

Psychiatrie a pedopsychiatrie

Ladislav Hosák

Michal Hrdlička

Jan Libiger

a kolektiv

Psychiatrie a pedopsychiatrie

prof. MUDr. Ladislav Hosák, Ph.D.

prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc.

prof. MUDr. Jan Libiger, CSc.

a kolektiv

Recenzovali:

prof. MUDr. Eva Češková, CSc.

doc. MUDr. Tomáš Kašpárek, Ph.D.

Vydala Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum

Redaktorka publikace Jana Jindrová

Grafická úprava Zdeněk Ziegler

Sazba a zlom DTP Nakladatelství Karolinum

Vydání první

© Univerzita Karlova v Praze, 2015

© Ladislav Hosák, Michal Hrdlička, Jan Libiger a kolektiv, 2015

ISBN 978-80-246-2998-8

ISBN 978-80-246-3011-3 (pdf)



Univerzita Karlova v Praze
Nakladatelství Karolinum 2015

www.karolinum.cz
ebooks@karolinum.cz

Vedoucí kolektivu spoluautorů:

prof. MUDr. Ladislav Hosák, Ph.D.

prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc.

prof. MUDr. Jan Libiger, CSc.

Kolektiv autorů:

Mgr. Jan Bažant, Pardubická nemocnice

MUDr. Věra Bažantová, Psychiatrická klinika Lékařské fakulty UK v Hradci Králové a Fakultní nemocnice Hradec Králové

MUDr. Jitka Bušková, Ph.D., Institut spánkové medicíny, Národní ústav duševního zdraví, Klecany; Neurologická klinika 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

MUDr. Iva Dudová, Ph.D., Dětská psychiatrická klinika 2. lékařské fakulty UK a Fakultní nemocnice v Motole

MUDr. Anna Hanušová, Psychiatrická klinika Lékařské fakulty UK v Hradci Králové a Fakultní nemocnice Hradec Králové

MUDr. Martin Hollý, MBA, Psychiatrická nemocnice Bohnice

MUDr. Radkin Honzák, CSc., Ústav všeobecného lékařství 1. lékařské fakulty UK; IKEM Praha; Psychiatrická nemocnice Bohnice

prof. MUDr. Ladislav Hosák, Ph.D., Psychiatrická klinika Lékařské fakulty UK v Hradci Králové a Fakultní nemocnice Hradec Králové

Mgr. Jiřina Hosáková, Ústav ošetřovatelství, Fakulta veřejných politik, Slezská univerzita v Opavě

prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc., Dětská psychiatrická klinika 2. lékařské fakulty UK a Fakultní nemocnice v Motole

MUDr. Jela Hrnčiarová, Psychiatrická klinika Lékařské fakulty UK v Hradci Králové a Fakultní nemocnice Hradec Králové; Léčebna návykových nemocí, Nechanice

PhDr. Lukáš Humpl, Katedra interních oborů Lékařské fakulty Ostravské univerzity; Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje

MUDr. Martin Hýža, Oddělení psychiatrické Fakultní nemocnice Ostrava a Katedra interních oborů Lékařské fakulty Ostravské univerzity

MUDr. Vladislav Chvála, Středisko komplexní terapie, Liberec

MUDr. Jiří Konrád, Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod

MUDr. Richard Köhler, Psychiatrická klinika Lékařské fakulty UK v Hradci Králové a Fakultní nemocnice Hradec Králové

prof. MUDr. Jan Libiger, CSc., Psychiatrická klinika Lékařské fakulty UK v Hradci Králové a Fakultní nemocnice Hradec Králové

doc. MUDr. Jiří Masopust, Ph.D., Psychiatrická klinika Lékařské fakulty UK v Hradci Králové a Fakultní nemocnice Hradec Králové

Mgr. Jiří Michalec, Katedra interních oborů Lékařské fakulty Ostravské univerzity; Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

MUDr. Petr Mílek, Psychiatrická klinika Lékařské fakulty UK v Hradci Králové a Fakultní nemocnice Hradec Králové

prof. MUDr. Hana Papežová, CSc., Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

MUDr. Ondřej Pěč, Ph.D., 1. lékařská fakulta UK v Praze; Klinika ESET Praha

MUDr. Birgita Slováčková, Ph.D., Psychiatrická klinika Lékařské fakulty UK v Hradci Králové a Fakultní nemocnice Hradec Králové

Mgr. Zuzana Svobodová, Oddělení psychiatrické Fakultní nemocnice Ostrava

MUDr. Tereza Szymanská, Psychiatrická klinika Lékařské fakulty UK v Hradci Králové a Fakultní nemocnice Hradec Králové

MUDr. Petr Šilhán, Oddělení psychiatrické Fakultní nemocnice Ostrava a Katedra interních oborů Lékařské fakulty Ostravské univerzity

MUDr. Jiří Švarc, Ph.D., Psychiatrická nemocnice Bohnice

MUDr. Ivan Tůma, CSc., Psychiatrická klinika Lékařské fakulty UK v Hradci Králové a Fakultní nemocnice Hradec Králové

MUDr. Bc. Libor Ustohal, Ph.D., Psychiatrická klinika Lékařské fakulty Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice Brno; Středoevropský technologický institut, Masarykova univerzita

doc. MUDr. Martin Vališ, Ph.D., Neurologická klinika Lékařské fakulty UK v Hradci Králové a Fakultní nemocnice Hradec Králové

doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc., Sexuologický ústav 1. lékařské fakulty UK v Praze

MUDr. Irena Žirková, Psychiatrická klinika Lékařské fakulty UK v Hradci Králové a Fakultní nemocnice Hradec Králové

Obsah

Úvod /15

1. **Krátká historie psychiatrie** (*Jan Libiger*) /16
2. **Organizace psychiatrické péče v ČR a připravovaná reforma**
(*Martin Holý*) /28
3. **Klasifikace v psychiatrii** (*Jan Libiger*) /35
4. **Vyšetření pacienta v psychiatrii** (*Věra Bažantová*) /42
5. **Základy psychopatologie** (*Ladislav Hosák*) /56
6. **Laboratorní a pomocné vyšetřovací metody v psychiatrii**
(*Richard Köhler, Jan Bažant*) /76
7. **Organické duševní poruchy** (*Jiří Konrád*) /117
 - 7.1 Primární neurodegenerativní demence /119
 - 7.1.1 Alzheimerova nemoc a demence u Alzheimerovy nemoci /119
 - 7.1.2 Demence s Lewyho tělísky /126
 - 7.1.3 Skupina frontotemporálních lobárních degenerací /129
 - 7.1.4 Demence u Parkinsonovy nemoci /130
 - 7.1.5 Demence u Huntingtonovy nemoci /131
 - 7.1.6 Creutzfeldtova-Jakobova nemoc /132
 - 7.2 Sekundární demence /133
 - 7.2.1 Vaskulární demence /133
 - 7.2.2 Ostatní sekundární a symptomatické demence /135
 - 7.3 Delirium, které není vyvoláno návykovými látkami
(tzv. organické delirium) /135
 - 7.4 Další organické duševní poruchy /138

- 8. **Závislost na návykových látkách** (*Ľeta Hrnčiarová*) /142
 - 8.1 Epidemiologie /142
 - 8.2 Etiopatogeneze /143
 - 8.3 Klinické príznaky /148
 - 8.3.1 Alkohol /150
 - 8.3.2 Opioidy /160
 - 8.3.3 Kanabinoidy /163
 - 8.3.4 Léky s návykovými vlastnosťmi /165
 - 8.3.5 Stimulancia /167
 - 8.3.6 Kofein /171
 - 8.3.7 Nikotin /172
 - 8.3.8 Halucinogeny /173
 - 8.3.9 Těkavé látky /174
 - 8.3.10 Anabolické steroidy /174
 - 8.4 Vyšetřovací metody /175
 - 8.5 Průběh a prognóza /175
 - 8.6 Léčba /175
 - 8.6.1 Standardní odvykací léčba závislosti /176
 - 8.6.2 Nezdravotnické možnosti léčby závislosti /179

- 9. **Schizofrenie a jiné psychotické poruchy** (*Ľan Libiger*) /181
 - 9.1 Schizofrenie /182
 - 9.2 Schizotypní porucha /197
 - 9.3 Porucha s bludy /200
 - 9.4 Akutní a přechodná psychotická porucha /204
 - 9.5 Schizoafektivní porucha /207

- 10. **Afektivní poruchy - poruchy nálady** (*Ivan Tůma*) /212
 - 10.1 Bipolární afektivní porucha /212
 - 10.2 Depresivní epizoda, rekurentní depresivní porucha /224
 - 10.3 Trvalé poruchy nálady /236

- 11. **Úzkostné poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy** (*Těreza Szymanská*) /241
 - 11.1 Fobické úzkostné poruchy /251
 - 11.1.1 Agorafobie /251
 - 11.1.2 Sociální fobie /252
 - 11.1.3 Specifická (izolovaná) fobie /255
 - 11.2 Jiné anxiózní poruchy /255
 - 11.2.1 Panická porucha /255
 - 11.2.2 Generalizovaná úzkostná porucha /257
 - 11.2.3 Smíšená úzkostná a depresivní porucha /258

- 11.3 Obsedantně-kompulzivní porucha /259
- 11.4 Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení /261
 - 11.4.1 Akutní stresová reakce /261
 - 11.4.2 Posttraumatická stresová porucha /262
 - 11.4.3 Porucha přizpůsobení /263
- 11.5 Disociativní poruchy /266
- 11.6 Somatoformní poruchy /270
 - 11.6.1 Somatizační porucha /270
 - 11.6.2 Hypochondrická porucha /271
 - 11.6.3 Somatoformní vegetativní dysfunkce /272
 - 11.6.4 Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha /273
- 11.7 Neurastenie /275

- 12. **Poruchy příjmu potravy** (*Hana Papežová*) /278

- 13. **Neorganické poruchy spánku** (*Jitka Bušková*) /292
 - 13.1 Neorganická nespavost /292
 - 13.2 Neorganická hypersomnie /294
 - 13.3 Neorganická porucha rytmu spánků–bdění /295
 - 13.4 Náměsíčnictví (somnambulismus) /297
 - 13.5 Spánkové děsy (noční děsy – pavor nocturnus) /298
 - 13.6 Noční můry /298

- 14. **Sexuální dysfunkce** (*Jaroslav Žvěřina*) /300
 - 14.1 Sexuální dysfunkce u žen /301
 - 14.1.1 Nízký zájem o sex /301
 - 14.1.2 Nízká sexuální vzrušivost /302
 - 14.1.3 Poruchy orgasmu /303
 - 14.1.4 Dyspareunie a algopareunie /303
 - 14.1.5 Vaginismus /304
 - 14.1.6 Poruchy sexuální satisfakce /304
 - 14.1.7 Premenstruální tenze /305
 - 14.2 Sexuální dysfunkce u mužů /305
 - 14.2.1 Nízká sexuální apetence /305
 - 14.2.2 Poruchy erekce /306
 - 14.2.3 Překotná (předčasná) ejakulace /308
 - 14.2.4 Anorgasmie /309
 - 14.2.5 Orgasmus retardatus /309
 - 14.2.6 Anejakulace při orgasmu („suchý orgasmus“) /310
 - 14.2.7 Priapismus /311

