

HELENA KUČEROVÁ

DIAGNÓZA

PSYCHÓZA

SYMPTOMY

HALUCINACE

DEPRESE

SYNDROMY

BOLEST

SEBEVRAŽDA

ANTIDEMENTIVA

V PSYCHIATRII

DEMENCE

DELIRIUM

STRACH

ANTIPSYCHOTIKA

BLUD

PSYCHOZA

FARMAKOTERAPIE

ILUZE

PSYCHOZA

MÁNIE

NEUROLEPTIKA

PRÍZNAKY

HYPNOTIKA

GALÉN

CEFALEA

ANTIDEPRESIVA

PSYCHOPATOLOGIE

APATIE

FOBIE

BLUD

ILUZE

ILUZE

NEUROLEPTIKA

AMENCE
HELENA KUČEROVÁ
DEPRESE
ANTIDEPRESIVA
PSYCHOPATOLOGIE
DIAGNÓZA
HALUCINACE
SYNDROMY
ÚZKOST
PSYCHÓZA
SYMPTOMY
SEBEVRAŽDA
FOBIE
TERAPIE
OBSESE
ANTIDEMENTIVA
BOLEST
V PSYCHIATRII
ANTIPSYCHOTIKA
DEMENCE
DELIRIUM
BLUD
STRACH
FARMAKOTERAPIE
ILUZE
MÁNIE
NEUROLEPTIKA
PŘÍZNAKY
HYPNOTIKA
GALÉN
CEFALEA

Autorka

MUDr. Helena Kučerová
Psychiatrická ordinace Hranice, okres Přerov

Recenzenti

MUDr. Radkin Honzák, CSc.
Ústav všeobecného lékařství, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha
prof. MUDr. Ladislav Hosák, Ph.D.
Psychiatrická klinika, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova
a Fakultní nemocnice Hradec Králové

Helena Kučerová
BOLEST V PSYCHIATRII

Vydalo nakladatelství Galén, Na Popelce 3144/10a, 150 00 Praha 5
Editor nakladatelství Lubomír Houdek
Šéfredaktorka nakladatelství Soňa Dernerová
Redakční spolupráce Naděžda Kubalíková
Použité ilustrace z archivu autorky
Obálka Ondřej Pfeiffer
Typografie a sazba Petra Veverková
Určeno odborné veřejnosti
První vydání v elektronické verzi
G 371041

www.galen.cz

Všechna práva vyhrazena. Tato publikace ani žádná její část nesmějí být reprodukovány, uchovávány v rešeršním systému nebo přenášeny jakýmkoli způsobem (včetně mechanického, elektronického, fotografického či jiného záznamu) bez písemného souhlasu majitelů autorských práv.

© Galén, 2018

ISBN 978-80-7492-406-4 (PDF)
ISBN 978-80-7492-407-1 (PDF pro čtečky)

OBSAH

Předmluva	9
▼ BOLEST, LATINSKY DOLOR	11
▼ STANOVENÍ PSYCHIATRICKÉ DIAGNÓZY	16
▼ PSYCHÓZA	21
▼ ZÁKLADNÍ PSYCHIATRICKÉ PŘÍZNAKY	23
Iluze a halucinace	23
Bludy	26
Myšlení nesouvislé (inkohorentní), slovní salát	27
Pseudofilozofování, plané mudrování	28
Myšlení vychudlé	28
Poruchy nálady, deprese, mánie	29
Úzkost (anxieta)	30
Emoční plochost, emoční oploštělost	30
Emoční nepřiléhavost	31
Emoční ambivalence, ambivalence	32
Hypobulie, abulie	32
Katatonie	32
Obsese (nutkavosti)	33
Obluzené vědomí, delirium a amence (zmatenost)	34
▼ HYPOCHONDRICKÝ SYNDROM	35
▼ KDYŽ SE ŘEKNE DEPRESE	37

