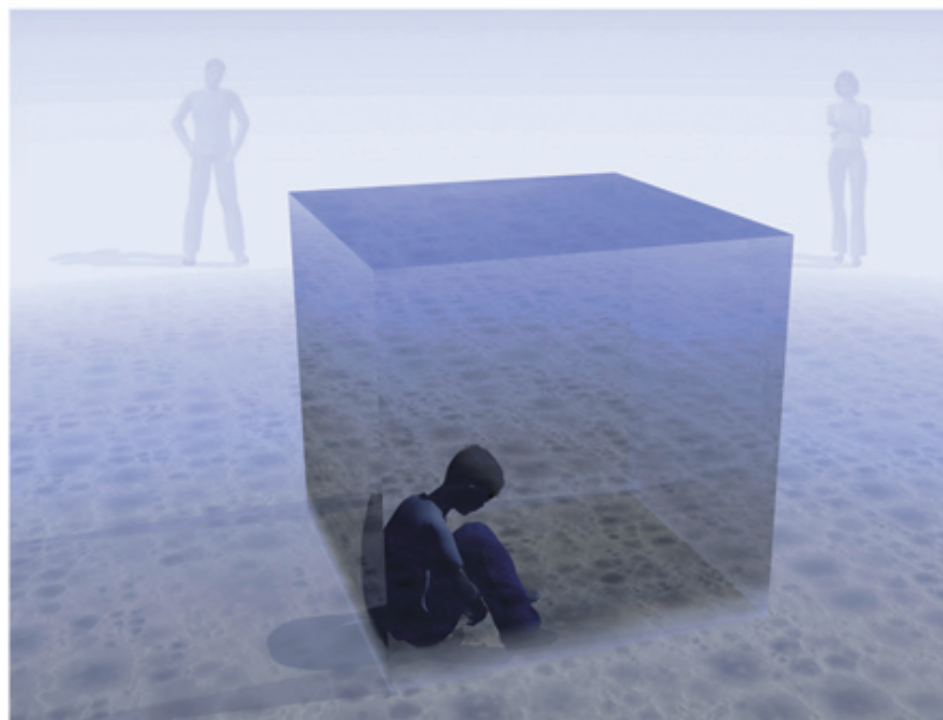


Karel Dušek, Alena Večeřová-Procházková

Diagnostika a terapie duševních poruch



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

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

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



Poděkování

Děkujeme za podporu, inspiraci a v neposlední řadě za nezištné svolení k využití podkladů kolegům a spolupracovníkům z Katedry psychiatrie IPVZ prof. MUDr. Karlu Chromému, prof. MUDr. Evě Češkové, prof. MUDr. Jaroslavu Boučkovi, doc. MUDr. Jiřímu Beranovi, MUDr. Radkinu Honzákovi, MUDr. Jánoši Sikorovi a zvláště MUDr. Zdence Vyhnančkové a PhDr. Nadě Kubičkové.

Osobní poděkování Aleny Večeřové-Procházkové směřuje ke kolegům z Výboru Psychofarmakologické sekce Psychiatrické společnosti (prof. MUDr. Oldřich Vinař, prof. MUDr. Jaromír Švestka, MUDr. Martin Anders a další) za inspiraci a podněty při psaní psychofarmakologické části textu.

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

DIAGNOSTIKA A TERAPIE DUŠEVNÍCH PORUCH

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: +420 234 264 401, fax: +420 234 264 400
www.grada.cz
jako svou 4132. publikaci

Odpovědná redaktorka Bc. Maria Arnautovová
Sazba a zlom Milan Vokál
Počet stran 632
Vydání 1., 2010

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

© Grada Publishing, a.s., 2010
Cover Photo © fotobanka Allphoto

Recenzoval:
prof. MUDr. Jaroslav Bouček, CSc.

ISBN 978-80-247-1620-6 (tištěná verze)
ISBN 978-80-247-7543-2 (elektronická verze ve formátu PDF)
© Grada Publishing, a.s. 2012

OBSAH

ÚVOD	13
----------------	----

Z HISTORIE ČESKÉ A SVĚTOVÉ PSYCHIATRIE	15
--	----

ČÁST I DIAGNOSTIKA DUŠEVNÍCH PORUCH

1. DIAGNOSTICKÝ PROCES	21
1.1 Obecné zásady diagnostiky v psychiatrii	21
1.2 Duševní zdraví a duševní porucha (nemoc)	22
1.3 Modely duševních (a behaviorálních) poruch	24
1.4 Rozpoznání duševně nemocného	26
1.5 Klasifikační soustavy a diagnostika	28
1.6 Diagnostika – dynamický proces	30
1.7 Subjektivní činitelé v diagnostice	31
1.8 Objektivní faktory v diagnostice	33
1.9 Získávání a zpracování informací	34
1.9.1 Rozmluva s nemocným a jeho pozorování	34
1.9.2 Anamnestické údaje	36
1.9.3 Nynější onemocnění	37
1.9.4 Zaměřené psychiatrické vyšetření	38
1.9.5 Tělesné vyšetření	39
1.9.6 Popis chování	39
1.9.7 Psychiatrické zhodnocení (psychopatologický rozbor)	40
1.9.8 Diagnostický závěr	40
2. SYMPTOMY DUŠEVNÍCH PORUCH	42
2.1 Symptom	42
2.2 Vnímání a jeho poruchy	42
2.2.1 Zvláštní projevy vnímání	43
2.2.2 Poruchy vnímání	44
2.3 Emotivita a její poruchy	52
2.3.1 Charakteristické rysy emocí	52
2.3.2 Rozdělení emocí	53
2.3.3 Somatické projevy emocí	54
2.3.4 Poruchy emotivity	54
2.3.5 Poruchy afektů	54
2.3.6 Poruchy nálad	56