15. **Poruchy osobnosti a chování u dospělých**
(*Ladislav Hosák, Jaroslav Žvěřina*) /312
- 15.1 Specifické poruchy osobnosti (*Ladislav Hosák*) /312
- 15.2 Návykové a impulzivní poruchy (*Ladislav Hosák*) /318
- 15.3 Homosexualita (*Jaroslav Žvěřina*) /321
- 15.4 Poruchy pohlavní identity (*Jaroslav Žvěřina*) /322
- 15.4.1 Transsexualita /322
- 15.5 Poruchy sexuální preference (parafilie) (*Jaroslav Žvěřina*) /323
- 15.5.1 Pedofilie /324
- 15.5.2 Fetišismus /325
- 15.5.3 Exhibicionismus /326
- 15.5.4 Slídičství /327
- 15.5.5 Patologická sexuální agresivita /327
- 15.5.6 Sadismus (algolagnie) /328
- 15.5.7 Masochismus /330
- 15.5.8 Sexuální deviace kombinované /330
- 15.6 Münchhausenův syndrom (faktitivní porucha, předstíraná porucha)
(*Ladislav Hosák*) /331
16. **Mentální retardace** (*Ladislav Hosák*) /332
17. **Poruchy psychického vývoje** (*Michal Hrdlička, Iva Dudová*) /337
- 17.1 Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka /337
- 17.2 Specifické vývojové poruchy školních dovedností /339
- 17.3 Specifická vývojová porucha motorické funkce /340
- 17.4 Pervazivní vývojové poruchy /341
18. **Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci**
(*Michal Hrdlička, Iva Dudová*) /357
- 18.1 Hyperkinetické poruchy /357
- 18.2 Poruchy chování /367
- 18.3 Smíšené poruchy chování a emocí /375
- 18.3.1 Depresivní porucha chování /375
- 18.4 Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství /376
- 18.4.1 Separáčnická úzkostná porucha v dětství /376
- 18.4.2 Fobická úzkostná porucha v dětství /377
- 18.4.3 Sociální úzkostná porucha v dětství /379
- 18.4.4 Porucha sourozenecké rivality /380
- 18.4.5 Generalizovaná úzkostná porucha v dětství /380
- 18.5 Poruchy sociálních vztahů se vznikem specificky v dětství
a v adolescenci /382
- 18.5.1 Elektivní mutismus /382

- 18.5.2 Reaktivní porucha přichylnosti v dětství /383
- 18.5.3 Dezinhibovaná přichylnost v dětství /383
- 18.6 Tikové poruchy /384
- 18.7 Jiné poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání /388
 - 18.7.1 Neorganická enuréza /388
 - 18.7.2 Neorganická enkopréza /389
 - 18.7.3 Porucha příjmu potravy v útlém a dětském věku /390
 - 18.7.4 Pika v útlém a dětském věku /390
 - 18.7.5 Kocktavost /391
- 19. **Pedopsychiatrické poznámky k některým diagnózám dospělého věku a dalším faktorům** (*Michal Hrdlička, Iva Dudová*) /393
 - 19.1 Schizofrenie s časným začátkem /393
 - 19.2 Pediatrická bipolární porucha /395
 - 19.3 Deprese v dětství a adolescenci /397
 - 19.4 Panická porucha /398
 - 19.5 Posttraumatická stresová porucha /399
 - 19.6 Týrané a zneužívané dítě /400
- 20. **Psychiatrická problematika u somaticky nemocných** (*Birgita Slováčková*) /403
 - 20.1 Deprese u somaticky nemocných /403
 - 20.2 Úzkost a úzkostné poruchy u somaticky nemocných /406
 - 20.3 Delirium /407
 - 20.4 Suicidium u somaticky nemocných /409
 - 20.5 Psychická onemocnění u neurologických nemocných /409
 - 20.6 Psychické poruchy u kardiovaskulárně nemocných /415
 - 20.7 Psychické poruchy u onkologicky a hematologicky nemocných /418
 - 20.8 Psychické poruchy v endokrinologii /420
 - 20.9 Psychiatrické komplikace léčby kortikosteroidy /423
 - 20.10 Konziliární psychiatrie /424
- 21. **Biologická léčba duševních poruch – psychofarmaka** (*Jiří Masopust*) /428
 - 21.1 Antidepresiva /428
 - 21.2 Antipsychotika /436
 - 21.3 Anxiolytika /444
 - 21.4 Hypnotika /447
 - 21.5 Thymoprotylaktika /450
 - 21.6 Kognitiva (spoluautor *Martin Vališ*) /457
 - 21.7 Psychostimulancia /461
 - 21.8 Antialkoholika /462
 - 21.9 Terapeutické monitorování léků /463
 - 21.10 Psychofarmaka v těhotenství a laktaci /463

22. **Biologická léčba duševních poruch** (*Michal Hrdlička, Libor Ustohal*) /466
- 22.1 Elektrokonvulzivní terapie /466
- 22.2 Další metody biologické léčby duševních poruch /474
- 22.2.1 Neurostimulační (neuromodulační) metody /475
- 22.2.2 Ostatní metody /482
23. **Psychoterapie duševních poruch** (*Petr Šilhán, Zuzana Svobodová, Jiří Michalec, Lukáš Humpl, Martin Hýža*) /487
24. **Resocializace a komunitní péče u duševních poruch** (*Ondřej Pěč*) /514
25. **Urgentní stavy a první pomoc v psychiatrii** (*Martin Hýža*) /526
26. **Sebevražda** (*Irena Žirková*) /538
27. **Psychosomatická medicína** (*Radkin Honzák, Vladislav Chvála*) /551
28. **Rozhovor s psychiatrickým pacientem** (*Petr Mílek*) /562
29. **Ošetrovatelská péče v psychiatrii** (*Jiřina Hosáková*) /572
30. **Etika v psychiatrii** (*Jan Libiger*) /581
31. **Právní problematika v psychiatrii** (*Jiří Švarc*) /588
32. **Stigmatizace v psychiatrii** (*Anna Hanušová*) /611
33. **Transkultúrální psychiatrie** (*Petr Mílek*) /615
34. **Výzkum v psychiatrii** (*Ladislav Hosák, Michal Hrdlička, Jan Libiger*) /623
35. **Budoucnost oboru psychiatrie** (*Ladislav Hosák, Michal Hrdlička, Jan Libiger*) /627
- Seznam zkratk /629
- Rejstřík /632

Úvod

Cílem tohoto výukového textu je podat studentům medicíny aktuální informace o problematice duševních poruch, jejich příčinách, klinických příznacích a léčbě. Autoři usilovali o to, aby obor psychiatrie byl zachycen v celé své pestrosti. Kromě ryze biologicko-medicínských aspektů jsou tedy v učebnici zmíněna i další témata: historie oboru, organizace psychiatrické péče v naší zemi, vyšetřování duševně nemocných a zásady komunikace s nimi, psychologické metody léčby, začleňování postižených osob zpět do společnosti, souvislosti tělesných příznaků s duševními stavy, ošetřovatelství v psychiatrii, etika, právní problémy, stigmatizace duševně nemocných, transkulturální psychiatrie a další. Učebnici mohou využít také mladí lékaři, kteří se rozhodli profesně zabývat psychiatrií, případně specialisté jiných oborů medicíny.

Příjemné studium za autorský kolektiv přeje

Ladislav Hosák

1. Krátká historie psychiatrie

Jan Libiger

Pojem „psychiatrie“ pro název medicínského oboru použil poprvé německý lékař Johan Christian Reil v roce 1808. Duševní nemoci, jak je známe dnes, znali lidé nejspíše od úsvitu dějin. Jejich pojmenování, výklad a léčba procházely změnami spojenými s chápáním nemoci a postavením člověka ve společnosti.

Péče o duševně nemocné a jejich léčba je součástí lékařského řemesla od jeho zrodu ve starověkých civilizacích. V Bibli je ve Starém zákoně zmínka o skleslosti krále Izraele Saula („znepokojení zlým duchem od Hospodina“) a o léčení poslechem harfy, na kterou pro něj hrál hrdina David (1 Samuel, 16:14–23). V raných dobách medicíny byl lékař prostředníkem mezi nemocným a přírodními i nadpřirozenými silami, o kterých se věřilo, že mohou nemoc zapříčinit, a také léčit. Medicína vyrůstala na tradici, v níž se v různé míře mísila kněžská role s rolí terapeuta a ranhojiče. Lékaři starověkých kultur nemocné ošetřovali a také zaříkávali. Přinášeli oběti bohům a pěstovali magické rituály k ovlivnění sil, které pokládali za původce nemoci. Používali také rostlinné lektvary, různé masti, rehabilitační cvičení, životosprávu a hudbu. Jejich praxe byla založena zčásti na síle terapeutického vztahu a na pacientově očekávání (dnes bychom mluvili o placebo účinku) a zčásti na zkušenosti s osvědčenými postupy. Tak to pokračovalo až do příchodu experimentální vědy a na důkazech založené medicíny.

Péče o duševně nemocné v antice

V civilizaci starověkého Řecka byla léčba nemocí pravomocí boha Asklepie (latinsky Aeskulapa). Byl synem boha Apollona a na svět ho císařským řezem přivedl bůh Hermes, posel mezi světem olympských bohů a lidmi. Mezi Asklepiovy dcery patřila patronka zdravého života Hygeia. Ta byla spolu s ním také patronkou svatyní nazývaných asklepiony. Tato chrámová a zároveň lékařská zařízení lázeňského typu sloužila péči o tělesné a duševní zdraví. Pacient byl vystaven obecně posilujícím procedurám a směsi psychoterapeutické a duchovní péče. V asklepionech se zřejmě zrodily základy přírodovědné medicíny, ze kterých evropské lékařství čerpalo po následující staletí. Hippokrates (cca 460–370 př. n. l.) založil a pěstoval na ostrově Kos přírodovědně orientovanou lékařskou školu, která vycházela z předpokladu o tělesném původu nemocí. Hippokratovo učení bylo základem antické a později arabské i evropské

středověké medicíny. Její etické principy formulované v Hippokratově přísaze přetrvávají dodnes. Vnitřní nemoci Hippokrates vykládal jako důsledek poruch v rovnováze a rozmístění základních tělesných šťáv: krve, hlenu, žluči a černé žluči. Později měl na medicínskou praxi velký vliv římský učenec a lékař z maloasijského Pergamonu Claudius Galenos (126–200/216 n. l.), který zformuloval dodnes tradovanou typologii temperamentů (dělení lidí na sangviniky, choleryky, flegmatiky a melancholiky), která byla na hippokratovské humorální teorii založená. Antická medicína uměla pojmenovat a léčit celou řadu duševních nemocí a neodlišovala jejich povahu od tělesných chorob. Diagnostická označení melancholie, hysterie, manie nebo paranoia přežila do dnešní doby, ačkoli na cestě staletími označovala mnohdy různé stavy. Z odborných pojmů se v průběhu času často staly výrazy hovorového jazyka. Příkladem dosvědčujícím, že antická medicína propojila zkušenost a snahu vytvořit racionální teorii onemocnění, je dodnes užívaný pojem melancholie. Příznaky ochablosti těla i duše, smutek, ztrátu zájmu, nedostatek elánu a radosti ze života se zadumaností a také s úpornou zácpou chápalo antické lékařství jako zaplavení organismu i mozku „černou žlučí“. Antičtí bylinkáři používali na odstranění těchto příznaků vývar z rostliny čemeřice černá (*Helleborus niger* L.), která volně roste v jihovýchodní Evropě. Požití lektvaru dráždí střevní a žaludeční sliznici. Vede k průjmu s melénou v důsledku toxického účinku čemeřice na epitel trávicího traktu. Se stolicí tak viditelně odcházela „černá žluč“. Tělesné příznaky u melancholie odplývaly, zmizela s celkovou ochablostí spojená zácpa. Toxický stres aktivoval prožívání a chování pacienta. Takto z léčby odvozený původ a povaha duševního onemocnění kontrastuje se středověkým chápáním melancholie jako stavu hříšné lhostejnosti ke spáse nabízené vírou. Melancholie se později stala obrazem zralé, zdrženlivé moudrosti v protikladu k překotnosti lidí ovládaných krví nebo žlučí. Zaplavení mozku žlučí bylo chápáno jako patogenetický podklad zuřivosti, nazývané podle mytických bytostí Mania nebo Lyssa. Dnes se pojem melancholie užívá k označení závažného depresivního stavu spojeného s útlumem hybnosti, bludnými depresivními myšlenkami a nebezpečím suicidia. Melancholie je příkladem vlivu historické medicínské teorie na běžný slovník. Antika považovala za orgán černé žluči slezinu. Slovo splín (z anglického spleen – slezina) se dodnes používá pro stavy špatně vysvětlitelného smutku. Podobným příkladem je hysterie, v antice chápaná jako stav vzniklý putováním volně pohyblivé dělohy po ženském těle s následnou poruchou funkce takto postižených orgánů. Pojmům melancholie i hysterie se překročení hranic medicíny stalo osudným. Jejich odborný význam byl překryt obecným užíváním a z odborného psychiatrického slovníku téměř vymizely.