▼ BOLEST U DEPRESIVNÍ REAKCE, REAKTIVNÍ DEPRESE, NEUROTICKÉ DEPRESE A U POSTTRAUMATICKÉ STRESOVÉ PORUCHY	38
Psychopatologie	38
Léčba neendogenních depresí	46
▶Psychoterapie.....	46
▶Léky	48
Kazuistika 1	49
Kazuistika 2.....	50
Kazuistika 3.....	54
Kazuistika 4	57
Odras tohoto druhu bolesti v krásné literatuře.....	58
▼ BOLEST U DEPRESE ENDOGENNÍHO CHARAKTERU	61
Psychopatologie	61
Léčba deprese endogenního charakteru	63
▶Léky	63
▶Psychoterapie.....	66
▶Klidový režim.....	67
▶Rehabilitace	68
▶Elektrokonvulzivní terapie	69
Kazuistika 5.....	69
Kazuistika 6.....	72
▼ BOLEST U SCHIZOFRENIE	77
Psychopatologie	77
Kazuistika 7.....	87
Léčba schizofrenie	87
▶Léky	87
▶Psychoterapie.....	89
▶Rehabilitace	90
Kazuistika 8	92
Kazuistika 9.....	93
Kazuistika 10	94
Kazuistika 11	102

▼ BOLEST U DEMENCÍ	106
Psychopatologie	106
Léčba demencí	107
Kazuistika 12	112
▼ BOLEST U PATOLOGICKÝCH ZÁVISLOSTÍ	114
Psychopatologie	114
Léčba patologických závislostí	116
Kazuistika 13	119
Kazuistika 14	125
▼ SEBEVRAŽDY	130
Rizikové faktory sebevražedného jednání	131
Rizikový pacient v ordinaci	134
Kazuistika 15	139
▼ TERAPIE BOLESTI U PSYCHICKÝCH PORUCH	142
Léky	143
▶Anxiolytika a hypnotika	143
▶Antidepresiva	144
▶Antipsychotika (neuroleptika)	145
▶Stabilizátory nálady	146
▶Antialzheimerika, antidementiva	146
Psychoterapie. Řešení konfliktu bolí	146
Rehabilitace a rehabilitační psychoterapie	150
▼ EUTANAZIE	157
Závěr	158
Poděkování	159
O autorce	160
Literatura	161
Rejstřík	173

Motto:

Občas je bolest to jediné, co máme.

Donald McCaig: Život Ruth⁽¹²²⁾

**Kdo má proč žít,
snese skoro jakékoli okolnosti.**

Pierre Teilhard de Chardin [in Röhr⁽¹⁶¹⁾]

Věnováno
mé skvělé fence Bobince, která,
když opustila tento svět,
způsobila mi velkou bolest.

PŘEDMLUVA

Vážení čtenáři,

co je to bolest, víme snad všichni. Bolest nás provází celý život, od útlého dětství přes produktivní dospělost až do vysokého stáří. Většina našich bolestí je vysloveně tělesná. Bolí nás zub, hlava, břicho, záda, nohy... Bolest je jedním ze základních příznaků zánětu kdekoli v organismu, bolest cítíme po úraze, bolest způsobují nádorová onemocnění. To vše je dobře známo a příslušní odborníci vyvíjejí maximální snahu o to, aby takováto bolest byla co nejmenší, aby ji pacienti nepocítovali vůbec, a když už je to nezbytné, aby ji snášeli co nejlépe.

Existuje však ještě jeden druh bolesti, a to bolest při různých stavech, poruchách a onemocněních duševních. To, co postižený jedinec prožívá, je také bolest, i když se nejedná o žádný zánět, úraz či nádor. Pro tuto bolest nelze najít žádný tělesný podklad, a přesto člověk bolest cítí, a někdy tak značnou, že si vezme život. Abychom se lépe zorientovali v tomto druhu bolesti, dovoluji si čtenáře zavést alespoň na okraj podivuhodného oboru psychiatrie a přiblížit mu základní diagnostické pojmy a diagnózy. Své vážené kolegy psychiatry prosím o shovívavost při čtení toho, což již dávno znají.

Bolest, ač velmi negativní prožitek, může v životě člověka někdy sehrát i pozitivní roli. Je to zejména tehdy, když si jedinec v důsledku bolesti vlastní nebo svých blízkých uvědomí, že by měl něco na sobě změnit, že by měl na sobě pracovat, že by měl zaujmout jinou životní filozofii a vést jiný životní styl. Bolest tak může být spouštěčem žádoucího rozvoje osobnosti, k níž by dotyčný jinou cestou nedospěl.