2.3.7	Poruchy vyšších citů	59
2.3.8	Fobie	59
2.4	Paměť a její poruchy	62
2.4.1	Vlastnosti paměti	63
2.4.2	Poruchy paměti	64
2.5	Intelekt a jeho poruchy	69
2.5.1	Strukturální elementy	69
2.5.2	Vyšetřování intelektu	70
2.5.3	Poruchy intelektu	71
2.6	Myšlení a jeho poruchy	72
2.6.1	Poruchy myšlení	74
2.7	Vědomí a jeho poruchy	85
2.7.1	Změny vědomí	86
2.7.2	Poruchy vědomí	90
2.8	Pozornost a její poruchy	96
2.8.1	Poruchy pozornosti	97
2.9	Orientace a její poruchy	99
2.9.1	Poruchy orientace	100
2.10	Pudy, instinkty a jejich poruchy	102
2.10.1	Poruchy instinktů	103
2.10.2	Poruchy pudů	104
2.11	Jednání, vůle a jejich poruchy	108
2.11.1	Poruchy volního jednání	109
2.11.2	Poruchy vůle	109
2.11.3	Poruchy jednání	110
2.12	Osobnost a její poruchy	115
2.12.1	Snahy po třídění osobnosti	117
2.12.2	Vyšetřování osobnosti	119
2.12.3	Poruchy osobnosti	121
2.13	Somatické projevy u duševních poruch	128
2.14	Neklid	131
2.15	Agrese	135
2.16	Autoagrese a sebevražedná aktivita	137
3.	SYNDROMY DUŠEVNÍCH PORUCH	144
3.1	Syndrom	144
3.2	Abstinenční syndrom	145
3.3	Akinetický syndrom	146
3.4	Amentní syndrom	147
3.5	Anxiózní syndrom	148
3.6	Apatický a apaticko-abulický syndrom	149
3.7	Autistický syndrom	150
3.8	Deliriózní (delirantní) syndrom	151
3.9	Depersonalizační syndrom	152
3.10	Depresivní syndrom	154
3.11	Fobický syndrom	156

3.12	Halucinatorní syndrom	157
3.13	Halucinatorně paranoidní syndrom	160
3.14	Hyperkinetický syndrom	161
3.15	Hypochondrický syndrom	162
3.16	Hysterický syndrom (konverzní, disociační)	163
3.17	Katatonní syndrom	165
3.18	Manický syndrom	167
3.19	Neurastenický syndrom	168
3.20	Obnubilatorní syndrom	170
3.21	Obsedantní syndrom	171
3.22	Oneiroidní syndrom	172
3.23	Organický psychosyndrom (dementní syndrom)	173
3.24	Paranoidní syndrom	175
3.25	Paranoidně halucinatorní syndrom	176
4.	DUŠEVNÍ PORUCHY	178
4.1	F 00–09 – Organické duševní poruchy včetně symptomatických	179
4.1.1	F 00 – Demence u Alzheimerovy choroby	180
4.1.2	Psychické poruchy při cévních onemocněních mozku	182
4.1.3	F 02 – Demence u chorob klasifikovaných jinde	186
4.1.4	Psychické poruchy při zánětlivých onemocněních mozku	190
4.1.5	Psychické poruchy při expanzivních procesech nitrolebních	191
4.1.6	Psychické projevy při epilepsii	193
4.1.7	Psychické poruchy při lues	195
4.1.8	F 04 – Organický amnestický syndrom jiný než vyvolaný alkoholem a jinými drogami	198
4.1.9	F 05 – Delirium jiné než vyvolané alkoholem a jinými drogami	198
4.1.10	F 06 – Jiné duševní poruchy vznikající následkem onemocnění, poškození nebo dysfunkce mozku nebo následkem somatického onemocnění	199
4.1.11	F 06.0 – Organická halucinóza	202
4.1.12	F 06.1 – Organická katatonní porucha	203
4.1.13	F 06.2 – Organický syndrom s bludy (schizoformní)	203
4.1.14	F 06.3 – Organické afektivní poruchy	204
4.1.15	F 06.4–06.6 – Organická úzkostná porucha, organická disociační porucha, organická emoční labilita – astenická porucha	204
4.1.16	F 06.7 – Mírná kognitivní porucha	204
4.1.17	F 07 – Poruchy osobnosti a poruchy chování vyvolané onemocněním, poškozením nebo dysfunkcí mozku	204
4.2	Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek	205
4.2.1	F 10 – Poruchy vyvolané požíváním alkoholu	206
4.2.2	Drogové závislosti jiné než na alkoholu	214
4.3	F 20–29 – Schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy	218
4.3.1	F 20 – Schizofrenie	218
4.3.2	F 21 – Schizotypní porucha	228

