporu a by-
tie prejavované vedomím si spor neuvedomí a predkladá ne-
pravdivú realitu ako pravdivú. Nápadne je táto skutočnosť
vyjadrená pri rozlišovaní bludov podľa obsahu. Bludy expan-
zívne a depresívne sa charakterizujú chorobným preceňova-
ním alebo podceňovaním seba, osobnosti i celého človeka,
a teda sú poruchami vedomia seba. Bludy paranoidné, cha-
rakterizované neadekvátnym chorobným hodnotením seba,
svojej osobnosti, ako aj neadekvátnym hodnotením druhých
ľudí, za ktorými sú poruchy sebavedomia ako aj poruchy
vedomia druhých. Bludy preto vyjadrujú ešte jasnejšie ako
poruchy vnímania, že sú aj poruchami rozvinutého vedomia,
že práve vedomie zakladá ich evidentnosť, trvalosť a že môžu
viesť až k poruchám identity.

Vedomie zasahuje a súčasne je determinované pamäťou
a jej módmí, lebo ani identita a vôbec už ipseita sú bez
tejto funkcie nemožné. Príkladom sú alomnézie alebo tzv.

ilúzie pamäti, pri ktorých sa mení význam, či zmysel zapamätaného, potom pseudoreminescencie, napokon halucinácie a bludy pamäti. To, čo platí pre kognitívne procesy, platí aj pre procesy emotívne, lebo v týchto je primárne vyjadrené prežívanie seba a sveta a poznáme aj osobitné poruchy, ako je depresionalizácia a derealizácia.

Napokon ani konatívne procesy, agovanie a predovšetkým cieľavedomé konanie nie je, ako už termín napovedá, zvyčajne bez vedomia.

Ak sebedomie alebo vedomie seba zadelíme do rámca osobnosti, sú aj poruchy osobnosti predovšetkým poruchami vedomia seba, ak vedomie nezahrnieme do rámca osobnosti, ale vyčleníme ako osobitnú schopnosť človeka, aj potom sú poruchy osobnosti vyjadrené aj prostredníctvom vedomia.

A práve pri týchto stavoch, pri osobnosti, ktorá je charakterizovaná ako dynamická štruktúra a súčasne ako trvajúca, vývojová zložka bytia človeka sa realizuje v súvislosti s druhými osobnosťami alebo lepšie bytiami aj realizácia vedomia, teda identity, hoci táto je založená už v bazálnej vrstve vedomia, ale najmä sebaaktualizácia pravda aj vedomie druhých, sveta.

Preto poruchy vedomia treba v psychiatrii pripustiť v oveľa väčšej miere, ako sa to robí doteraz, lebo sa (možno aj v dôsledku vzdelania psychiatrov) zvyčajne ohraničuje vigiliou, bdelosťou, ktorá vo väčšine závažných duševných porúch nie je porušená. Aj preto sú psychotické prejavy, opakujem všetky psychotické prejavy, charakterizované aj poruchami rozvinutého vedomia, a preto sa ťažko dostávajú k pôsobiacim faktorom, lebo vedomie sa dotýka celého bytia človeka a nemôže sa nedotýkať aj jeho vedomia. Aj preto sa často a nesprávne hovorí o schizofrénii, lebo by sa malo hovoriť o človeku so schizofrenickou poruchou; tak úzko sa prejavuje táto porucha, lebo sa pozmeňuje vedomie, bytie človeka.

2. Poruchy vedomia druhých a sveta

Tejto málo rozpracovanej problematike sa iba dotknem, lebo jej hlbšie rozpracovanie by vyžadovalo monografické spracovanie.

a) *Poruchy identifikácie.* Aj tu sa môžeme stretnúť s poruchou identity tiež identifikácie, takou je derealizácia, pocit cudzoty bezprostredného okolia, ale oveľa častejšie sa prejavujú viaceré mechanizmy, niektoré chorobné podáva psychoanalýza.