Moje knížka je určena především mým kolegům lékařům, psychologům, zdravotním sestřám, studentům, ale i laickým čtenářům, kteří mají bližší zájem o zlepšení své psychické kondice. Patří také všem, kteří v životě přišli o někoho, kdo jim byl drahý a jehož ztrátu pocítovali jako velkou bolest. Je psána též pro ty, kteří, ač sami zdraví, prožívali se svými blízkými jejich bolest a pomáhali jim nést jejich životní kříž. A v neposlední řadě ji věnuji jako vzpo-

mínku všem, kteří svou duševní bolest nezvládli a odešli ze života vlastním přičiněním, i když věděli, že to nemají dělat, ale prostě tíhu svého břemene neunesli.

Všem čtenářům přeji, aby v jejich životě bylo bolesti co nejméně, a pokud se nějaká vyskytne, aby s ní uměli zacházet pozitivně. Bez bolesti to totiž zatím v životě nejde. Tedy cum grano salis (se zrnkem soli).

Helena Kučerová

Bolest, latinsky dolor

Bolest je velmi nepříjemný vjem nebo soubor vjemů. V rámci osobnostních funkcí tedy patří mezi vnímání a je emočně zabarvena. Je to velice častý příznak různých nemocí, takže byla a stále je podrobována rozsáhlým výzkumům různých vědních oborů z oblasti filozofie, psychologie či medicíny. Je tu proto snaha stanovit definici bolesti a její různé popisy a kategorie. Ráda bych zmínila několik z nich, které mě zaujaly a které nejlépe vykreslí tento pojem.

Krásné a téměř poetické vyjádření toho, co je to bolest, líčí ve své knize *Chirurgie bolesti* významný český chirurg, akademik Arnold Jirásek⁽⁶⁸⁾: „Bolest kazí a ničí život lidský. Dosáhne-li určité síly a má-li delší trvání, bere člověku chuť k práci i radost ze života. Zabírá větší okruh jeho zájmů a obrací jeho zřetel k němu samému, k jeho bolesti. Vysiluje ho tělesně i duševně. Zesmutňuje ho, zamlžuje jeho jasný pohled do světa. Zúžuje jeho obzor. Odcizuje ho lidem vzdáleným, ale i blízkým. Nedá postiženému ani se vyspat ani najíst. Snižuje jeho tělesnou výkonnost i zdatnost, opotřebovává ho, mění i hubí jeho duševní schopnosti, ba i jeho mravní podstatu. A na konec – není-li mírněna nebo překonávána, udělá z člověka trosku, zahleděnou jen do své bolesti a ve světě i pro svět ztracenou. Ba vede ho k dobrovolné smrti, která je mu vítaným únikem z jeho utrpení.“

Vědecky, ale nikoli stroze, definuje bolest psycholog prof. Karel Paulík ve své knize *Psychologie lidské odolnosti*⁽¹⁴⁶⁾: „Bolest je nepříjemný zážitek, zpravidla doprovázející nebo upozorňující na možnost poškození organismu v důsledku fyziologické poruchy nebo vnějších destruktivních vlivů. Přitom může jít o poškození reálné, očekávané i domnělé. O bolesti se hovoří i v případě psychických útrap s víceméně neurčitou lokalizací nebo lokalizovaných prostřednictvím tělesných pocitů (pocit ‚tísne na prsou‘, ‚svírání žaludku‘ apod.). Podobně jako úzkost a strach má tedy bolest obran-

nou a signální funkci. Bolest je mnohostranně podmíněná a má mnoho podob... Pro člověka představuje signál, že je něco v nepořádku. Subjektivně je založena na vnímání (detekce, lokalizace), hodnocení (intenzita, závažnost, srovnání s dosavadní zkušeností, očekávání dalšího vývoje) a emočním doprovodem (zpravidla nelibost, ale je možné i její libé prožívání, např. u masochistů).“

Ve své knize *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*⁽¹⁵⁹⁾ autorky Jaroslava Raudenská a Alena Javůrková píše: „Bolest chápe medicína jako jeden z nejtypičtějších projevů onemocnění (zánětu, úrazu, nádoru), který upozorňuje na vznikající chorobu... Biomedicínský přístup rozlišuje bolesti těla jako součást somatického onemocnění a bolesti „duše“, tj. psychická onemocnění... Český jazyk ale nerozlišuje, jedná-li se o bolest psychickou či fyzickou. Bolest vyjádřená řečí je jen jedna, teprve dalším rozvinutím lze zjistit, jedná-li se o bolesti hlavy, zad nebo o zoufalství... např. anglický jazyk užívá dva pojmy: bolest (angl. pain) a utrpení (angl. suffering), ale často je užívá jako synonyma...“