4.3.3	F 22 Trvalé duševní poruchy s bludy	229
4.3.4	F 23 – Akutní a přechodné psychotické poruchy	230
4.3.5	F 24 – Indukovaná porucha s bludy	231
4.3.6	F 25 – Schizoafektivní poruchy	231
4.4	F 30–39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)	232
4.4.1	F 30 – Manická epizoda	232
4.4.2	F 31 – Bipolární afektivní porucha	236
4.4.3	F 33 – Rekurentní depresivní porucha	237
4.4.4	F 34 – Trvalé poruchy nálady	238
4.4.5	Výpovědi nemocných o depresi	239
4.5	F 40–49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy	242
4.5.1	F 40 – Fobické úzkostné poruchy	242
4.5.2	F 43 – Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení	247
4.5.3	F 44 – Disociační (konverzní) poruchy	250
4.5.4	F 45 – Somatoformní poruchy	254
4.5.5	F 48 – Jiné neurotické poruchy	258
4.6	F 50 – Poruchy příjmu potravy	259
4.6.1	F 50.0 – Mentální anorexie	259
4.6.2	F 50.2 – Mentální bulimie	261
4.7	F 51 Neorganické poruchy spánku	261
4.7.1	F 51.0 – Neorganická nespavost	262
4.7.2	F 51.1 – Neorganická hypersomnie	262
4.7.3	F 51.2 – Neorganické poruchy rytmu spánku-bdění	263
4.7.4	F 51.3 – Somnambulismus (náměšičnost)	263
4.7.5	F 51.4 – Noční děsy (pavor nocturnus)	264
4.7.6	F 51.5 – Noční můry (úzkostné sny)	265
4.8	F 52 – Sexuální dysfunkce nevyvolaná organickou poruchou nebo nemocí	265
4.9	F 53 – Duševní poruchy a poruchy chování spojené s šestineděním (neklasifikované jinde)	269
4.9.1	Psychické poruchy v období puberty a při menses	269
4.10	F 55 – Abúzus látek nevyvolávajících závislost	270
4.11	F 60–69 – Poruchy osobnosti a chování u dospělých	271
4.11.1	Definice, terminologie	272
4.11.2	Klasifikace	272
4.11.3	Epidemiologie	274
4.11.4	Etiologie a patogeneze	275
4.11.5	Rizikové faktory a prevence	276
4.11.6	Klinický obraz	277
4.11.7	Diagnostická kritéria a klinický obraz jednotlivých poruch osobnosti	279
4.11.8	Terapie poruch osobnosti	294
4.12	F 63 – Návykové a impulzivní poruchy	306
4.12.1	F 63.0 – Patologické hráčství (gambling)	306
4.12.2	F 63.1 – Patologické zakládání požárů (pyromanie)	307

4.12.3	F 63.2 – Patologické kradení (kleptomanie)	307
4.12.4	F 63.3 – Trichotillomanie	307
4.13	F 64 – Poruchy pohlavní identity	308
4.13.1	F 64.0 – Transsexualismus	309
4.13.2	F 64.1 – Transvestitismus	309
4.13.3	F 64.2 – Porucha pohlavní identity v dětství	309
4.14	F 65 – Poruchy sexuální preference	310
4.14.1	F 65.0 – Fetišismus	310
4.14.2	F 65.2 – Exhibilicionismus	311
4.14.3	F 65.4 – Pedofilie	311
4.14.4	F 65.5 – Sadomasochismus	312
4.15	F 70–79 – Mentální retardace	313
4.15.1	Mentální retardace na podkladě chromozomálních odchylek	315
4.15.2	Mentální retardace na podkladě metabolických poruch	316
4.15.3	Mentální retardace na bázi heredodegenerativních poruch	317
4.15.4	Sociální faktory v etiologii mentální retardace	317
4.15.5	Diagnostika mentální retardace (podle SZO)	317

ČÁST II TERAPIE DUŠEVNÍCH PORUCH

5.	PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP	323
5.1	Úvod a definice	323
5.2	Rozhovor	326
5.2.1	Rozhovor, jeho struktura a funkce	326
5.2.2	Některé specifické problémy	329
5.2.3	Sdělování diagnózy duševního onemocnění	330
5.2.4	Vedení rozhovoru s pozůstalými	331
5.3	Psychologický přístup k sobě jako zdravotníkovi	333
5.3.1	Burn-out syndrom	333
5.3.2	Prevence burn-out syndromu	335
6.	PSYCHOTERAPIE	337
6.1	Výzkum účinnosti psychoterapie	338
6.2	Psychoterapie v zobrazovacích metodách CNS	339
6.3	Kvalita života a duševní porucha	341
6.4	Hlavní směry a metody psychoterapie	342
6.4.1	Hlubinná a psychoanalytická psychoterapie	342
6.4.2	Dynamická a interpersonální psychoterapie	345
6.4.3	Rogersovská psychoterapie	347
6.4.4	Behaviorální psychoterapie	347
6.4.5	Kognitivní psychoterapie	348
6.4.6	Kognitivně behaviorální psychoterapie	349
6.4.7	Racionální psychoterapie	350
6.4.8	Sugestivní a hypnotická psychoterapie	350
6.4.9	Nácviková psychoterapie	351