b) *Poruchy sociálnej percepcie.* Zastavme sa pri sociálnej percepcii, pri poznávaní druhého človeka, ktoré je prvým článkom poznávania druhého človeka. Nemusíme iste zdôrazňovať, že už vnímanie je komplexný dej, v ktorom okrem analyzátorov sa na jeho tvorbe zúčastňujú predovšetkým informácie, ktoré potom vytvárajú pocit, vnem. Percepcia vychádza z tohto materiálu a prevádza jeho redukciu a selekciu, na čom sa zúčastňuje viacero premenných. Celý dej sa dotvára myslením a hodnotením. Redukcia môže byť aj inadequate, ako príklad Křivohlavý (1977) udáva percepciu vzťahovaného človeka. Vrávi, že neraz stretne človeka, ktorý dokáže povedať, o čom hovorí skupinka ľudí stojaca

obďaleč. O čom hovoria? „No, predsa o nás, o mne!“ Po chvíľke vidieť, že sa ľudia v skupine niečomu čudujú. Čomu sa smejú? „No, predsa mne!“ Jeden člen sa pozrie smerom k „Zasa na mne niečo vidí!“ Pri percepcii sa teda uplatňujú zákonitosti súvisiace jednak s podnetom (druhým človekom), jednak s percipujúcim: K percipujúcemu patrí, že si všima druhého aj podľa toho, akým sám chce byť, že sa snaží o trvalejší dojem a poznať nielen povrch aj vnútro človeka, najmä jeho hodnoty. Uplatňuje sa inferencia, proces odôvodňovania predstavy o druhom z vlastného konania a empatia, schopnosť pochopiť druhého, precítiť jeho stav. Do percepcie vstupuje významne aj skutočnosť, či sa môžeme s druhým rozprávať a o čom sa rozprávame. Pri stretnutí s celkom neznámym sa naša percepcia utvára inak, ako keď stretneme známeho alebo druhého, o ktorom už máme nejaké (dobré alebo zlé) informácie. Zdá sa, že to rozhoduje celkový, výsledný dojem, či hodnotenie, často založený na sociálne-etickej dimenzii, posudzovaného človeka. Nemenej dôležité je uplatňovanie projekcie, čo je také vnímanie, keď percipujúci pozoruje u druhého to, čo vidí u seba. Pritom častejšie býva efenzívna projekcia, keď vypukle vidíme negatívne znaky u iného, hoci máme my.

U človeka s paranoiditou bude výrazná projekcia (o tej hovoril už Freud) a inferencie, menej empatia, ale sociálna percepcia druhého bude a je iste chorobná.

c) *Poruchy komunikácie.* Chápanie sociálnej komunikácie je rôzne (Janoušek, 1968). V práci komunikáciu chápeme ako dorozumievanie, sledovanie správ v interpersonálnom kontakte, a to najmä z hľadiska vzájomného porozumenia, ale aj ovplyvňovania navzájom. Udvávajú sa dve základné formy komunikácie:

1. Nonverbálna, neverbálna komunikácia – zdieľovanie bez slov sa opiera o výraz človeka, jeho mimiku, gestikuláciu, správanie. Pri takej komunikácii si všímame blízkosť, či vzdialenosť komunikujúcich, ako sú k sebe postavení, či dochádza aj k telesnému kontaktu. Táto priestorová stránka komunikácie sa dá vyjadriť aj číselne v metroch, graficky alebo vizuálne zachytiť a je aj určitým ukazovateľom komunikácie.
2. Verbálna komunikácia. Komunikácia pomocou reči je najbežnejšou komunikáciou medzi ľuďmi, pričom už samotná reč je dôležitým prostriedkom vyjadrovania rozvinutého vedomia.

Moderná sociálna psychológia nazberala veľa poznatkov o tom, ako prebieha rozhovor dvoch a ako prebieha rozhovor v skupine. Pri dialógu sa rozhovor dvoch interpretuje ako stretnutie dvoch, v ktorom jeden je hovoriaci (ako vysielateľ zprávy) a druhý je prijímateľ ako počúvajúci, pričom v komunikácii sa tieto roly stále menia. Ide vlastne o štvorfázový dej:

- hovoriaci odovzdáva informáciu druhému, začína slovnú akciu,
- počúvajúci prijíma informáciu, reaguje na hovoriaceho slovnou akciou,

- hovoriaci prijíma odpoveď počúvajúceho a odpovedá na reakciu,
- počúvajúci odpovedá na reakciu a zasa zadáva odpoveď, a tak sa roly striedajú, niekedy prevažuje jeden, inokedy druhý, ale nesmie ísť o monológ, vtedy druhý už iba počúva.