Ve starověké medicíně lze nalézt souběh dvou pohledů na duševní nemoc, jejichž protikladnost bude v budoucnu psychiatrii dlouho provázet. Na jedné straně stojí chápání nemoci jako postižení lidského ducha a výsledek narušených vztahů mezi lidmi, bohy nebo nadpřirozenými silami a na straně druhé racionální vysvětlování příznaků tělesnými příčinami, jako jsou trauma mozku nebo porucha rovnováhy tělesných šťáv.

Péče o duševně nemocné ve středověku a v období renesance

Ve středověku byl přírodovědný přístup k duševním chorobám do velké míry nahrazen náboženským výkladem. Vzdělanost i medicínu po rozpadu římské říše ovládla a spravovala církev. Výše zmíněná melancholie byla v době vrcholného středověku chápána jako hříšná „acedia“ či nechuť k životu (*taedium vitae*). Léčbou byla tvrdá tělesná práce. Medicína tradovaná řeckými a římskými lékaři byla dále pěstována a rozvíjena v rozpínajícím se arabském světě učenci všech vyznání. Ti se opírali o empirické základy diagnostiky a léčby. V Bagdádu vzniklo psychiatrické oddělení v roce 705, kolem roku 800 zde byla nemocnice (*bimaristan*) pro duševně nemocné, stejně jako v Damašku a Káhiře. V nemocnicích pracovali arabští, židovští i křesťanští lékaři. V arabském světě a v nemocnicích na muslimy ovládané části iberského poloostrova se pěstovala medicína i věda. Velcí arabští lékaři jako Avicenna (*Ibn Síná*, cca 980–1037) nebo Averroes (*Ibn Rušd*, 1126–1198) vycházeli z antické medicíny a navazovali na Hippokrata, Celsa a Galena. Během staletí specializované péče vznikala podrobnější klasifikace duševních nemocí, poznatky se hromadily. Arabští učenci zkoumali mozek, mozkové nervy i cévní zásobení mozku. Věděli například, že mozkové komory se rozšiřují při úpadku osobnosti.

Medicína se v Evropě vyučovala od jedenáctého století na prvních školách univerzitního typu s mezinárodním profesorským sborem. Takové školy byly například v Salernu na jihu Itálie, později ve francouzském Montpellier a na prvních univerzitách v Bologni, Paříži i jinde. V křesťanském světě vznikaly charitativní útulky pro nemocné poblíž klášterů, které byly v péči pověřeného mnicha – „*infirmaria*“. Péče o nemoci mysli byla pod vlivem církve doplňována a mnohdy nahrazována démonologickými a morálními výklady chorobných jevů. V křesťanské Evropě byla péče o duševně nemocné mnohdy kombinací předsudku a pověry s pozůstatky římského lékařství. U duševně nemocných hrozilo nebezpečí, že nemoc bude vykládána jako hřích nebo posedlost, byla ale hledána i souvislost s životními událostmi a stylem. U neklidu a podivného chování převažovalo v péči fyzické omezení, v léčbě se uplatnily také tresty nebo rituály exorcismu. Posedlost a obcování s ďáblem byla snadno zobecnitelná vysvětlení pro poruchy chování a konflikt s normami okolí. Duševně nemocní měli různý osud. V době vrcholného středověku byly položeny základy diagnostiky čarodějnictví. Kniha *Malleus maleficarum*, učené dílo dominikánských mnichů H. Institorise a J. Sprengera z roku 1487, se stala příslovečnou příručkou diagnostiky a léčby spolků s ďáblem. Identifikace lidí posedlých a ovládaných ďáblem byla posláním církevní inkvizice a podporovala ji řada uznávaných právníků. Po církevním procesu následovalo odsouzení a upálení již jako akt světské spravedlnosti. „Hon na čarodějnice“ v Evropě vrcholil v 16. století. Někteří význační lékaři té doby, například nizozemský učenec Johannes Weyer nebo autor klinicky věrných popisů duševních poruch, bazilejský profesor Felix Platter, podporovali medicínský přístup k duševní patologii a budili pochybnost o moci démonů nad lidmi. Humanističtí myslitelé jako např. profesor Lovanšské univerzity Juan Louis Vives hájili individuální přístup k duševně nemocným a argumentovali prospěšností domluvy a dobrého vztahu s pacientem.

Ne všichni duševně nemocní se stali obětmi inkvizice nebo démonologického modelu duševní abnormality. Zájem a peníze pacientových blízkých významně ovlivňovaly jeho osud. Duševně nemocní bez peněz, štěstí nebo podpory rodiny, potřebných k ochraně a zajištění péče, se potulovali po zemích středověké Evropy odkázáni na náhodu. Církev, především kláštery, ale také chrámy a kostely, nabízela pro duševně nemocné charitativní útulky. Známý je model péče v belgickém Gheelu, kde od 13. století byla pod patronací kanovníků od sv. Dymfny zřízena jakási kombinace komunitní péče a dlouhodobého nočního stacionáře. Duševně nemocní se na noc uchylovali do zařízení spravovaného církví a den trávili v rodinách občanů městečka, u kterých také pracovali. Systém po staletí poskytoval alternativu k vyloučení ze společnosti spojeného s psychiatrickým onemocněním. Mnoho měst umísťovalo nepohodlné duševně nemocné společně s žebráky, tuláky a drobnými přestupníky pravidel a zákona do městských špitálů. Tato obecní zařízení omezila nepohodlné jedince, zajistila nad nimi dohled a zároveň jim zajistila přežití. Řada takových míst ve větších městech vystavovala své chovance drsnému nebo krutému zacházení od dozorců, kteří někdy využívali jejich nápadností k tomu, aby vydělávali na jejich veřejném předvádění. Některé ve středověku založené instituce, spravované zpočátku církevními řády jako charitativní útulky, přetrvaly staletí. Dnešní přední evropský odborný ústav Institut psychiatrie Královny koleje v Londýně je spojený s nemocnicí zřízenou ve 13. století řádem sv. Marie Betlémské. Jeho zkomolený název „Bedlam“ se dodnes traduje jako synonymum hrůzného chaosu. V raně osvícenské době se „šilenství“ členilo podle klasifikace Skota Williama Cullena na stavy melancholie, manické stavy a demence. Dobové metody péče zahrnovaly postupy represivní i medicínské: omezování, pouta, výchovné tresty, ale i pouštění žilou, klystýry, diety a podávání rtuťových preparátů k pročištění... a podle okolností i modlitby.

Psychiatrie v 19. a 20. století

Zlom v péči o duševně nemocné nastal v době Francouzské revoluce. Je spojen se jménem francouzského lékaře Philippa Pinela, který byl pověřen vedením pařížských nemocnic Bicêtre (1792) a Salpêtrière (1795). Pinel se v revoluční době domníval, že zdrojem násilí a neklidu u duševně nemocných mohou být právě omezení, pouta a nesvoboda. Jak historie ve zkratce traduje, „zbavil duševně nemocné pout“. Ukázalo se, že násilí, neklid a nepochybně i utrpení v jím spravovaných ústavech ustoupily nebo vymizely. Tento přístup se někdy označuje za revoluci v psychiatrii. Cesta moderní psychiatrie k účinné léčbě duševních nemocí začíná odstraněním omezení a nesvobody duševně nemocných. Žádná omezení (no restraint) bylo heslo institucí založených na léčbě mravní výchovou (traitement moral) a ovlivněním pacienta, pěstováním jeho volných a morálních vlastností a odolnosti. V azylových ústavech pro duševně nemocné té doby měli nemocní nalézt prostředí, které je chránilo před zmatkem a ústrky společnosti. Společnost zase byla v bezpečné vzdálenosti ochráněna před podivnostmi chovanců těchto azylů. Azylová péče o duševní nemoci očištěná od represivní role a teoreticky založená především na kultivaci morálky a rozumu je reprezentována

jmény slavných psychiatrů vrcholného osvícenství, jako byli zakladatel kvakerského azylu (ústav Retreat v anglickém Yorku) William Tuke, Vincenzo Chiarugi v italské Florencii a Pinelův žák Jean E. Dominik Esquirol. Posledně jmenovaný se stal ředitelem velkého azylu pro duševně nemocné v Charentonu a prosazoval medicinizaci péče o duševně nemocné. Ve Spojených státech se o konec omezování, pout a trestů v ústavech pro duševně choré zasloužil jeden z autorů americké ústavy, lékař Benjamin Rush. Velké azylové psychiatrické ústavy vznikaly v 19. století všude po Evropě. Péče v těchto zařízeních mnohé chronicky duševně nemocné vyléčit a vrátit do běžného života nedokázala. Proto vzrůstala potřeba lůžek, na kterých by bylo o duševně nemocné dlouhodobě nebo i trvale postaráno.

Méně závažná onemocnění se léčila z minulosti tradovanými doporučeními životosprávy (pohyb, cestování, diety). V první polovině 19. století se testovaly různé fyzikální a mechanické metody ovlivnění organismu i mozku. Účinnost léčby byla malá. Vodoléčba, užívání nejrůznějších zklidňujících zábalů, vodního proudu a sprch, užívání mechanických tlaků a odstředivek mělo vést ke změnám prokrvení a navodit aktivaci či zklidnění organismu. Například výše zmíněný Benjamin Rush byl autorem rotačního zařízení, jakési jednoduché mechanické centrifugy, která měla pacientovi po roztočení blahodárně prokrvit mozek působením odstředivé síly.

S větší péčí, které se duševně nemocným dostávalo, rostla i pečlivost při klasifikaci jejich potíží. V průběhu 19. století diagnostických kategorií přibývalo. Probíhal spor mezi lékaři, kteří onemocnění duše pokládali za odlišná od tělesných chorob a léčitelná pěstováním duchovních hodnot, a těmi lékaři, kteří byli přesvědčeni, že duševní nemoci jsou onemocnění mozku. Péče ve velkých léčebnách, které nemocným poskytovaly často celoživotní azyl, vedla k závislosti pacientů na zařízení a ke změnám jejich osobnosti.

S takovými artefakty ústavní péče se psychiatrie potýkala do zcela nedávné doby. Posledních sto let byla psychiatrie pod vlivem systematického přístupu k psychiatrické diagnostice. Přední psychiatři byli také vynikajícími neuropatologové a vedle klinické praxe v psychiatrii a neurologii se zabývali patologickou anatomií mozku. Jejich cílem bylo najít změny charakteristické pro tehdy diagnostikované duševní poruchy. To se nedařilo, ale neuropatologové jako Paul Flechsig, Korbinian Brodmann nebo manželé Vogtovi významně přispěli ke znalostem neuroanatomie a neurofyziologie mozku. Systematické dělení duševních poruch se opíralo o klinické třídění duševních nemocí německými akademickými psychiatry, jako byli Emil Kraepelin, přednosta psychiatrické kliniky v Mnichově, Ernest Bleuler ve Švýcarsku a později například heidelberský profesor Kurt Schneider.

Významný vliv na psychiatrii měl výklad pojmů popisujících chorobné projevy lidské mysli – obecná psychopatologie. Ten byl předmětem opakovaně vydávané vlivné knihy *Allgemeine Psychopatologie* mladého psychiatra a později známého německého filozofa Karla Jasperse z roku 1913.