6.4.10	Logoterapie a existenciální analýza	352
6.4.11	Gestalt psychoterapie (GPT)	354
6.4.12	Psychoterapeutické přístupy zaměřené na práci s tělem	355
6.4.13	Rodinná psychoterapie (RT)	358
6.4.14	Integrativní psychoterapie	360
6.4.15	Terapeutická komunita (TK) (léčebné společenství)	362
6.4.16	Některé další psychoterapeutické metody	363
6.5	Krizová intervence	366
6.5.1	Definice, spouštěče, průběh	366
6.5.2	Suicidální krize	371
6.5.3	Organizace a limity krizové intervence	374
6.5.4	Zásady psychoterapie a farmakoterapie	376
7.	PSYCHOFARMAKOTERAPIE	385
7.1	Úvod	385
7.2	Psychostimulancia	388
7.3	Hypnotika	390
7.3.1	Klasická hypnosedativa	392
7.3.2	Benzodiazepiny	394
7.3.3	Z-hypnotika, pyrazinové deriváty	396
7.3.4	Terapie poruch spánku úpravou cirkadiálního rytmu – melatonin	398
7.3.5	Agonisté melatoninových receptorů	400
7.3.6	Další léčiva využívaná v léčbě poruch spánku	400
7.4	Antidepressiva	401
7.4.1	Antidepressiva I. generace	407
7.4.2	Antidepressiva II. generace	409
7.4.3	Antidepressiva III. generace – SSRI, ASRI, SARI, NARI, DARI	410
7.4.4	Antidepressiva IV. generace: SNRI, NaSSA, DNRI	415
7.4.5	Inhibitory zpětného vychytávání – RUI, Hypericum perforatum	421
7.4.6	SRE – stimulanty zpětného vychytávání serotoninu	421
7.4.7	MASSA – agonisté melatoninových receptorů a antagonisté serotoninových receptorů	421
7.4.8	Inhibitory monoaminoxidázy (MAO)	422
7.4.9	Závěr	423
7.5	Anxiolytika	423
7.5.1	Propandiolová anxiolytika	425
7.5.2	Benzodiazepinová anxiolytika	425
7.5.3	Nebenzodiazepinová anxiolytika	430
7.6	Thymoprofylaktika	433
7.6.1	Lithium	434
7.6.2	Antiepileptika II. generace – valproáty a karbamazepin	436
7.6.3	Novější thymoprofylaktika – antiepileptika III. generace, lamotrigin, gabapentin, pregabalin, topiramát	437
7.7	Antipsychotika	440
7.7.1	Kontraindikace podání antipsychotik	442
7.7.2	Akutní podání	442

7.7.3	Antipsychotika první generace (AP I. generace)	443
7.7.4	Antipsychotika II. generace	449
7.7.5	Depotní antipsychotika – prevence relapsu	462
7.7.6	Interakce antipsychotik	463
7.8	Neuroprotektiva a kognitiva	464
7.8.1	Kognitiva	466
7.8.2	Další látky využívané k léčbě demence.	474
7.9	Léčiva používaná v léčbě závislosti na opioidech, alkoholu a tabáku	479
7.9.1	Detoxikace a detoxifikace	480
7.9.2	Substituční terapie	484
7.9.3	„Anti-cravingová léčba“	487
7.9.4	Senzibilizační léčba	488
7.9.5	Terapie závislosti na tabáku	490
7.10	Léčba erektilní dysfunkce	493
7.10.1	Stanovení diagnózy	494
7.10.2	Perorální léčba s centrálním účinkem, tzv. sexuální tonika, centrální alfa-2 adrenergní antagonisté	495
7.10.3	Perorální léčba s periferním účinkem	496
7.10.4	Další možnosti léčby	499
7.11	Fytoterapie v psychiatrii	502
7.11.1	Hypnotika a sedativa	502
7.11.2	Antidepresiva	506
7.11.3	Nootropika a prokognitiva	507
7.11.4	Ženšen	507
7.11.5	Bachovy květy nejsou byliny, ale homeopatika	507
7.12	Interakce psychofarmak, výhodné a nevýhodné kombinace psychofarmak	508
7.12.1	Farmaceutické interakce	511
7.12.2	Farmakokinetické interakce	511
7.12.3	Interakce na úrovni farmakodynamické	518
7.12.4	Některé vhodné a nevhodné kombinace antidepresiv a antipsychotik	521
7.12.5	Závěr	523
7.13	Intoxikace psychofarmaky	523
7.14	Psychofarmaka v nepsychiatrických indikacích	526
7.15	Volba psychofarmaka u definovaných skupin pacientů	529
7.15.1	Volba psychofarmaka v dětském věku	529
7.15.2	Volba psychofarmaka ve stáří	532
7.15.3	Volba psychofarmaka v graviditě a laktaci	534
7.15.4	Volba psychofarmaka při současné hyperplazii prostaty	542
7.15.5	Volba psychofarmaka při současné kardiopatii	543
7.15.6	Volba psychofarmaka při současné nefro- a hepatopatii	545
7.15.7	Volba psychofarmaka při současné nadváze	546
7.15.8	Volba psychofarmaka při současné sexuální dysfunkci	548
7.15.9	Volba psychofarmaka při současné Parkinsonově nemoci	551
7.15.10	Volba psychofarmaka při současné zvýšené záchvatové pohotovosti	555