Fundovanou definici bolesti uvádějí také Pavel a Helena Hartlovi ve svém *Velkém psychologickém slovníku*⁽⁵¹⁾: „Bolest, pain, algie; nepříjemný až nesnesitelný smyslový vjem a citový zážitek subjektivní povahy; vyvolává ji jakýkoli podnět dostatečně silný na to, aby mohl poškodit tkáň; receptory bolesti jsou uloženy i v hlubších částech kůže a jiných tělesných tkáních jako volně rozvětvená nervová zakončení;... k nejčastějším fyziologickým projevům patří: zavírání očí, svírání obočí, otevírání úst, zatínání pěstí; vnímání intenzity bolesti se různí podle povahy a vyrovnanosti trpícího; hůře než intenzita bolesti se snáší její trvání, náhlá bolest než vleklá, nejhůře však strach, co bolest může znamenat; vnímání bolesti je ovlivňováno též kulturou, v níž jedinec vyrůstal, a jeho minulými zážitky.“

P. Hartl a H. Hartlová⁽⁵¹⁾ samostatně popisují termín „bolest psychická, mental pain, duševní utrpení; vzniká často ze ztráty a zmaření snů, je provázena pocity viny, výčitkami svědomí a bezradností; může být neústupná a intenzivnější než bolest fyzická, v některých případech jsou psychickou bolestí vyvolány somatické příznaky“.

K této definici bych si dovolila dodat, že k pojmu psychické bolesti lze zařadit nejen hořkost ze ztráty a zmaření snů, ale také bolest

ze ztráty milované osoby, ze ztráty zdraví, ze ztráty domova, ze ztráty práce a další životní situace, které lze označit za zátěžové. Tyto situace a jejich bolestivé prožívání pak vedou, jak uvedeno také níže, k různým poruchám vnitřních metabolických pochodů v těle, k poruchám hormonální vyváženosti, k poruchám imunity, a tím vším mohou přispět ke vzniku různých tělesných onemocnění.

Za zmínku stojí také více než 100 let stará definice bolesti B. I. Gilmana⁽⁴⁵⁾: „Fyzická bolest je nepříjemný pocit (disagreeable sensation) lokalizovaný v těle. Tato lokalizace může být všeobecná nebo speciální, vágní nebo přesná. Bolesti lokalizované skrze celé tělo nebo které nemohou být upřesněny, kde to bolí, jsou nazývány jako malátnost či nevolnost (malaises) nebo pocity těžkosti, neschopnosti, vyčerpání, neklidu (nespavost nebo nervozita) nebo horečnatosti (feverishness).“

Že má bolest mnoho podob, víme také ze svých vlastních zkušeností. Akademik Jirásek vyjmenovává ve své knize *Chirurgie bolesti*⁽⁶⁸⁾ popisy rázu bolestí, jak je zaznamenal u svých nemocných: „Jasná, temná, určitá, neurčitá, blesková, vystřelující, střelivá, neodbytná, štvavá, mučivá, ničující, palčivá, horká, vařící se, žhavá, studená, bodavá, píchavá, tepavá, škubavá, vrtavá, dloubavá, rýpavá, tahavá, trhavá, řezavá, tlačivá, šimravá, lechtivá, drásavá, drtivá, vířící, hlodavá, kousavá, svědivá, křečová, tíživá, napínavá, svíravá, kroutivá, napjatá, děsivá, úzkostná, postrašující. Těmito čtyřiceti čtyřmi přívlastky však není vyčerpáno líčení nemocného, snažícího se vyjádřit své utrpení.“