Duševní nemoci se v průběhu 20. století členily na organické, exogenní (z vnějších příčin) a endogenní (vznikající z „vnitřních“ a poznání špatně přístupných příčin).

Tradovalo se dělení oboru na oblast „velké“ a „malé“ psychiatrie, které se do psychiatrie promítá až do dnešní doby. Okruh „velké“ psychiatrie byl vymezen diagnózami závažných tzv. funkčních a organicky podmíněných psychotických onemocnění, především schizofrenie, včetně psychóz s ní příbuzných, a cyklického maniodepresivního onemocnění. „Malá“ psychiatrie zahrnovala reaktivní poruchy, neurotické stavy a přechodné neorganické odchylky chování. Pobyt pacientů v léčebnách trval dlouho, péče se opírala o základní ošetrovatelskou péči a dohled. Proto se o místo nejvýznamnější psychiatrické změny ve 20. století ucházejí tři významné obraty v psychiatrické praxi a myšlení. Významnou změnu v porozumění motivacím a zdánlivě nesrozumitelným projevům lidské mysli přinesla psychoanalýza, která se časem osamostatnila jako terapeutický postup, psychiatrii však významně ovlivnila. Pro praxi a pokrok neurovědního zkoumání duševních pochodů byl významný rozvoj možnosti ovlivnit lidskou mysl farmaky – psychofarmakologie. Pro postavení a způsob léčby psychiatrických pacientů byl významný nástup a rozvoj sociální psychiatrie.

Sociální psychiatrie

Cílem sociálně zaměřené psychiatrie bylo zpočátku pacienty zaměstnat, uchovávat a vracet jim v důsledku nemoci a dlouhé hospitalizace upadající dovednosti – tedy rehabilitace. Později, s nástupem etiky založené na respektování pacientovy autonomie, inspirovala sociální psychiatrie politiku budování a rozvoje tzv. komunitních center a snahu o deinstitucionalizaci péče o duševně nemocné. Oba tyto procesy byly ulehčeny výraznými změnami v kontrole psychopatologie a rizik duševního onemocnění psychofarmaky. Deinstitucionalizace neprobíhala bez problémů. Návrat chronických pacientů do společnosti provázel nárůst bezdomovectví a zvýšená hrozba represe včetně vězení. Společnost nebyla vždy a všude připravena na léčbu a zvládnutí péče o duševně nemocné v běžném prostředí. Nejradiálněji si počínali politici v Itálii. Levicový poslanec Franco Basaglia prosadil v roce 1978 později slavný zákon č. 180 s plánem na poměrně rychlé uzavření a zrušení státních psychiatrických léčeben. Zákon vedl ke zřízení sítě decentralizovaných středisek péče o duševní zdraví mimo nemocnice. Střediska poskytovala ambulantní a rehabilitační psychiatrickou péči. Nezbytné hospitalizace probíhaly na lůžkách malých oddělení všeobecných nemocnic, doba jejich trvání byla omezena zákonem. Reforma vyvolala zpočátku velké potíže i pochyby mezi veřejností a odborníky, ale v průběhu času se ukázalo, že naplnila původní účel: větší bezpečnost a důstojnost duševně nemocných, lepší podmínky pro jejich léčbu a pro mnohé i lepší kvalitu života. Itálie má dnes asi sedm psychiatrických lůžek na 100 000 obyvatel. V České republice je na stejný počet obyvatel něco přes 80 psychiatrických lůžek. Shrnutí: sociální psychiatrie usiluje o léčbu a udržení pacientů v jejich obvyklém prostředí, ve společenství s ostatními.

Psychoanalýza a psychoterapie

Přední psychiatři byli až do poloviny 20. století také neuropatologové a mnohdy i klinickými neurology. Neurofyziolog a přírodovědně orientovaný neurolog se zájmem

o psychiatrii byl zpočátku také příborský rodák Sigmund Freud (1856–1939). Žil ve Vídni a na přelomu 19. a 20. století v tomto významném evropském intelektuálním středisku vytvořil a rozvinul se skupinou svých žáků metodu, kterou nazval psychoanalýza. Opírala se o řadu důkladných klinických pozorování duševních a neurologických obtíží a jejich spojení s životními příběhy pacientů. Mladý Freud byl na stáži v Paříži u slavného neurologa druhé poloviny 19. století, Jeana-Martina Charcota. Zapůsobil na něj zájem tohoto již slavného učenice o hysterii, kterou Charcot demonstroval jako hypnózou ovlivnitelnou nervovou chorobu. Psychoanalýza vycházela z existence nevědomých obsahů mysli (již dříve popisovaných francouzským psychiatrem Pierrem Janetem) a jejich vlivu na lidské chování i příznaky nemoci. Zabývala se zraňujícími prožitky v dětství a vnitřními konflikty. Popisovala psychologické obranné mechanismy, kterými se jedinec konfliktům a traumatům brání, jako jsou potlačení, přesun nebo disociace. Dětským zkušenostem přikládala psychoanalýza velký význam pro budoucí odolnost jedince a jeho zvládnutí konfliktu a zátěže. Freud sám pokládal za ústřední obsah dětských i dospělých konfliktů souboj mezi tzv. libidem (puzením k erotické slasti) a omezeními, se kterými se libido od dětství do dospělosti setkává ve vztazích k druhým lidem. Freud vytvořil také model struktury lidské mysli. Chování člověka vykládal jako výsledek střetu mezi nevědomou částí psychiky *id* (ono), zahrnující energii nabitě pudů usilující o slast, a *já* (ego), složkou osobnosti, která se řídí skutečností. Do konfliktu mezi pudovou a realistickou složkou osobnosti zasahuje ještě *nadjá* (superego), které představuje od rodičů a společnosti přejeté normy. Zpočátku izolovaný kroužek psychoanalytiků prosazoval svůj výklad a postupy proti převládající psychiatrické praxi a akademické psychiatrii. Podporu získal nejdříve ve Švýcarsku a později v Německu. Sigmund Freud a jeho kolegové vnesli do psychiatrie psychoanalytickou léčebnou metodu. Používali psychologické nástroje jako je interpretace volných asociací a tzv. přenosových vztahů, nebo také analýza snů a chybných výkonů. Léčba nebyla tolik zacílena na samotné příznaky, ale na jejich nevědomé zdroje. Freud také z hlediska psychoanalýzy interpretoval mytické a historické příběhy a širokou škálu kulturních jevů.

Ulpívání „klasické“ Freudovy psychoanalýzy na významu a důležitosti konfliktů spojených se sexualitou bylo příčinou Freudova rozchodu s řadou jeho žáků. Ti pak vytvořili psychodynamicky orientované psychoterapeutické školy, které vycházely z obecnějšího pojetí vnitřních konfliktů. Po dlouhou dobu tyto psychodynamické školy významně ovlivňovaly léčbu především v oblasti úzkostných, neurotických a psychosomatických poruch. Freudův žák Alfred Adler viděl zdroj dětských i dospělých konfliktů a následných neuróz v problémech spojených s pocitem méněcennosti a znevýhodnění. Švýcarský psychiatr Carl Gustav Jung (1875–1961) se zabýval konflikty při hledání individuální harmonie mezi člověkem, jeho hodnotami a povahou skutečnosti.

Psychoanalytické a psychodynamické teorie měly vliv na kulturu a myšlenkový svět 20. století. Dnes se někteří psychiatři snaží nalézt neurofyziologický podklad psychoanalýzou popisovaných dějů. Většina se k ní staví kriticky. Metoda bývá považována za spekulativní, protože je vázaná na individuální příběhy a nedaří se ji

experimentálně potvrdit ani vyvrátit. Léčebné postupy klasické psychoanalýzy jsou dlouhé, zaměřené více na psychologické konstrukce než na příznaky a prakticky náročné. Souběžně s psychoanalýzou se v oblasti psychologie a medicínského výzkumu zformovala škola behavioristické psychologie, založená na výkladu lidského chování na základě posilujících či oslabujících podnětů, odměn a trestů. V základech má popis klasického podmiňování (Rus I. P. Pavlov) a teorii učení (Američané John B. Watson a B. F. Skinner). Behavioristický přístup k psychoterapii odmítal jakékoli domněnky o subjektivních dějích v lidské mysli a držel se pozorovatelných změn v závislosti na upevňujícím nebo oslabujícím ovlivnění chování vnějšími podněty. Tento přístup byl významný pro rozvoj animálního modelování v neurovědách. Vedl k postupům racionální kognitivně-behaviorální terapie, která je zaměřená na příznaky duševních poruch.

Kognitivně-behaviorální terapie spolu s psychodynamicky orientovanými školami tvoří dva původně protikladné pilíře psychoterapie, které se dnes doplňují a ovlivňují.

Biologické terapie, psychofarmakologie a nástup neurověd

Dvacáté století s velkým rozvojem medicíny a medicínské techniky přineslo nové přístupy ke zkoumání činnosti mozku. Tento obtížně přístupný řídicí orgán organismu byl dlouho dostupný jen post mortem při patologické pitvě. Od roku 1929 umožnila klinicky užitečné hodnocení jeho funkce elektroencefalografie. Ke konci 20. století nastal rozvoj neurozobrazovací technologie. Ta umožnila vidět mozek a sledovat, co se v něm děje in vivo, prostřednictvím výpočetní tomografie, nukleární magnetické rezonance, jednofotonové a pozitronové emisní tomografie.

V průběhu minulého století psychiatrie také hledala cesty k úspěšné léčbě závažných duševních nemocí. Dvě z těchto léčebných metod byly odměněny Nobelovými cenami pro jejich tvůrce, na dlouho jedinými, které byly v souvislosti s psychiatrií uděleny. V roce 1927 získal Nobelovu cenu za medicínu přednosta Psychiatrické kliniky ve Vídni Otto Wagner von Jauregg (1857–1940) za léčení neurosyfilidy malarickými horečkami. Psychóza a demence spojené s progresivní paralýzou a taboparalýzou patřily mezi chovanci tehdejších psychiatrických ústavů k nejčastějším diagnózám. Inokulace prvoka *Plasmodium falciparum* těmto nemocným zastavila progresi treponemové infekce a zbavila je příznaků. Mechanismus účinku není zcela jasný, roli může hrát indukce imunitního mechanismu. Antibiotika učinila z této léčby zbytečně zatěžující postup, ačkoli se malarioterapie v rezistentních případech neurosyfilidy používala někde až do sedmdesátých let. Druhou Nobelovu cenu za léčbu psychotických pacientů obdržel v roce 1949 poněkud paradoxně portugalský neurochirurg a průkopník angiografie Egas Moniz (1874–1955). Jím navržená léčba schizofrenie spočívala v chirurgickém protěti drah spojujících frontální mozkový lalok s podkorovými oblastmi. Metoda vedla ke zklidnění akutních psychotických pacientů. Její nežádoucí účinky na kognitivní funkce a na povahu pacienta se rozvíjejí relativně pomalu, a tak zpočátku tento zákrok získal velkou popularitu. Ve 40. letech se Monizem popsaná prefrontální lobotomie indikovala často, zejména ve Spojených státech. Prováděla se k tomu

určeným nástrojem transorbitálně – skrze očníci. Organické změny osobnosti vedly k opuštění této metody a k dlouhodobě špatné pověsti neurochirurgických výkonů z psychiatrické indikace.

Také léčení duševních poruch indukci stavů bezvědomí sice bylo založeno na zdánlivě srozumitelných hypotézách, ale praxe obvykle prokázala nepoměr mezi rizikem a účinkem. Mnohonásobná hypoglykemická kómata indukovaná injekcemi inzulínu, kómata indukovaná podáním anticholinergika atropinu a toxické epileptické záchvaty vyvolávané pentatetrazolem byly omyly vzešlé z heroického sebeobrazu rychle se rozvíjející medicíny. Naproti tomu léčba elektrokonvulzemi je bezpečná, rychlá a účinná pomoc pacientům trpícím život ohrožující těžkou depresí. S úspěchem se provádí od čtyřicátých let minulého století dodnes.