8. FYZICKÉ OMEZENÍ A OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY	559
8.1 Omezovací prostředky v psychiatrii	559
8.2 Přijetí do lůžkového psychiatrického zařízení bez souhlasu nemocného	562
8.3 Aplikace psychofarmak bez souhlasu pacienta a umělá výživa sondou	564
9. BIOLOGICKÉ TERAPIE	566
9.1 Elektrokonvulzivní terapie (EKT)	567
9.1.1 Metodika postupu při EKT	568
9.1.2 Frekvence EKT	572
9.1.3 Nežádoucí účinky po EKT	572
9.1.4 EKT u speciálních populací	573
9.1.5 Souběžná farmakoterapie	573
9.1.6 EEG	574
9.1.7 Mechanismus účinku	574
9.1.8 Závěr	575
9.2 Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS)	575
9.2.1 Mechanismus stimulace	576
9.2.2 Mechanismus účinku	576
9.3 Vagová stimulace (VNS)	577
9.4 Fototerapie	578
9.5 Experimentální metody	580
9.5.1 Magnetická konvulzivní terapie (magnetic seizure therapy, MST)	580
9.5.2 Hluboká mozková stimulace (DBS)	580
10. PSYCHIATRICKÁ REHABILITACE A SOCIOTERAPIE	582
10.1 Cíle	582
10.2 Historie	583
10.3 Rehabilitace pracovní	584
10.4 Rehabilitace léčebná	585
10.5 Rehabilitace sociálně-psychologická a pedagogická	586
10.6 Rehabilitace sociálně-psychologická	587
10.7 Lázeňská léčba v psychiatrii	589
11. TERAPEUTICKÉ POSTUPY V LÉČBĚ DUŠEVNÍCH PORUCH	591
LITERATURA	592
REJSTŘÍK	613

ÚVOD

Když se setkáme s člověkem, který přijde do psychiatrické ordinace, je naší snahou rozpoznat, zda a jakou psychickou poruchou trpí. Hledání a rozpoznání dávno nebo nedávno objevených, zjištěných a pojmenovaných psychických poruch je vrcholem psychiatrovny činnosti. Prokazuje tím jak své odborné znalosti, tak i osobní inteligenci. V každém medicínském oboru v současné době existuje řada knih a příruček, které napomáhají nejen ke správné diagnostice, ale i co nejvhodnějšímu způsobu léčby. V současnosti je vývoj ve všech medicínských oborech, proto i v psychiatrii, velmi rychlý. Zvláště v terapii jsou změny tak rychlé, že při vydávání odborné literatury většího rozsahu dojde někdy již v průběhu jejího vydání k zastarání. Proto stručnější příručky mohou rychleji zachytit tyto změny.

S první snahou sepsat pomůcku pro správnou diagnostiku v psychiatrii přišel na počátku 20. století Antonín Heveroch, přestože v té době vyšla již učebnice psychiatrie Karla Kuffnera. Heveroch na podrobných a „klasických“ kazuistikách ukazuje, jak postupovat při hledání správného diagnostického závěru. Naučil tehdejší generaci psychiatrů, jak získat od pacienta informace, jak tvořit diagnostické závěry, jak diferenciatně diagnosticky uvažovat. I v současné době jsou jeho postupy příkladem. V průběhu let se ukázalo, jak psychiatr, stejně jako lékař jiného oboru, potřebuje své znalosti a vědomosti neustále doplňovat a aktualizovat. Od dob Heverochových byla několikrát změněna psychiatrická terminologie i nosologická koncepce. Již Heveroch na základě srovnání tehdejších různých klasifikačních systémů, které ve své knize v přehledu uvádí, tušil, že další vývoj stávající názory překoná.

Mnozí psychiatři upozorňovali, že mezi dobou vzniku nosologické koncepce a současností uplynula značná doba, psychiatrie se vyvíjela, a proto se klasická nosologie stává brzdou její další diferenciaci. Nosologická schémata byla odvozena z obrazů typických pro období azylové psychiatrie a nevyhovují proto současné psychiatrii především v její ambulatní a extramurální péči. Namítá se, že nosologická koncepce při neznalosti etiologie a patogeneze duševních poruch je konvence a měla by se měnit a vyvíjet současně s tím, jak se vyvíjí a mění psychiatrie.