Barvitý popis duševní bolesti najdeme také nejen v odborné literatuře, ale i v beletrii, např. v románu *Jih proti severu* Margaret Mitchellové. Bolest hlavní hrdinky Scarlett O'Harové, když zjistila, že její milý si bere za manželku jinou dívku, je vyjádřena takto: „Obličej měla zkřivený bolestí a ústa ji bolela, jak se musela nutit do úsměvů, aby skryla své tajemství. Unaveně se zhroutila do křesla... a srdce se jí rozbušilo zoufalstvím, div jí neroztrhlo prsa. Bilo podivnými drobnými záškuby, ruce měla studené a pocit katastrofy ji doslova drtil... Bolest jí vystřelila k srdci tak prudce, jako by se jí do něj zakously zuby divoké šelmy.“⁽¹²⁹⁾

Fyziologií bolesti, její neurologickou podstatou, léčbou i vztahem k psychice se zabývají také dvě významné, více než tisícistránkové publikace, ze kterých mohou čerpat všichni zájemci o příči-

ny, projevy a léčbu tělesné bolesti. Jsou to v České republice knihy Richarda Rokyty et al.^(163,164) a ve světové literatuře S. B. McMahon et al.⁽¹²³⁾

Souvislost bolesti a psychiky můžeme pozorovat i z jiného pohledu. Opět si dovolím citovat Arnolda Jiráka⁽⁶⁸⁾: „Je pravda, že mohutné dojmy a usilovné zaměření celé naší pozornosti a síly v jeden směr dovedou na určitou dobu bolest úplně zatlačit do ústraní, aby zas vystoupila, až opadne tato příčina. Známe takové příhody u lidí prchajících před velkým nebezpečím, kde zapomněli na bolest a rány svých nohou a vykonali vlivem zděšení dlouhou cestu. Vypráví se o francouzském nemocném, který měl neuralgii trojklaného nervu, velmi ho sužující. Když nastaly hrozné dny při obležení Paříže pruským vojskem (v roce 1871), svou neuralgii ztratil, aby ji zase dostal, když Paříž byla osvobozena. Jsou známy scény nedbání bolesti v zápalu boje nebo záchvatu zlosti. Obdobný podklad má bezbolestnost lidí, zaujatých mocnou pro ně myšlenkou (křesťanští mučedníci, husitští bojovníci, vyznavači národních myšlenek).“

Murat Aydede ze Stanfordovy univerzity ve své filozofické práci s názvem *Pain*⁽⁶⁾ píše: „Bolest je nejvýznamnější člen kategorie pocitů známých jako tělesné pocity (bodily sensations), které zahrnují svědění či svrbění, (itches), lehtání, šimrání (tickles), brnění, štípání, pálení (tingles), orgasmus a další. Tělesné pocity jsou typicky charakterizovány konkrétními rysy, jako je objem, intenzita, trvání atd. a jsou obvykle označovány jako pocity fyzické kvality. Jsou často považovány za privátní, subjektivní, intimní a jsou zdrojem velmi osobního uvědomování a zkušeností.“ To je podle autora důvod ke vzniku dvou základních filozofických proudů, a sice jednoho, který považuje bolest za tělesnou kvalitu, kterou vnímáme stejně jako zrak, sluch, hmat atd., a druhého, který toto neuznává a klade důraz spíše na emocionální složku bolesti. Závěrem autor konstatuje, že druhá polovina 20. století byla jakousi revolucí v rozvoji vědy o bolesti, představovanou zejména autory Melzackem, Wallem a Caseyem^(125,126), která kladla důraz více na senzorycký výzkum a výklad bolesti, než na její afektivní složku. Vývoj filozofie se však ubíral spíše oním emocionálním směrem. A autor se ptá: „Cítí živočichové (animals) bolest? A jestli ji cítí, je tato bolest srovnatelná s tím, co cítíme my lidé? Jaké jsou sociální, eko-

nomické, etické a náboženské důsledky kladných odpovědí na tyto otázky? Jak je možno vědecky studovat živočišnou bolest? Jaká by měla být metodologie vědeckého výzkumu živočišné bolesti všeobecně a u zvířat obzvláště? Paralelně se tak dostáváme k podobným otázkám v případě lidských plodů a malých dětí. Jaký je vztah mezi bolestí a radostí a mezi bolestí a emocemi všeobecně? Jaký je etický a náboženský status bolesti a jeho důsledky? Tyto a mnohé další otázky zůstávají nezodpovězeny jako výzva pro vědecké pracovníky na tomto poli.“ [Viz též C. C. Braddock⁽¹⁹⁾, J. A. Haythornthwaite a L. M. Benrud-Larson⁽⁵³⁾.]