Nejvýraznější změnu v psychiatrii znamenal nástup farmakoterapie psychofarmaky. Farmakoterapie byla vedle dietoterapie součástí psychiatrické léčby od jejích počátků. Kdysi opiová tinktura, později rostlinné lektvary s anticholinergními alkaloidy jako jsou hyoscyamin a skopolamin, ještě později bromidy a barbituráty byly oporami psychiatrické farmakoterapie před nástupem moderních psychofarmak v padesátých a šedesátých letech 20. století.

První antipsychotikum byl fenothiazinový přípravek chlorpromazin. Původně byl syntetizován jako antihistaminikum k léčbě alergií ve francouzské firmě Specia. Jeho výrazně tlumivých účinků využívali vojenští lékaři ke zklidnění agitovaných zraněných vojáků, anesteziologové v klidnicích směsích při anestezii a brzy i psychiatři. Jean Delay a Pierre Deniker byli v letech 1950–1952 průkopníky užití chlorpromazinu u neklidných psychiatrických nemocných. Používal se nejprve v kombinaci s barbituráty a potom i samostatně. Byl rozpoznán jeho účinek na psychotické příznaky (bludy, halucinace, poruchy myšlení), který byl zřetelně přítomný vedle původně očekávaného účinku sedativního.

V další dekádě byly v laboratořích francouzských a švýcarských farmaceutických společností syntetizovány další léky ovlivňující psychiku. Některé dokázaly odstranit depresivní ladění (imipramin v roce 1957). Mezi první antidepresiva patřil inhibitor monoaminooxidázy iproniazid, lék používaný k léčbě tuberkulózy. Do praxe se dostala benzodiazepinová anxiolytika jako diazepam (Valium) a chlordiazepoxid (Librium). Ta se stala v běžné praxi až příliš často předpisovanými prostředky k tlumení úzkosti a nepohody. Jejich široké užívání je spojeno s rizikem rozvoje závislosti. Nově syntetizovaná neuroleptika, jak se tehdy antipsychotikům běžně říkalo, měla méně tlumivý antipsychotický účinek, ale až do syntézy antipsychotik druhé generace byly tlumivé i méně tlumivé léky (jako haloperidol) zatíženy nápadnými nežádoucími extrapyramidovými účinky. Účinek psychofarmak na atmosféru a vybavení psychiatrických zařízení, na délku hospitalizace a na sblížení psychiatrie s ostatními obory byl veliký. Z příslušné svěřací kazajky, jednoduché mechanické omezovací pomůcky pro neklidné pacienty, se stal muzeální kousek. Problémy ochrany závažně duševně nemocného pacienta před ním samým, jeho neklidu a agrese nezmizely, ale staly se otázkou vhodné léčby, a nikoli represe.

Farmakoterapie duševních poruch přinášela poznatky, které ve spojení s farmakologií psychotropních látek umožňovaly modelovat děje v mozku a formulovat teorie o biochemických dějích spojených s psychopatologií. Farmakologické modely schizofrenie vycházely z poznatků o psychotických stavech indukovaných halucinogeny, jako je dietylamid kyseliny lysergové (LSD), stimulancii jako amfetamin či metamfetamin, nebo později antiglutamátergními látkami, jako ketamin či fencyklidin. Byly východisky pro zkoumání neurochemických procesů spojených s psychózou. Neurochemie spolu s morfologií mozku, zobrazovacími metodami, elektrofyziologií a studiem poznávacích (kognitivních) dějů v mozku tvoří mozaiku neurovědních metod pro porozumění činnosti mozku, řídicího orgánu celého organismu.

Na neurovědách jsou založeny klinické disciplíny psychiatrie a neurologie. Ty spolu byly dlouho spojené patologicko-anatomickým přístupem ke zkoumání mozku a propojenou odborností svých čelných představitelů. Dnes jsou oddělenými klinickými obory, ale jejich propojení je při společné opoře v neurovědním bádání v budoucnu opět možné. V roce 2000 získali Nobelovu cenu tři neurovědci významní pro klinickou psychiatrii i neurologii. Poznatky o roli neuropřenašeče dopaminu v mozku, jeho významu pro Parkinsonovo onemocnění i schizofrenii a antidopaminergním účinku antipsychotik vedly k udělení Nobelovy ceny švédskému farmakologovi Arvidu Carlssonovi. Společně s ním získali Nobelovu cenu za medicínu také neurochemik Paul Greengard a neurofyziolog Eric Kandel. Greengard zkoumal biochemické děje aktivované dopaminem na neuronálním receptoru a cyklickým adenosinmonofosfátem (cAMP) aktivované fosforylační mechanismy, které pomáhají přenášet dopaminové signály do nitra neuronu. Eric Kandel získal Nobelovu cenu za modelování procesů paměti a učení prostřednictvím senzitivace a habituace v jednoduchém neuronálním systému mořského plže *Aplysia*. Kandel je neurovědec z newyorské Kolumbijské univerzity, jeho původní specializací je psychiatrie. K neurovědám ho přivedl jeho učitel na stáži v Paříži, neurofyziolog českého původu Ladislav Tauc.

Psychiatrie v českých zemích

Duševně nemocní byli koncem 18. století ošetřováni na vyčleněných lůžkách pražského špitálu provozovaného nemocničním řádem Milosrdných bratří. První ústav věnovaný péči o duševně nemocné v českých zemích byl zřízen v době josefínských reforem v roce 1790 v Praze a za lékařský dozor v něm zodpovídal vrchní lékař a ředitel pražské všeobecné nemocnice. Jeho budova stojí v areálu pražské Všeobecné fakultní nemocnice dodnes. Azylový dům pro duševně nemocné brzy přestal stačit rostoucím nárokům – staral se o 150 pacientů ročně. V roce 1821 byl tento původní ústav, lidově pojmenovaný „blázinec“, nahrazen nově zřízeným ústavem pro choromyslné v adaptovaném augustiniánském klášteře v Kateřinské ulici (příslověčně „Kateřinky“). Ten měl sloužit i jako základna pro výuku „choromyslnictví“ na lékařské fakultě pražské univerzity. Zásluhou ředitele Josefa Riedla se v roce 1844 tento ústav rozrostl o tzv. Nový dům, který slouží jako psychiatrická klinika pražské Všeobecné fakultní nemocnice dodnes. Jeho zřizovatel, psychiatr Josef Gottfried Riedl (1803–1870), rodák z Frýdlan-

tu, se stal v Rakousku prvním habilitovaným psychiatrem se svolením k výuce (venia docendi) a později významným organizátorem psychiatrie ve Vídni. Od roku 1882, kdy se pražská Karlo-Ferdinandova univerzita rozdělila na českou a německou část, byla budova pražské psychiatrické kliniky společným sídlem německé a české kliniky, které měly každá svého přednostu. V noci se lékaři obou klinik střídali ve službách a starali se o příchozí pacienty obou národností. Z německých profesorů psychiatrie je třeba zmínit prof. Arnolda Picka, po němž byla nazvána demence spojená s lokální atrofií mozkové kůry – Pickova nemoc – a fenomén zdvojování vzpomínek (reduplikující paramnesie). Významný byl i Otto Pözl, který se později stal přednostou vídeňské psychiatrické kliniky. Českou kliniku vedl zpočátku primář dr. Benjamin Čumpelík, po něm profesor Karel Kuffner, autor první české učebnice psychiatrie, která vyšla v roce 1897 a je sepsána vytříbeným jazykem a jasným stylem. Příčiněním profesora Antonína Heverocha, kterého Kuffner habilitoval, byla v roce 1919 ustavena odborná Purkyňova společnost pro studium nervstva a duše. Časopis *Revue v neurologii a psychiatrii* začal vycházet už v roce 1904. V průběhu doby (1924) vznikla na stejném podlaží pražského Nového domu ještě druhá česká klinika, kterou vedl profesor Antonín Heveroch, takže do jeho smrti o tři roky později byla v jedné budově tři univerzitní výuková pracoviště. Po Karlu Kuffnerovi se stal přednostou pražské psychiatrické kliniky profesor Zdeněk Mysliveček, autor dodnes zajímavé učebnice, a po něm profesor Vladimír Vondráček, učenec širokého medicínského vzdělání, který psychiatrii poutavě provázal s kulturními a historickými pozoruhodnostmi.

Po první světové válce vznikla také Univerzita Komenského v Bratislavě a Psychiatrická klinika její Lékařské fakulty, kterou až do svého odchodu do Prahy vedl právě profesor Mysliveček. V roce 1919 byla založena také Masarykova univerzita v Brně. Na její Lékařské fakultě pak byly psychiatrie a neurologie do roku 1948 spojené na společné klinice se dvěma vedoucími. Psychiatrické nemocniční oddělení ale v Brně existovalo v nemocnici U sv. Anny už od poloviny 19. století. Po 2. světové válce byly založeny nové lékařské fakulty v Plzni a v Hradci Králové, na kterých vznikly nové psychiatrické kliniky. Psychiatrická klinika byla zřízena také při Lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Psychiatrická oddělení nemocnic byla zřízena i v krajských městech a v některých větších regionálních nemocnicích.

Většina psychiatrických pacientů nebyla ošetřována ve všeobecných nemocnicích, ale ve velkých léčebnách uzpůsobených k dlouhodobému pobytu. V roce 1863 vznikl Ústav pro choromyslné v Brně – Černovicích. V Čechách vznikaly léčebny jako pobočky Zemského ústavu pro choromyslné v Kateřinkách v Praze. Pražský ústav se pod vedením prof. Franze Köstela během druhé poloviny 19. století rozšířil o takzvané filiální psychiatrické léčebny v Kosmonosích, Opařanech a Horních Beřkovicích. Nově byly postaveny také velké léčebny v Dobřanech, Opavě a Jihlavě. V roce 1909 začal jako samostatná léčebna sloužit psychiatrii rozsáhlý léčebenský areál v Bohnicích za Prahou. Síť těchto velkých psychiatrických ústavů potom rostla i během první poloviny 20. století – v Kroměříži, Havlíčkově Brodě a později i na menších a odlehlých místech, jako jsou Bílá Voda u Javorníku, Petrohrad v západních Čechách nebo

jihočeské Lnáře. Ve druhé polovině dvacátého století vznikla státní síť psychiatrických ambulancí a také nová psychiatrická oddělení i při menších (okresních) nemocnicích. Na rozdíl od těch starších, jako bylo například psychiatrické oddělení v Pardubicích, byla často geograficky vzdálena od hlavního nemocničního areálu a nebyla vybavena pro poskytování péče širšímu spektru pacientů.

Dnes v České republice pracuje okolo 800 psychiatrů. V roce 2012 bylo v zemi 29 psychiatrických nemocničních oddělení, včetně vojenských a soukromých, a celkem 21 psychiatrických nemocnic, z nichž šest bylo určeno pro dětskou a dorostovou psychiatrii nebo léčbu návykových nemocí. Změna povahy péče v psychiatrických léčebnách se v roce 2013 promítla do změny jejich názvu. Nazývají se psychiatrické nemocnice a člení lůžka pro psychiatrickou péči na akutní lůžka a lůžka následné péče. V průběhu existence léčeben se zejména ve velkých léčebnách snížil počet lůžek, posílila lékařská péče, zvýšila diferenciací poskytované péče a přibyla specializovaná oddělení. Zkrátila se doba hospitalizace a pacientů, u kterých se prolíná medicínská a sociální problematika, ubylo. Změna charakteru bývalých léčeben a posílení medicínsky a odborně vyspělého prostředí v léčebnách je proces, který stále probíhá. V současnosti stojí česká psychiatrie před potřebou nabídnout psychiatrickou péči také mimo lůžková zařízení a rozšířit těžiště péče o střediska duševního zdraví, umožnit pacientům docházkovou a ambulantní péči v rozsahu, který pacientům usnadní zachovat kontakt s rodinou. Hospitalizace spojená s odloučením pacientů od rodiny a běžných životních návyků a prostředí i omezení jejich nezávislosti má trvat jen nezbytně nutnou dobu. Cílem pobytu v psychiatrickém zařízení je návrat do běžného životního a společenského prostředí.