Nakolko sa tieto formy komunikácie uplatňujú u psychoticky chorých nevieme s určitou povedať (z dostupnej literatúry nie sú pozorovania presnejšie uvedené). Nemožno však pochybovať, že v tejto rovine sa toho udeje viac, ako by sme na prvý pohľad mysleli, ako to možno doložiť vyjadreniami našich chorých, ktorí sú schopní vyčítať zo správania druhých aj také prejavy, ktoré sú nielen nemožné, ale aj nereálne chorobou motivované, bludné! Pacient tak rozpoznáva dobrých a zlých, prajných a neprajných ľudí, ľudí „pekla a neba“. Či táto komunikácia je primárnou poruchou, alebo je dôsledkom poruchy sebarealizácie, nebude pri všetkých poruchách rovnaké. Sú také, kde primárne sa ukazuje porucha sebahodnotenia (napr. megalomaničné prejavy), iné, kde ide o vzájomnú interakciu (napr. kverulantné prejavy), alebo skôr podnet od druhého, z patologickej komunikácie (napr. indukované poruchy).

Veľmi výrazné sú tieto prejavy a poruchy u paranoikov: zdá sa, že prevažuje monologické uvažovanie, celkom výrazné je vtedy, keď rozvoj dospeje do úrovne bludov. Dá sa predpokladať, ak sa predsa len podarí dialóg, že bude prevažovať tendencia takého chorého interpretovať správy skreslene, že pôjde o jednostranné komunikovanie. Iste na začiatku procesu môže byť táto tendencia iba naznačená a v komunikácii, v dialógu s najbližšími môže dôjsť aj ku korekcii pôvodného zamerania.

Oveľa komplikovanejšia je komunikácia v skupine a v spoločnosti, ktorej sa ani nebudem dotýkať.

Celkom osobitne by bolo potrebné hovoriť o uvedomovaní si seba v svete, o vedomí sveta, čiastočne sa jej dotkneme v časti textu o filozofickom chápaní vedomia.

C) Globálne poruchy rozvinutého vedomia vrátane postihnutia bazálnej vrstvy vedomia

V psychiatrii sa často stretávame s porušenosťou seba, ale aj porušenosťou vedomia druhých, okolitého sveta, aj bazálnych prejavov. Môžeme ich označiť ako globálne.

1. *Globálne poruchy pri psychózach.* Termín psychóza, okrem skríningového užívania sa vyznačuje tromi znakmi:

- a) narušujú sa základné psychické procesy a stavy, zvyčajne sú prítomné halucinácie a bludy (boli už vyššie opísané),
- b) chýba vedomie chorobnosti, často sa výrazne porušuje aj vedomie seba a druhých, tiež okolitého sveta,
- c) porušuje sa schopnosť adekvátneho správania sa k realite, toto je nápadné oproti zdravému stavu takého človeka.

Do tejto skupiny patria preto všetky stavy, pri ktorých je táto globálna porucha vedomia a jeho aspektov, či vrstiev. Dochádza pritom ku kombinácii vymenovaných porúch.

Typické sú tieto poruchy najmä u chorých so schizofrenickým ochorením najmä s komplexom autizmu (do určitej miery sú prítomné aj pri ťažkých formách afektívnych porúch a pri poruchách s bludmi). V niektorých prípadoch zisťujeme tzv. rozdvojené vedomie, čím chápajú vytvorenie dvoch rovín v duševnom stave chorého: jedna je rovina reality, ktorú zabezpečuje takmer neporušená bdelosť, druhou je rovina porúch ja a jeho aspektov. Je to taká porucha vedomia, ktorá postihuje najmä vzťahy človeka k svetu, ale aj k sebe a prejavuje sa poruchami poznávania, prežívania, ale aj správania.