Psychiatrie má v teorii medicíny významné místo na pomezí věd biologických a společenských. Ve vztahu k filozofii je ve svých abstrakcích ještě příliš konkrétní a bylo by nesprávné se domnívat, že znalost teorii psychiatrie znamená být filozoficky erudován. Někteří ambiciózní psychiatři a filozofové se snaží stavět psychiatrii do blízkosti filozofie. Jde o nepochopení místa a úlohy psychiatrie a její diskreditaci mezi ostatními medicínskými obory. Psychiatrii se tak přisuzují nespílitelné úkoly, pro které není teoreticky připravena a metodicky vybavena.

V posledních letech se stále více pozoruje útek od teorie oboru dovedené na příliš obecnou úroveň a návrat k psychiatrické praxi, k pacientovi jako zdroji poznání jak v psychoterapii, tak v psychiatrické praxi vůbec. Nově se má řešit vztah mezi vývojem

osobnosti a rozvojem duševní poruchy. Zjistit, jak je chorobný proces od svého vzniku včleněn do dynamiky osobnosti, jaký je vztah mezi premorbidní osobností a duševní poruchou, jak jsou tyto vztahy a jejich vývoj ovlivňovány terapeutickými zásahy. K řešení takových otázek napomáhá správná diagnostika a terapie, jak se je snažíme v této příručce ukázat.

Z HISTORIE ČESKÉ A SVĚTOVÉ PSYCHIATRIE

O psychických poruchách jsou zmínky jak ve starém Egyptě, tak Mezopotámii a později v Řecku. Za nejvýznamnějšího lékaře antické kultury je považován Hippokrates (460–377 př. Kr.), který se ve svých teoretických i praktických názorech na duševní poruchy odpoutal od dosavadního mystického pojetí. Jako první zastával názor, že duševní poruchy jsou chorobami mozku, ale byl zastáncem jen somatické terapie. Jeho hlavním léčebným postupem bylo vymýtít z těla nahromaděné tělesné šťávy.

Platon (427–347 př. Kr.) stejně jako jeho pokračovatel Aristoteles (384–322 př. Kr.) vycházeli z předpokladu, že člověk jako „tvor společenský“ (zoon politicon) se při poruše vztahu člověk a společnost dostává do krizových situací, které mohou vést k narušení jeho duševního stavu. Erasistratos (320–250 př. Kr.) zavedl uklidňující léčbu opiem. Asclepiades (124–56 př. Kr.) obohatil psychiatrickou léčbu muzikoterapií, rehabilitačním cvičením, vodoléčbou a pracovní terapií. Celsus (30 př. Kr. až 30 po Kr.) spojil Hippokratovo somatické léčení s terapeutickými snahami Asclepiovými a doporučoval u melancholiků hudbu, rozhovor, předcítání a naopak u „vzrušených“ cvičení do únavy.

Slavný Galenus (130–200) se o terapii duševně nemocných příliš nezajímal, byl spíše založen somaticky a nebyl ani pro psychologický přístup. Tato jeho zásada spolu s Hippokratovými „somatickými postupy“ se stala zákonem pro příštích čtrnáct století. Teprve od 16. století se postupně začínají v léčbě duševně nemocných uplatňovat i snahy psychologické a rehabilitační.

Když se ve 4. století rozpadla římská říše, v byzantské části se i nadále udržovaly postupy klasické starořecké terapie u duševně nemocných. Významným představitelem lékařské vědy se stal Avicena (Abu Ali ibn Sina 980–1037), který mimo jiné zjistil, že malarickou horečkou lze vyléčit epilepsii.

Johanneus Wierus (1515–1588) spolu s dalšími spolupracovníky odmítal náboženský exorcismus a zaváděl farmakologickou léčbu opiem, některými rostlinami (blín, kozlík aj.). Felix Plater (1536–1614), který popsal *flexibilitas cerea*, používal v léčbě duševně nemocných uspávací, vodoléčbu, masáže a tělesná cvičení. Antonio Valsalva (1666–1725) v Itálii zdůrazňoval vlídné zacházení s duševně nemocnými a pravidelný pracovní režim.

K výrazným změnám v péči o duševně nemocné dochází v druhé polovině 18. století. Začínají se ve větší míře uplatňovat psychologické a rehabilitační snahy. Ve Francii je to Filip Pinel (1745–1826), který v pařížském Bicetre prosazuje nové léčebné postupy, má humanitní přístup (zbavuje pacienty pout), zavádí terapii zaměstnáním a řadu dalších opatření. V jeho šlépějích pokračuje jeho žák J. E. D. Esquirol. V Itálii má podobné snahy Vincenzo Chiarugi (1759–1820), v Anglii John Conolly (1794–1886), v Rusku V. F. Sabler (1790–1870), v Německu Johann Langermann

(1768–1832), v Americe Benjamin Rush (1745–1813) a v Čechách Jan Theobald Held (1770–1851).

V českých zemích se o péči o duševně nemocné nejvíce zasloužil řád Milosrdných bratří, který od druhé poloviny 18. století budoval v řadě měst své nemocnice. Pro duševně nemocné ženy bylo v roce 1784 zřízeno samostatné oddělení v nemocnici u sv. Alžběty (dnes Na slupi 448/6, Praha 2). V roce 1790 byl v rámci Všeobecné nemocnice v Praze otevřen samostatný „ústav“ pro duševně nemocné (Tollhaus), který měl 60 lůžek. V roce 1822 byl otevřen další ústav pro duševně nemocné v bývalém klášteře sv. Kateřiny (dnes budova neurologické kliniky v Praze 2). V roce 1821 bylo zavedeno na pražské lékařské fakultě vyučování „choromyslnictví“. Vyučoval Held, který se stal zároveň přednostou nově zřízeného kateřinského ústavu.