Historii české psychiatrie se věnoval a opakovaně o ní psal prof. Eugen Vencovský, poválečný přednosta psychiatrické kliniky v Plzni.

Literatura

- FRANCIS A. From shaman to shrink. In: Saving Normal. New York: Harper and Collins; 2012: 35–76.
VENCOVSKÝ E. Čtení o psychiatrii. Praha: Avicenum; 1983.
VENCOVSKÝ E. Sto let české psychiatrické kliniky v Praze. Praha: Univerzita Karlova; 1987.

2. Organizace psychiatrické péče v ČR a připravovaná reforma

Martin Hollý

Psychiatrická péče je nedílnou součástí zdravotní péče. Hlavními orgány, které tvoří strukturu zdravotnických institucí v České republice, jsou Ministerstvo zdravotnictví, Všeobecná zdravotní pojišťovna, ostatní zdravotní pojišťovny a zdravotnická zařízení.

Základními prvky stávajícího systému péče o duševně nemocné v ČR jsou psychiatrické ambulance a lůžková psychiatrická zařízení. V rozporu s doporučeními Světové zdravotnické organizace (SZO) není zatím dobře rozvinutá péče v komunitě.

Historický pohled

V 19. a 20. století představovaly základ péče o duševně nemocné velké psychiatrické léčebny. Vycházely z koncepce, že duševní nemoci jsou neléčitelné a pacienti by měli být od společnosti izolováni, nejlépe na venkově, a pracovat dle svých možností v zemědělství. Přestože tento pohled na psychiatrii je dnes zcela neudržitelný, psychiatrické léčebny (psychiatrické nemocnice) tvoří stále zásadní složku lůžkové péče v oboru a jejich náhlé zrušení se v našich podmínkách jeví jako nemožné.

O systematický rozvoj ambulantní psychiatrie se zasloužil ve druhé polovině minulého století doc. Josef Prokůpek, tehdejší vedoucí katedry Ústavu pro doškolování lékařů (dnešní IPVZ). Mimonemocniční péče byla součástí ústavů národního zdraví (ÚNZ), kam patřili také praktičtí lékaři, ostatní specialisté, nemocnice, lékárny, záchranná a pohotovostní služba, hygienické stanice, střední zdravotnická škola a technické a hospodářské služby. ÚNZ byl plně v rukou státu a úhrady zdravotnických služeb byly financovány z daní prostřednictvím státního rozpočtu. Ambulantní služby byly financovány pomocí „lékařských míst“. Byla zavedena „rajonizace“ lékařských služeb. Každý obyvatel byl přidělen k určitému obvodnímu lékaři, poliklinice nebo nemocnici podle místa bydliště. Z výše zmíněného plyne, že péče v ambulancích byla regionalizovaná, tudíž dostupná, orientovaná částečně i na sociální potřeby pacientů. Vytvořilo se však nesoutěživé prostředí mezi poskytovateli zdravotní péče. Jednotlivá pracoviště byla hodnocena více podle formálně ideologických kritérií než podle úrovně péče o pacienty. Celkově se dá říci, že celý systém byl neefektivní a nereagoval na změny a rostoucí nároky na poskytování zdravotní péče.

Po změnách společenských poměrů v roce 1989 došlo také ke změně v systému organizace zdravotnictví. Ústředním prvkem nového systému se stala samostatná zdravotnická zařízení s vlastní právní subjektivitou. Ambulantní zdravotnická zařízení byla z velké části zprivatizována. Tato decentralizace však přinesla i řadu problémů s nerovnoměrným rozložením péče. Stát vykonává svou působnost garanta zdravotní péče prostřednictvím krajských úřadů. Krajské úřady mají povinnost zajistit na svém území poskytování zdravotních služeb, provádějí registrace a povolují zřízení zdravotnického zařízení. Faktickým regulátorem jsou však zdravotní pojišťovny, pro které není stanovisko krajského úřadu závazné. Psychiatrické ambulance jsou placené na základě vykázaných výkonů. Regulace ze strany zdravotních pojišťoven však limituje celkovou výkonnost ambulance. Vymizela možnost odborného vedení ambulancí, kterou do roku 1989 zajišťovali tzv. okresní a krajské psychiatry.

Současný stav

Psychiatrické ambulance

V roce 2012 bylo podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) registrováno 853 těchto zařízení, ve kterých bylo evidováno 790 lékařů a 400 zdravotnických pracovníků-nelékařů s odbornou způsobilostí. Celkem bylo v ambulancích v roce 2012 provedeno více než 2,8 milionu vyšetření/ošetření. Od roku 2000 jejich počet vzrostl o téměř 38 %. Ve sledovaném roce bylo ošetřeno 600 000 pacientů a při porovnání s rokem 2000 dochází u dospělé populace k nárůstu počtu pacientů o téměř 60 %.

Z analýzy údajů Všeobecné zdravotní pojišťovny a jejich extrapolace na všechny pojišťovny vyplynula reálná průměrná vytíženost ambulantních psychiatrů více než 170 % oproti základní ordinační době. Regulace ze strany pojišťoven ani při této vytíženosti nedovolují strávit s pacientem v průměru více než 2,6 hodiny ročně.

Nedílnou součástí systému péče o duševně nemocné jsou psychologické ambulance. Celorepublikově v roce 2012 bylo 552 psychologických ambulancí se smlouvou s pojišťovnou, celkem bylo nasmlouváno 581,7 úvazků, což je průměr 1,05 na jednu ambulanci. Jedna ambulance průměrně ošetřila 240 pacientů (unicitních).

Mnohem méně rozvinutá je síť ambulantních zařízení pedopsychiatrických, sexuologických a specializovaných k léčbě závislostí na návykových látkách.

Psychiatrické nemocnice (do roku 2013 označované jako psychiatrické léčebny)

Lůžková péče svojí strukturou prakticky kopíruje historicky zakotvenou síť psychiatrických ústavů vzniklých na přelomu 19. a 20. století. V té době se jednalo o masivní investice zemské vlády do péče o lidi s duševním onemocněním, které byly prováděny v souladu s tehdejšími možnostmi léčby. Od vzniku těchto ústavů se způsoby léčby v psychiatrii radikálně změnily. Pomineme-li investiční zanedbanost psychiatrických nemocnic (odhadovanou na několik miliard Kč) a budeme-li se dívat na stávající systém z hlediska prostorových dispozic jednotlivých objektů a urbánní dostupnosti areálů, je zřejmé, že mnohé ze stávajících zdravotnických zařízení nevyhovují plně moderním terapeutickým trendům. Zejména velkokapacitní pokoje, dlouhé chodby,

kteřé ztěžují ošetrovatelskou péči (svým charakterem spíše vyhovují dohledu), jsou již dnes obsolentní. Průměrný počet lůžek na jednu psychiatrickou nemocnici se blíží pěti stům, což generuje spádovou oblast každé z nich, čítající několik set tisíc obyvatel.

Psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic

Kromě lůžkového fondu v psychiatrických léčebnách (od 1. 7. 2013 se rozhodnutím porady vedení Ministerstva zdravotnictví většina přejmenovala na psychiatrické nemocnice) existuje 30 psychiatrických oddělení v nemocnicích. Je však zřejmá nevyváženost v počtu lůžek koncentrovaných v 18 velkých psychiatrických nemocnicích a na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic – 8 847 versus 1 260. Alarmující je trend v posledním desetiletí, kdy počet lůžek mimo psychiatrické nemocnice klesl o cca 20 %. Rovněž stojí za zmínku fakt, že ze 188 všeobecných nemocnic v ČR má svoje psychiatrické oddělení pouze 29, jedno oddělení existuje jako samostatné zdravotnické zařízení (Psychiatrické centrum Praha, od roku 2015 Národní ústav duševního zdraví).

Vzhledem k praktické absenci komplexních služeb v komunitě se dostáváme do situace, kdy je nízká lokální dostupnost lůžkové psychiatrické péče a ambulantní servis je ve své funkci výrazně omezen limitací plateb. Tím je podmíněna i dlouhá průměrná ošetrovací doba v psychiatrických nemocnicích, která v roce 2012 činila 83,8 dne.

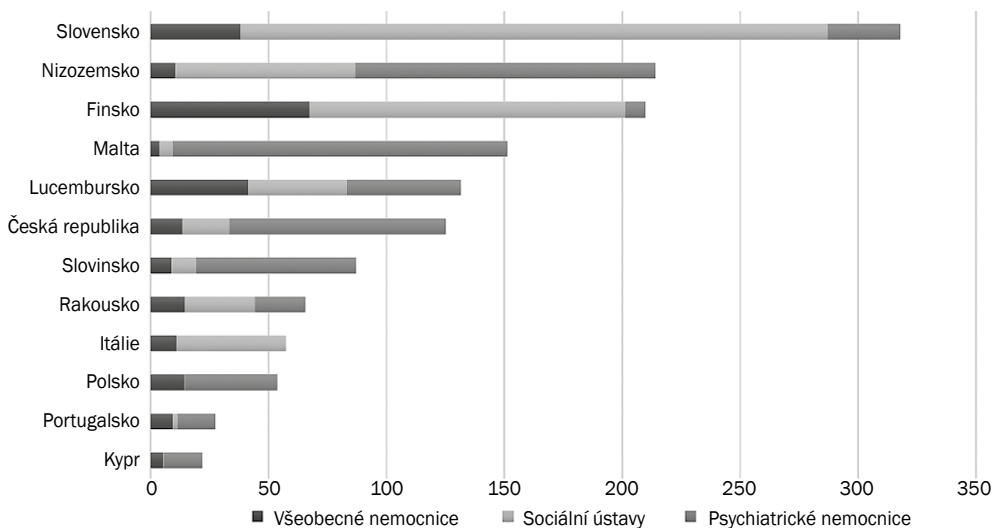
Problémem psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic je skutečnost, že vzhledem k malému počtu lůžek a personálu (oproti psychiatrickým nemocnicím) nelze zajistit specializovanou péči pro všechny skupiny duševně nemocných, tj. například péči sexuologickou, pedopsychiatrickou, gerontopsychiatrickou, protialkoholní, protitoxikomanickou aj. Tito pacienti pak stejně musí být léčeni v psychiatrické nemocnici, často velmi vzdálené od jejich bydliště.

Komunitní služby

V ČR chybí zejména denní stacionáře, krizová centra, chráněná bydlení a další služby, které můžeme vnímat jako součást komunitní péče. V roce 2012 dle ÚZIS byla poskytnuta péče v krizových centrech a psychoterapeutických stacionářích cca 5 000 pacientů.

Sociální péče

Podíl resortu práce a sociálních věcí na přímé péči o duševně nemocné není z dostupných dat jasně kvantifikovatelný. Převážně jde o klienty s dlouhodobě probíhající nemocí s funkčním postižením. V ústavních zařízeních sociální péče jsou osoby s duševním onemocněním umísťovány jak do domovů se zvláštním režimem (8 zařízení pro osoby s duševním onemocněním s celkovou kapacitou cca 900 lůžek, 8 zařízení pro osoby s chronickou závislostí na alkoholu či psychoaktivních látkách s kapacitou cca 350 lůžek), tak i do domovů pro osoby se zdravotním postižením. Z dostupných statistik není možné určit, kolik z celkového počtu osob umístěných v těchto zařízeních jsou osoby, které budou vyžadovat speciální pomoc a podporu jako osoby s duševním onemocněním. Kvalifikovaným odhadem se jedná zhruba o 2 000 osob. Další složkou jsou sociální služby poskytované ambulantně. Služby provozuje 30 neziskových



Obr. 2.1. Celkový počet lůžek pro duševně nemocné na 100 000 obyvatel (podle WHO, 2011)

organizací. Ze statistického šetření provedeného v roce 2012 mezi organizacemi sítí Fokus a Asociace komunitních služeb vyplývá jejich kapacita kolem 4 000 uživatelů.