2. *Globálne poruchy pri defektoch rozvoja psychiky a pri difúzných poškodeniach mozgu.* Do tejto skupiny zadeľujeme komplexné poruchy, ktoré postihujú vigilitu, bazálne vedomie, ako aj rozvinuté vedomie jeho aspekty, a to buď na základe vrodeného defektu duševného vývoja (ako ťažšie formy slabomyseľnosti) alebo na základe získaných porúch, ktoré postihujú mozgovú činnosť a súčasne aj psychické prejavy. Tieto poruchy zisťujeme pri difúzných poškodeniach mozgovovej činnosti, pri všetkých typoch demencie a všade tam, kde dochádza k rozsiahlejšej deštrukcii mozgových, najmä kôrových štruktúr.

Príkladom komplexnej poruchy je demencia, čo je organický syndróm na základe chronickej alebo progresívnej choroby mozgu, pri ktorom sú porušené funkcie pamäti, kognitívnych funkcií a v dôsledku hrubého porušenia postihujú aj osobnosť a napokon aj vedomie, a to nielen sebaaktualizáciu a identitu, ale vedú aj k neschopnosti adekvátneho vedomia druhých, okolitého sveta. Sú dokladom akéhosi rozkladu duševných síl človeka a napokon porušujú najskôr rozvinutú, potom aj najhlbšiu vrstvu vedomia a osobnosti. Sú dokladom, ako môže progredientná a trvalá porucha pamäti porušiť celé vedomie človeka, ktoré v terminálnom štádiu poruchy zostáva zachované iba fragmentárne, taký človek žije akoby v svete nevedomia.

Bývajú aj pri tzv. modelových psychózach, čo sú globálne poruchy vedomia po halucinogénoch, ako sú napríklad meskalín a LSD. Tieto poruchy poukazujú na úzku spätosť duševnej a mozgovovej činnosti a bazálnej i rozvinutej vrstvy vedomia.

Literatúra

1. **Bernadič M.:** Vedomie determinujúce alebo determinované? *Psychiatria*, 8, 2001, č. 3, s. 84–85.
2. **Bilikiewicz T.:** *Psychiatria*. Warszawa, Kliniczna, Państwowy zakład wydawnictw Lekarskich, 1970.
3. **Delay J., Pichot P.:** *Abregé de Psychologie*. Paris, Masson et Cie 1969.
4. **Ey H.:** *La conscience*. Paris, PUF 1963.

5. **Heglin K.:** Diferenciální diagnostika vnitřních chorob. Praha, Avicenum 1972.
6. **Hoeschl C., Libiger J., Švestka J.:** Psychiatrie. Praha, Tigris 2002.
7. **Janoušek J.:** Sociální komunikace. Praha, Svoboda 1968.
8. **Jaspers K.:** Allgemeine Psychopathologie. Berlin, Springer Verlag 1923.
9. **Kafka J.:** Byť sám sebou alebo o poruchách identity. Psychiatria, 4, 1997, č. 1–4, s. 148–151.
10. **Kafka J. a spol.:** Psychiatria. Martin, Osveta 1998.
11. **Klimo Z.:** K otázke vnímania a uvedomovania v psychiatrii, Sborník prác LF UPJŠ v Košiciach, 7, 1964, č. 3–4: s. 3–62.
12. **Kozielecki J.:** Psychologiczna teoria samowiedzy. Warszawa, PWN 1986.
13. **Křivohlavý R.:** Já a ty. Praha, Avicenum 1977.
14. **Marcia J.E.:** Identity in adolescence. In: Adelson J. (Ed.): Handbook of adolescent psychology. New York, Wiley 1980.
15. **Murcko M., Kafka J.:** K významu a k funkcii snívania. Zadané do tlače, 2003.
16. **Pogády J., Žucha I.:** Psychopatológia. Bratislava, Faber 1996.
17. **Pogády J., Bernadič M., Nádvořík P.:** Pamäť. Psychiatria, 9, 2002, č. 2, s. 81–82.
18. **Smolík P.:** Duševní a behaviorální poruchy. Praha, Maxdorf Jessenius 2002.
19. **Trebula J., Kafka J.:** Príspevok neuropsychiatrie k výskumu vedomia. Zborník LF UPJŠ Košice, 21, 1978, č. 36, s. 143–147.
20. **Varsík P., Černáček J. a spol.:** Neurológia I. Bratislava, FN a LF UK 2002.

Do redakcie došlo 6.2.2003.