Nicméně záměrem této knihy není fyziologie, ani neurologie, filozofie či chirurgie bolesti, nýbrž snaha vykreslit psychopatologické obrazy s bolestmi a poukázat na bolest u psychiatrických pacientů, tedy u lidí, kteří přišli k lékaři se žádostí o pomoc v oblasti psychiky. Někdy udávají konkrétní bolest, není to vždy jen „bolest duše“, jsou to také bolesti těla, které však nejsou ani zánětem, ani nádorem, ani se nejedná o úraz. Jsou to bolesti, které nemají organický podklad, tedy nelze u nich zjistit fyzickou příčinu bolesti, ale bolesti to skutečně jsou a jejich příčinou je porucha psychiky.

Stanovení psychiatrické diagnózy

Lidé k psychiatrovi obvykle nechodí, když je něco bolí. Na psychiatrii se chodí s nespavostí, s pocity přepracovanosti, se smutnou náladou, s poruchami paměti, s problémy s alkoholem. Když má člověk nějakou bolest, jde obvykle k praktickému lékaři nebo je vyšetřen přímo specialistou z příslušného oboru: internistou, chirurgem, gynekologem, očařem, zubařem. Psychiatr se o bolesti pacienta dozví teprve při podrobném rozhovoru, exploraci, kdy pacient obvykle mluví o úplně jiných věcech. Psychiatr si musí z počátečního volného povídání pacienta učinit jistý předobraz diagnózy a podle toho dále zaměřit hovor cílenými dotazy na příznaky, které jsou relevantní. A teprve při tomto cíleném rozhovoru lékař může objevit i nějaké příznaky bolesti nemocného. Jsou však i pacienti, u nichž je bolest hlavním příznakem jejich potíží, a proto navštíví lékaře somatického (praktického nebo jiného odborníka), a teprve když tito lékaři zjistí, že pacientova bolest nemá tělesnou příčinu, je pacient poslán na psychiatrii. V tomto případě se to ovšem pacientovi většinou nelíbí, protože svou bolest považuje za tělesnou chorobu a její psychiatrický původ pocituje jako hanbu nebo ponížení a často tedy špatně spolupracuje.

Je třeba mít neustále na zřeteli, že diagnózu nedělá jediný příznak. Příznaky, neboli symptomy, spolu vytvářejí soubory příznaků, neboli syndromy, a z nich se pak stanovuje diagnóza, klasicky zvaná nozologická, tedy diagnóza nemoci, choroby. Nyní se v některé literatuře objevuje snaha místo termínu choroba používat termín porucha, anglicky disorder, což ovšem v češtině významově není totéž, a proto si dovolím držet se klasického označení. Např. halucinace je porucha vnímání, ale není to choroba. Halucinace je příznak, je to porucha psychotická, čili vyskytuje se u stavů, kte-

ré jsou psychotické, a ty se mohou vyskytovat u různých chorob (deprese, schizofrenie aj.). Naopak schizofrenie není porucha, ale nemoc, u níž se mohou vyskytovat různé poruchy.

Ve svém editoriale k článku *Jaká diagnóza v psychiatrii?* (What Diagnosis in Psychiatry?) rozebírá R. Michele⁽¹²⁸⁾ (Study and Research Center Gaetano Perusini v Římě) padesátileté diskuse a rozpaky psychiatrů nad tím, jak vlastně stanovovat psychiatrickou diagnózu. Vzdor tomu, že jsou celosvětově prováděny nejrůznější studie, nedobrli se zatím odborníci k jednotným názorům ani postupům. Raja Michele popisuje současnou cestu od symptomů (symptomes) přes syndromy (syndromes), poruchy (disorders) k nemocem (diseases). Termín „symptom“ znamená viditelné chování nebo stav a je to nejnižší rovina analyzování přítomného problému. Termíny „syndrom“ a „porucha“ staví autor na stejnou rovinu této analýzy. A skupinu syndromů, které se vyskytují společně nebo se společně časem mění, nazývá „nemoc“, což je nejvyšší rovina této analýzy. Autor doporučuje soustředit se na rovinu nejnižší, na příznaky, a hledat léky, kterými by bylo možno ovlivňovat nikoli celý syndrom, poruchu či nemoc, ale jednotlivé symptomy, podobně jako je tomu u hypertenze, hypercholesterolémie, horečky nebo bolesti.