Charakter postižení, resp. typ potřebné podpory osob umístěných v zařízeních sociální péče či v psychiatrických nemocnicích se od sebe častokrát mnoho neliší. Setrvávání některých klientů v psychiatrických nemocnicích je dáno nedostatkem kapacit specializované péče v ústavech se zvláštním režimem.

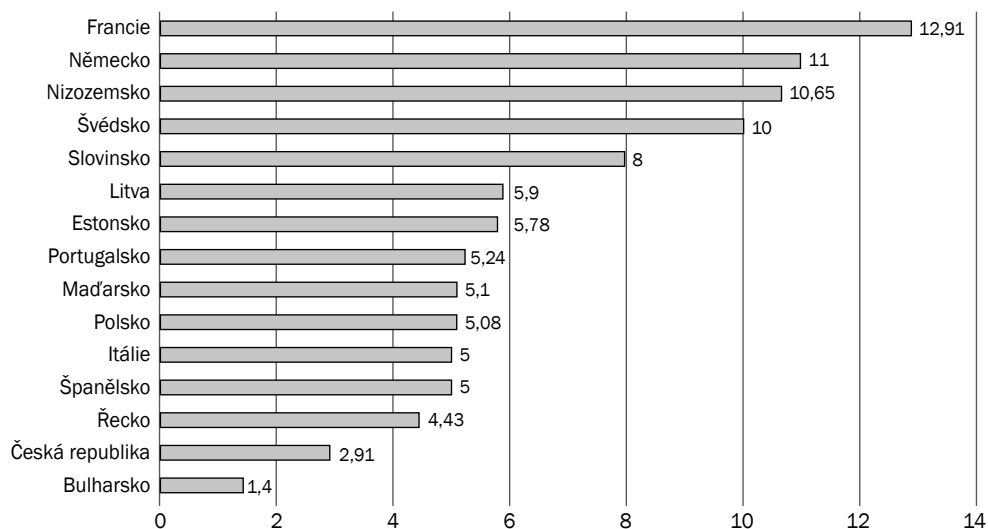
Mezinárodní srovnání

Obrázek 2.1 ukazuje přehled počtu lůžek pro duševně nemocné v některých státech Evropy a jejich rozdělení. Česká republika patří mezi země s výrazným zastoupením dlouhodobé ústavní péče (psychiatrické nemocnice a ústavy sociální péče).

Financování a nákladovost

Financování péče o duševně nemocné je v naší zemi dlouhodobě neřešeným problémem. Z pohledu celkových zdravotnických výdajů na psychiatrickou péči je Česká republika s 2,91 % dlouhodobě na jednom z posledních míst pomyslného řebříčku v Evropě. Vybrané evropské země a jejich psychiatrický podíl na zdravotnických výdajích jsou uvedeny na obrázku 2.2.

Celkové náklady spojené s duševními poruchami v roce 2010 byly v ČR odhadnuty na více než 100 miliard Kč. Jedná se o součet přímých medicínských a nemedicínských nákladů a nákladů nepřímých, způsobených invaliditou, pracovní neschopností a zkrácením střední délky života u duševně nemocných. Více než jedna čtvrtina invalidních důchodů III. stupně je zapříčiněna duševní poruchou. Je paradoxní, že tak významné problematice je dlouhodobě věnována tak malá pozornost (vyjádřeno alokací prostředků na léčbu a investic do systému péče).



Obr. 2.2. Alokace finančních zdrojů na psychiatrii vyjádřená v procentech celkových zdravotnických výdajů (podle WHO, 2011)

Budoucnost

Pokud k tomuto čistě ekonomickému pohledu přidáme rozměr řady mezinárodních závazků, které Česká republika učinila (Helsinská deklarace 2005, ratifikace Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením 2009), a odborných doporučení (Koncepce oboru psychiatrie 2008, Národní psychiatrický program 2007, The European Mental Health Action Plan 2013), jsou srozumitelné pohnutky, proč v roce 2012 Ministerstvo zdravotnictví zahájilo přípravu **Strategie reformy psychiatrické péče**.

Jde o završení dlouhodobé snahy odborné veřejnosti zahájit transformaci péče o duševně nemocné a přiblížit ji tak evropskému standardu. Na podzim roku 2013 tehdejší ministr zdravotnictví, MUDr. Martin Holcát, vydal strategický dokument, který definuje základní směřování péče o duševně nemocné v nejbližším desetiletí. Základním referenčním rámcem změny je kvalita života osob s duševním onemocněním.

Strategické cíle jsou následující:

1. Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování.
2. Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně.
3. Zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí.
4. Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci.
5. Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání, bydlení aj.).
6. Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb.
7. Humanizovat psychiatrickou péči.

Z uvedených cílů je zřejmé, že jde o komplexní změnu systému. Klíčovým prvkem celého procesu je vytvoření **nového systémového prvku – Center duševního zdraví (CDZ)**. Jsou to zařízení, která systémově rozšíří péči o chybějící služby a funkce. Jejich masivním rozšířením – cca 1 CDZ na 100 000 obyvatel – se změní charakteristika systému péče o duševně nemocné směrem k vyvážené péči. Ta je charakterizována tím, že:

- služby reflektují priority uživatelů a těch, kteří o ně pečují;
- existuje vyvážený poměr mezi komunitními a nemocničními službami;
- služby jsou poskytovány blízko bydliště;
- existuje vyvážený poměr mezi stacionárními a mobilními službami;
- intervence se zaměřují jak na symptomy (medicínský model), tak na funkční postižení (rehabilitační koncept).

Primární cílovou skupinou budou lidé trpící vážnou duševní poruchou, kteří jsou v současné době dlouhodobě institucionalizováni a jejichž život v přirozeném prostředí obvykle vyžaduje vysokou míru podpory. Základní charakteristiky CDZ, formulované ve Strategii psychiatrické reformy, jsou:

- dostupnost, tj. CDZ má být umístěno v běžné občanské zástavbě, dosažitelné do půl hodiny, 24 hodin denně;
- CDZ má poskytovat zdravotní i sociální služby formou multidisciplinárního týmu;
- CDZ poskytuje stacionární i mobilní (terénní) službu;
- CDZ má jasně definovaný region. Tento fakt nenarušuje svobodnou volbu zdravotnického zařízení pacientem/klientem. Je vyjádřením zodpovědnosti zdravotnického zařízení za daný region.

Dalším významným krokem reformy je podpora vzniku psychiatrických oddělení ve všeobecných nemocnicích. Jde o přesun akutní psychiatrické péče více do regionů a důraz je kladen na konziliární péči a včasnou identifikaci psychiatrické nemoci.

Rozvoj ambulantních služeb je klíčový pro širokou skupinu pacientů, kteří vzhledem k poddimenzování sítě aktuálně dostávají pouze bazální psychiatrickou péči.

Důsledkem rozvoje sítě a strukturálních a systémových změn bude redukce a reprofilizace lůžkové kapacity ve stávajících velkých ústavech (psychiatrických nemocnicích).

Vzhledem k faktu, že reforma psychiatrie v České republice je zahájena se zpožděním několika desítek let oproti většině evropských zemí, je vhodné pečlivě analyzovat zahraniční zkušenosti, abychom minimalizovali rizika procesu změny. Jedna ze zřetelně ohrožených skupin pacientů při transformačních procesech jsou duševně nemocní se závažnými komorbiditami. Z tohoto důvodu jsou prvním krokem projekty, které vytvoří metodiku monitorování celého procesu. Strategie samotná a její naplňování by se měly pravidelně přehodnocovat a měly by reagovat na aktuální celospolečenskou situaci. Přirozenou ambicí celého procesu reformy psychiatrie je také navýšení finančních prostředků, které jsou směřovány do psychiatrické péče. Nově vytvářený systém bude zárukou, že finanční prostředky budou využívány efektivně.

Literatura

- EHLER E a kol. Náklady na poruchy mozku v České republice. Čes a slov Neurol 2013; 3: 282–291.
- LEFF J. Evaluating the transfer of care from psychiatric hospitals to district-based services. Br J Psychiatry 1993; 162: 6.
- MAJ M. Physical health care in persons with severe mental illness: a public health and ethical priority. World Psychiatry 2009; 1–2.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí. Pojistně matematická zpráva o důchodovém pojištění 2012. www.mpsv.cz
- Ministerstvo zdravotnictví. Strategie reformy psychiatrické péče. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2013.
- WHO. The European Mental Health Action Plan 2013.
- WINKLER P. Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2013.

3. Klasifikace v psychiatrii

Jan Libiger

Proč a jak diagnostikovat?

Hledat a nacházet souvislosti a podobnosti mezi potížemi jednotlivých pacientů a odvozovat z toho typický průběh nemoci i postupy v léčbě patří k práci lékaře. Subjektivní i objektivní příznaky se vyskytují ve shlcích, které často vypovídají o svých patofyziologických příčinách. Příkladem je zarudnutí, teplo, otok a bolest při zánětu. V psychiatrii se patofyziologické procesy odehrávají v nejlépe chráněném řídicím orgánu lidského organismu – v mozku. Víme o nich málo. Povahu vztahů mezi příznaky a vlastní příčinou nemoci zatím přesně neznáme. O nezbytných a dostačujících příčinách duševních poruch víme málo na to, abychom podle nich mohli duševní nemoci spolehlivě třídit. Tam, kde se podařilo jednoznačnou příčinu najít, jako například u neurosyfilis způsobené treponemovou infekcí mozku, to vedlo ke spolehlivé laboratorní diagnostice a také k účinné léčbě. Zatím tedy třídíme duševní nemoci na základě prožitků a chování nemocných a bereme v úvahu průběh onemocnění. Nedokonalé znalosti patofyziologie mozku svádí k názorům, že v psychiatrii není diagnóza zapotřebí a že povrchní škatulkování prožívání a chování nemocných může vést ke škodlivému zjednodušení pacientových potíží. Nahrazení diagnózy příběhem pacienta a porozumění spojitosti rozvoje vnějších událostí se subjektivními obtížemi a změnami v chování přináší úspěchy v psychologickém poradenství. V medicíně umožní takto individualizovaný postup sestavit na tělo šitý terapeutický plán. Postrádá ale výhody, které přináší diagnóza a které jsou nezbytné pro medicínský postup:

- *využití zkušeností kolegů v oboru*, které vyžadují srozumitelnou a jednoduchou komunikaci nálezu;
- *možnost vytvořit hypotézy, zkoumat klinické a patofyziologické charakteristiky poruch* – takovou praktickou hypotézou je ve zkratce právě diagnóza. Vypovídá o očekávané prognóze a odpovědi na léčbu. Hypotézy umožňují výzkum a pokrok v medicíně;
- *možnost studovat epidemiologii diagnostikovaných obtíží a poznatky využívat v prevenci.*

Diagnostické systémy v psychiatrii odpovídaly možnostem doby a dostupným metodám, jak rozpoznat příznaky nemocných a porozumět jim. Měnily se názvy onemocnění, ačkoli projevy poruch a chorob mysli byly stejné. Měnilo se pojmenování, ale někdy také jeho význam. Zdálo by se, že pojmenování nemá velký vliv na

nemocné ani na průběh onemocnění. Protože ale některá duševní onemocnění jsou spojena se „stigmatem“, může změna názvu vést pozvolna ke změně postoje společnosti vůči pacientům a dokonce ke změně postoje pacientů k nim samým. Tak například v Japonsku došlo v roce 2002 ke změně pojmenování pro schizofrenii z japonského „nemoc s rozštěpem duše“ na „porucha integrace“. Změna vedla k lepšímu chápání svého onemocnění pacienty a k jejich lepší spolupráci při léčbě.