Významným představitel reformních snah v péči o duševně nemocné se stal Heldův žák Josef Riedl (1803–1870), který byl od roku 1836 ředitelem ústavu u sv. Kateřiny. Uplatňoval nový přístup k nemocným, zavedl léčbu prací a řadu dalších rehabilitačních i lázeňských metod. Jeho léčebné snahy byly v té době známy v celé Evropě a řada psychiatrů se k němu jezdila učit. V roce 1840 se stal prvním docentem psychiatrie v Čechách. Zasloužil se o vybudování „Nového domu“, nynější psychiatrické kliniky v Praze 2. V roce 1851 odešel do Vídně. Po něm se stal ředitelem František Köstel (1812–1883), který ústav vedl do roku 1869. Uplatňoval názor, že duševní choroba je ve většině případů patologickým procesem mozku, je proto nutný tělesný klid na lůžku, protože tak se mozek lépe prokrvuje. Toto období bylo poplatné rozvoji patologické anatomie představované hlavně Rudolfem Virchowem (1821–1902, od roku 1856 přednosta patologicko-anatomického ústavu v Berlíně). Tomuto období je poplatná i Kraepelinova klasifikace, ve které splývá psychiatrie s ostatní medicínou.

Emil Kraepelin (1856–1926) zdůrazňoval pozorovací techniku, hledá korelaci základních příznaků s průběhem onemocnění, vyčleňuje určité jednotky onemocnění, zdůrazňuje význam prognózy. Položil základy psychiatrické nosologie a systematiky, v léčebných postupech byl „somatickem“. Česká psychiatrie byla úzce spjata s psychiatrií německou a švýcarskou, a proto i její názory se o tyto oblasti opírají. Zcela jiným postupům odpovídá Freudova psychoanalýza (Sigmund Freud 1856–1939).

Koncem 19. století dochází k budování psychiatrických ústavů v českých zemích (Brno–Černovice 1863, léčebna v Dobřanech 1881). V roce 1886 je zřízena česká lékařská fakulta v Praze. V té době došlo i k rozdělení psychiatrické kliniky v Praze na část českou a část německou (na té pracoval mimo jiné Arnold Pick, dřívější ředitel léčebny v Dobřanech, kde popsal po něm nazvanou formu demence). Po Köstelovi je přednostou pražského ústavu Jakub Fischel (od r. 1869 do r. 1885). Prvním přednostou české psychiatrické kliniky v Praze se stává profesor Benjamin Čumpelík v letech 1886–1891, který mimo jiné zřídil i chemickou a histologickou laboratoř. Tím se prohlubuje somatické pojetí duševních chorob na tomto pracovišti. Pokračuje v tom i jeho nástupce Bohuslav Hellich v letech 1891–1895, jehož speciálním oborem byla histopatologie. Dalším pokračovatelem „somatických“ tradic se stává profesor Karel Kuffner (1858–1940). Byl stoupencem psychiatrické koncepce Meynertovy, jehož byl žákem (Theodor Hermann 1833–1892, rakouský neuropsychiatr, „otec architektiky mozku“). Kuffner napsal dvoudílnou učebnici psychiatrie, obecná část vyšla v roce 1897, v roce 1900 vyšla část speciální, ve které rozdělil duševní choroby na

Psychozy prostě symptomatické (melancholie, manie, paranoia, amence, dementia) a Psychozy modifikované (např. paralysis progressiva).

Kuffnerovými žáky byla celá řada významných psychiatrů: Ladislav Haškovec (1866–1944, začal vydávat Revue v neurologii a psychiatrii, věnoval se neurologii), Antonín Heverech (1869–1927, autor Diagnostiky chorob duševních), Hubert Procházka (1885–1935, věnoval se soudní psychiatrii, přednosta psychiatrické kliniky v Brně po Bělohradském, byl zastřelen svým pacientem, paranoidním schizofrenikem, v den svých narozenin), Zdeněk Mysliveček (1881–1974, založil psychiatrickou kliniku v Bratislavě, po Kuffnerovi se v roce 1929 stal přednostou psychiatrické kliniky v Praze, napsal učebnici psychiatrie, věnoval se především histopatologii), Karel Bělohradský (1889–1929, založil psychiatrickou kliniku v Brně, věnoval se pedopsychiatrii).

Uvedení psychiatrii vchovali řadu významných žáků. Po Myslivečkovi se v roce 1956 stal přednostou psychiatrické kliniky v Praze Vladimír Vondráček (1895–1978, napsal řadu publikací, byl spíše pokračovatelem koncepce Heverocha). Dalšími přednosty psychiatrické kliniky se stali Jan Dobiáš (napsal Úvod do lékařské psychologie a společně s E. Vencovským učebnici psychiatrie), Jan Mečíř, Petr Zvolský a v současné době Jiří Raboch. Mezi významné žáky Myslivečka patřil i Lubomír Hanzlíček (1916–1984, první přednosta Výzkumného ústavu psychiatrického v Praze, který vznikl v roce 1960). Nástupci Hanzlíčka byli Jaroslav Gebhart a současný ředitel Cyril Höschl.

