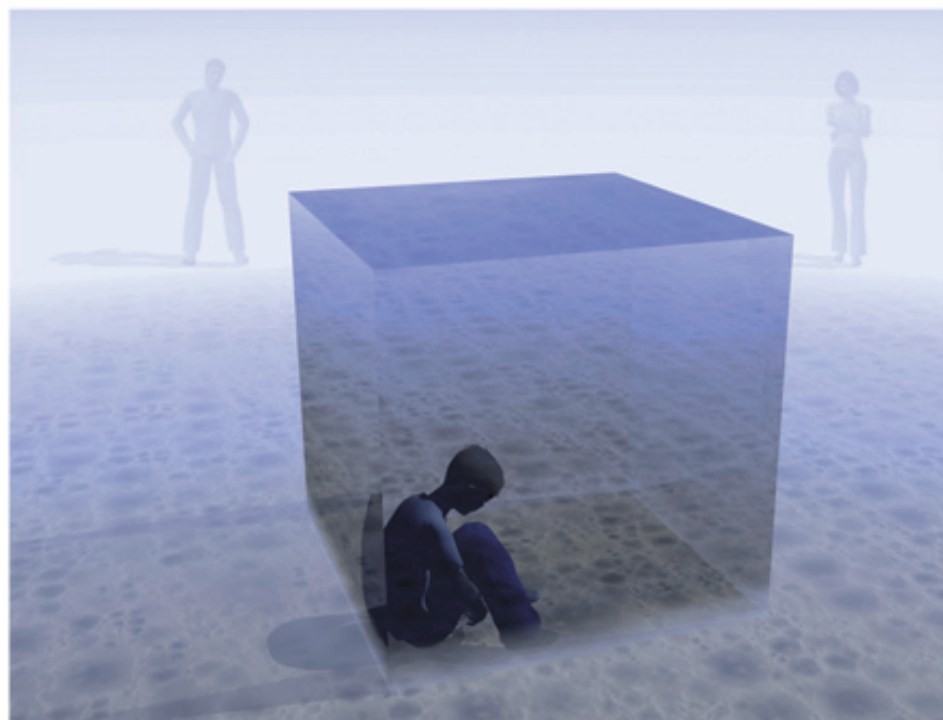


Karel Dušek, Alena Večeřová-Procházková

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 Arnavotová
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 šestinedělním (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 hypnosedaiva | 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 představitel 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).

Část I

DIAGNOSTIKA DUŠEVNÍCH PORUCH