Nejsem si jista, jestli je tento model terapeutického ovlivnění farmaky u psychických poruch možný. Bolest hlavy (cefalea) můžeme ovlivnit nějakým analgetikem, pokud se nejedná o poruchu celého organismu, např. pokud je to bolest z únavy nebo při bolesti zubu. Ale např. bolest hlavy při horečce už vlastně léčíme tím, že snižujeme horečku nebo podáváme antibiotika na celkovou infekci organismu. Nemusíme tedy působit zvlášť na cefaleu a zvlášť na jiné příznaky. Ještě složitější je to u poruch psychiky obecně, a zejména u poruch psychotických. Nedovedu si dost dobře představit, že např. při atace schizofrenie bychom měli zvlášť podávat léky na halucinace, zvlášť na bludy, zvlášť na anxieta (úzkost), zvlášť na motorický neklid atd. Schizofrenní ataku je nutno z podstaty nemoci léčit jako celek.

Postup od příznaku k nemoci lze nazvat **pyramidový přístup** při tvorbě diagnózy, kdy ze změní nejrůznějších potíží nemocného vybereme ty podstatné, které spolu souvisejí, a z nich pak sestavíme a postavíme diagnózu, která tvoří jakýsi vrchol oné pomysl-

né pyramidy. Diagnóza je nejprve pracovní, tu pak časem tříbíme a dotváříme podle vývoje nemoci. Já osobně jsem příznivcem tohoto pyramidového přístupu a ve své praxi jej uplatňuji.

Avšak ne všechny psychiatrické proudy tuto metodu preferují. Některé dávají přednost prostému plošnému vyjmenování příznaků s následným statistickým hodnocením, které sice ukazuje, jak často se ten který příznak nebo skupina příznaků u té které poruchy vyskytuje, ale nic neříká o vzájemných vazbách těchto příznaků i dalších okolnostech, za jakých se vyskytují. Nejednou jsou také dohromady zpracovávány studie z různých pracovišť ve světě, které nejsou metodicky stejné a ve kterých právě stanovení toho kterého příznaku může být velmi odlišné vzhledem k velkému počtu zúčastněných lékařů nebo psychologů a také vzhledem k odlišnosti diagnostických zvyklostí v té které zemi. [Viz též I. Stehnová et al.⁽¹⁸²⁾.] Takovéto dalekosáhlé studie vznikají ve snaze učinit zadosilnému tlaku některých významných vědeckých osobností a pracovišť po produkci studií typu evidence based medicine (EBM), tedy po medicíně založené na viditelných (nebo též prokazatelných) důkazech. V psychiatrii prostě nemůžeme chtít všechno vidět nebo zřetelně prokázat. Nemůžeme vidět nebo slyšet halucinace, které vidí nebo slyší náš pacient, nemůžeme zažívat jeho depresi, stejně tak jako nemůžeme vnímat jeho bolest. Pacientovi prostě tyto jeho potíže musíme věřit. [Viz též P. Bracken et al.⁽¹⁸⁾, H. Kučerová⁽¹⁰¹⁾, R. Ptáček⁽¹⁵²⁾, D. L. Sacket⁽¹⁶⁹⁾.]

Při stanovování diagnózy je jednou z nejdůležitějších věcí si uvědomit, že není příznak jako příznak. Některé příznaky mají větší hodnotu než jiné. Příznaky nejsou osamocené fenomény stojící někde jako sám voják v poli. Příznaky jsou spolu svázané a neustále se navzájem ovlivňují. To, že je mechanisticky popisujeme, abychom se v nich vyznali a abychom vůbec byli schopni aktuální psychický stav pacienta popsat pro vzájemnou informovanost, je jen diagnostická pomůcka. Psychická nemoc by se dala přirovnat k atomu, který není jednolitou částicí hmoty, ale jsou v něm další částice, které jsou v neustálém pohybu a vzájemném působení. Diagnostický proces proto musíme této dynamice přizpůsobit.

Pacient postižený nějakou formou psychické poruchy může mít dvojí druh bolesti. Jednak je to bolest výše popsaná jako „bolest duše“. Je to tedy stav celkové duševní a často i tělesné nevolnosti,