V Brně se po smrti Procházky stal přednostou J. Křivý (zemřel v roce 1942), dalším významným brněnským psychiatrem byl Josef Hádlík, který vedl kliniku od roku 1955 a zasloužil se o vybudování nové moderní psychiatrické kliniky. Jeho nástupci byli Karel Náhunek, Jaromír Švestka a současná vedoucí Eva Češková.

Po II. světové válce vznikly psychiatrické kliniky v dalších městech. V Olomouci kliniku vedl nejprve Josef Hádlík, který v roce 1955 přešel do Brna (současným přednostou je Ján Praško). V Hradci Králové v roce 1946 zřídil psychiatrickou kliniku Stanislav Krákora (1892–1959), po něm ji vedl Vilém Pelikán (1916–1980), Miroslav Zapletalek (nar. 1926), Herbert Hanuš (nar. 1934) a současným přednostou je Jan Libiger. V Plzni bylo po válce nejprve zřízeno E. Vencovským psychiatrické oddělení, které bylo později změněno na psychiatrickou kliniku. Tu v letech 1948–1950 vedl docent Václav Čedík, potom převzal vedení Eugen Vencovský (1908–1998). Ten se organizací mezinárodních konferencí (československo-polské, československo-jugoslávské) zasloužil o rozšíření mezinárodních kontaktů československých psychiatrů se zahraničními. Věnoval se mimo jiné historii psychiatrie jak české, tak zahraniční (viz jeho publikace na toto téma). Vychoval své následovníky: Vladislava Šedivce (nar. 1920), Milana Kolomazníka (nar. 1930). Současným vedoucím psychiatrické kliniky v Plzni je Jiří Beran.

Významným krokem v psychiatrickém školství bylo zřízení psychiatrické katedry IPVZ v roce 1955. Zakladatelem byl Josef Prokůpek (1906–1983), dalším vedoucím se stal Alojz Janík (1926–2001), který se zasloužil o její moderní koncepci. Po něm převzal vedení Karel Chromý.

Představiteli klinické psychiatrie na Slovensku byli Zoltán Klimó (1905–1974) v Košicích, Karol Matulay v Martině, Ernest Guensberger v Bratislavě. V Bratislavě

byli pokračovateli Guensbergera Ján Molčan, Eduard Kolibáš, Ivan Žucha a současný přednosta Vladimír Novotný.

Psychiatrická péče se ve značné míře odehrávala v psychiatrických léčebnách. Začátkem 20. století byla zřízena psychiatrická léčebna v Bohnicích u Prahy, později nově vybudovaná psychiatrická léčebna v Havlíčkově Brodě, jiné léčebny vznikly z klášterů. I v současné době je hlavní tíha psychiatrické péče na psychiatrických léčebnách. V našich podmínkách se zřizovaly léčebny o menší kapacitě (obvykle kolem tisíce lůžek, nepřesahovaly dva tisíce lůžek), oproti zahraničním léčebnám, např. v USA, kde se kapacita léčen pohybovala kolem pěti tisíc lůžek.

Přínosem pro terapii duševně nemocných se koncem 19. století stal rozvoj psychoanalýzy a dynamické psychiatrie. Zasloužil se o to Sigmund Freud a jeho následovníci. Znamenalo to zcela nový přístup k duševně nemocným a k novým terapeutickým postupům. Začátkem 20. století se začínají uplatňovat nové biologické formy terapie. Manfréd Sakel (1900–1957) zavedl inzulinovou terapii, o rozvoj šokových terapií se zasloužil Laslo von Meduna, který ve 30. letech minulého století začal používat kardiazolové šoky. V roce 1937 zavedli italsí psychiatři Cerletti a Lucio Bini elektrošokovou léčbu. Přelomem v léčbě duševně nemocných se stal rok 1952, kdy Deniker a Delay použili léčbu psychofarmaky (promethazin, chlorpromazin, reserpin a později další).

Evropská psychiatrie měla vliv i na rozvoj psychiatrie americké. Adolf Meyer (1866–1950) původně švýcarský psychiatr, odešel do USA v roce 1892 a stal se významnou osobností americké psychiatrie a jedním z těch, kteří změnili psychiatrii v dynamickou. Jeho názory se oprostily od koncepcí Kraepelinových a rozvinul sociální stránku psychiatrie, měl zájem o problémy člověka a konflikty v životě. Je pokládán za otce interpersonálního hlediska.

Mayer-Gross (nar. 1889) původně německý, později anglický psychiatr, který od roku 1934 pracoval v Maudsley Hospital v Londýně, se zabýval psychopatologií a terapií psychóz. Je spolu s dalšími autorem významné psychiatrické učebnice *Clinical Psychiatry* (Londýn, 1954).