Diagnóza onemocnění má mít některé důležité vlastnosti. Má být skutečná (validní) a spolehlivá (reliabilní). Validní diagnóza popisuje skutečnou chorobu, u které předpokládáme specifickou patogenezi, typický průběh a odpověď na léčbu a ne přechodnou variaci nebo odchylku normy. Diagnózy v psychiatrii se mohou někdy překrývat, protože nemají jednoznačné a specifické příznaky. Neurastenie může být jen jiný název pro poruchu přizpůsobení s nevykonností, podrážděností a úzkostí. Tzv. únavový syndrom je obtížně odlišitelný od vleklé apatické deprese. Proto se o validitě diagnóz jako jsou neurastenie nebo únavový syndrom vedou diskuse. Spolehlivost diagnózy znamená, že výsledky vyšetření u téhož pacienta vedou u různých, ale stejně kvalifikovaných lékařů ke shodnému diagnostickému závěru. Některé klasifikace duševních nemocí mohou obsahovat skutečné nemoci, ale lékaři se na diagnóze neshodnou. Současné klasifikace jasně vymezují postup při stanovení diagnózy a jsou spolehlivé, jsou „reliabilní“. Nad tím, zda obsahují jenom skutečné „validní“ nemoci, se vede diskuse. V minulosti patřila mezi diagnózy například homosexualita, ale mezi onemocnění se nepočítalo patologické hráčství. O tom, že závislost na alkoholu je nemoc, se nepochybuje, zda je ale nemocí nadužívání (abusus) alkoholu nebo psychotropních látek, zůstává otázkou.

Klasifikace v psychiatrii

Klasifikace může být systematická nebo empirická – založená na pozorování. Systematické třídění, jako například periodická soustava prvků, vychází z nějaké teorie, která obsahuje třídící kritérium. V psychiatrii by se v budoucnu mohla opírat třeba o nálezy zobrazovacích metod mozku, pokud dokážeme příznaky poruchy chování nebo abnormálního prožitku spojit s aktivitou určitých oblastí mozku, nebo třeba o endokrinní odpověď v nějakém testu, pokud budeme vědět, jak spolu neuroendokrinní změny a příznaky souvisejí. Obvykle a spolehlivě to ale nevíme. Převažují tedy klasifikace založené na zkušenosti, které využívají klinické popisy chorobných odchylek v chování a prožívání pacienta – jeho psychopatologii. Klasifikace v psychiatrii se může opírat o diagnostické kategorie, jako jsou např. porucha pojmenovaná agorafobie nebo onemocnění diabetes mellitus 2. typu, nebo o měřitelné dimenze, jako jsou úzkost, únikové chování nebo inzulinová rezistence atp. Diagnostická kategorie je popsána výskytem a posloupností charakteristických příznaků i typickým průběhem a okolnostmi onemocnění. Takový popis vyjadřuje „typologickou“ diagnózu, které skutečné příznaky pacienta více či méně odpovídají. Mohou ale vznikat nejasné, hraniční případy, u kterých se vyskytují příznaky různých diagnostických kategorií. Například se onemocnění pacienta projevuje manickou náladou, ale také některými příznaky typickými pro poruchu s bludy. Rozhodnutí o diagnóze může záviset na

praxi a názorech diagnostikujících i na jejich psychiatrické „škole“. Taková typologická diagnóza nemusí být spolehlivá, reliabilní. Posledních třicet let se prosazuje kritériální přístup k diagnostickým kategoriím. Diagnóza je definovaná pomocí kritérií, která vymezují, jaké příznaky, jaká doba jejich trvání a jaké okolnosti vzniku musí být pro stanovení diagnózy přítomné, a jaké naopak diagnózu vyloučí. Diagnóza a její kritéria jsou operacionalizována. To znamená, že je přesně popsán postup, jak diagnózu stanovit a jak posuzovat přítomnost či chybění jednotlivých diagnostických kritérií. Mluví se pak o operacionální diagnóze. Ta je vysoce spolehlivá.

Do znalostí klasifikace duševních poruch patří také porozumění tradičním psychiatrickým pojmům, které se užívají v běžné mluvě. V minulosti se někdy rozlišovaly duševní nemoci a duševní poruchy, které se pokládaly za jakési trvalé vady.

Mezi duševní nemoci spadaly neurózy a psychózy. Psychóza byla tradičně považována za závažné, vleklé onemocnění s bludy a halucinacemi, u kterého docházelo k pronikavé změně osobnosti. Neuróza byla obvykle chápána jako přechodné, méně závažné onemocnění, které vzniklo na základě špatně zvládnutého konfliktu v mysli, měnilo chování pacientů, ale nikdy nebylo provázáno bludy nebo halucinacemi.

Mezi duševní poruchy byly počítány celoživotní odchylky v kognitivních funkcích – duševní zaostalost a také poruchy osobnosti, které se zahrnovaly pod pojem „psychopatie“. V popředí neurotických poruch byla úzkost, rozlada, strach nebo skleslost, v popředí poruch osobnosti nepřizpůsobivost.

Psychóza je vážná duševní porucha, u které je charakteristická porucha vztahu ke skutečnosti. Ta spočívá ve ztrátě schopnosti řídit se běžně sdíleným obrazem skutečnosti, který je u psychózy deformován bludy, halucinacemi a závažnou poruchou myšlení.

U akutních organických poruch se mohou vyskytovat příznaky psychózy (halucinace, bludy, porucha myšlení, dezorganizace chování) i příznaky neurotické (úzkost, strach, skleslost, nevykonnost), u chronických organických poruch jsou častější známky změny osobnosti, jejího chátrání a úpadku. Objevuje se postižení kognitivních funkcí (intelektu i paměti) a nespecifické změny chování, svědčící pro organicky způsobenou změnu osobnosti. Organické onemocnění nebo postižení mozku může vést k různým kombinacím příznaků.

Psychopatie je pojem, který kdysi označoval jakékoli onemocnění psychiky. Později se používal u stavů, které trvaly celý život a pokládaly se za „konstituční“, tj. spojené s povahovou odchylkou osobnosti. Nevyžadují ani tak léčbu, jako spíše výchovu a vedení. Prototypem psychopatie byla protispolečensky se projevující morální vada, známá z anglosaské psychiatrie jako „moral insanity“. Později byla celá skupina takových povahových odchylek popsána a klasifikována jako varianty osobnosti a jejich různé podtypy byly zahrnuty pod pojem psychopatie. Psychopati sami měli nebo jiným působili obtíže, které vyplývaly z jejich odlišných hodnot, temperamentu, způsobu vnímání a zvládání společenských vztahů a situací. Dnes se pojem psychopatie opět vrací spíše k původnímu užití pro označení protispolečenské osobnosti především nespolehlivého a morálně odlišného jedince a v psychiatrii se nepoužívá. Abnormální

osobnosti, jejichž potíže jsou způsobeny zvláštními povahovými vlastnostmi, se klasifikují jako specifické poruchy osobnosti (např. schizoidní nebo histriónské).

Klasifikace se dnes opírá především o kritéria. Diagnózy jsou přesně ohraničené. Když nemocný splňuje kritéria pro nějaké onemocnění, je diagnóza jednoznačná a spolehlivá. V diagnostické příručce je přesně popsáno, jak se při zjišťování příznaků postupuje, diagnóza je „operacionalizovaná“. U skutečného pacienta se kromě kritérií pro přesně vymezenou diagnózu mohou vyskytovat ještě jiné příznaky. To vede k tomu, že se zjistí více než jedna diagnóza. Pak mluvíme o komorbiditě, tedy současném výskytu dvou (i více) platných psychiatrických diagnóz u jednoho pacienta. Často se to například stává u depresivní poruchy a některé z úzkostných poruch, například u generalizované úzkostné poruchy nebo panické poruchy.

Třídění nemocí může být také založeno na intenzitě nějaké důležité charakteristiky nemoci. Jde pak o třídění, kterému se říká dimenzionální. Míra nebo rozměr úzkosti, deprese či poruchy myšlení se měří na nějaké standardní stupnici. Odchytky v míře „rozměru“ nebo kombinace odchylek několika „dimenzí“ definují diagnózu psychické poruchy. Mnoho projevů duševní nemoci se totiž chorobným symptomem stane až tehdy, když překročí nějakou hraniční hodnotu intenzity. Úzkostní a depresivní jsou lidé v úzkost a smutek budících situacích. Tyto emoce mají běžně adaptivní význam a lidem pomáhají přizpůsobit chování situaci. Teprve jejich nadměrný nebo situaci nepřiměřený projev z nich činí psychiatrický příznak. Dimenzionální klasifikace se v psychiatrii uplatňuje například u poruch osobnosti, u kterých se předpokládá, že jsou jen nadměrným projevem mezi lidmi běžných vlastností nebo jejich zvláštní kombinací.

Klasifikace MKN a DSM

S pokrokem v dostupnosti lékařské péče vznikala potřeba opírat se o epidemiologická data. Historicky vzniklá různorodost psychiatrických diagnostických pojmů bránila medicínskému výzkumu. Do 6. vydání Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN), připravované Světovou zdravotnickou organizací (SZO), bylo poprvé zařazeno klasifikační schéma duševních nemocí v roce 1948. V USA byla první verze Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-I) přijata Americkou psychiatrickou asociací v roce 1952. Tyto manuály sloužily především jednotné domluvě a výkaznictví. V roce 1980 vznikla v USA klasifikace DSM-III, založená na přesně vymezených kritériích. O dekádu později byla Světovou zdravotnickou organizací zavedena do užívání klasifikace MKN-10. Z psychiatrického slovníku zmizely některé dlouho užívané a v praxi běžné pojmy, například „melancholie“, „hysterie“ nebo „endogenní“. Obě klasifikace zvýšily spolehlivost diagnostických kategorií, protože měly operationalizovaná kritéria. Část popisu pacientova stavu se v americkém manuálu přesunula mimo soubor kritérií pro hlavní diagnózu, na doplňkové, nezávislé osy. Vícesý systém se snaží popsat celkovou situaci pacienta v několika na sobě nezávislých osách, z nichž každá představuje významný „rozměr“ situace, pro kterou je pacient lékařem vyšetřován. V amerických diagnostických a statistických manuálech (DSM), počínaje

DSM-III až po současné DSM-5, lze pacientův stav zachytit na pěti osách. Osa I je definována hlavní diagnózou, pro kterou je pacient aktuálně v lékařské péči. Osa II je určena pro souběžnou diagnózu poruchy osobnosti nebo duševní zaostalosti, pokud lze v souladu s kritérii klasifikačního systému u nemocného zjistit. Tyto poruchy na rozdíl od nemocí na ose I jsou celoživotní, obvykle se objevují v dětství či dospívání a mají trvalou povahu. Na ose III jsou zaznamenány diagnózy tělesných chorob a stavů, které mají vztah k duševním poruchám. Buď jsou to poruchy, které s nimi mohou být kauzálně spojené, nebo ovlivňují jejich intenzitu, trvání i projevy. Diabetes například je zaznamenáván na ose III, protože může ovlivnit intenzitu a trvání deprese, thyreotoxikóza může vést k úzkostným poruchám, epilepsie k povahovým změnám nebo psychotickým projevům při psychomotorickém záchvatu. Osy IV a V popisují současnou životní situaci pacienta a jeho uplatnění. Osa IV zaznamenává nedávno proběhlé zatěžující události se vztahem k duševní poruše. Mezi psychosociální faktory, které ovlivňují diagnózu a léčbu duševních poruch, patří například stresory jako jsou úmrtí blízkého člověka, přestěhování, ztráta zaměstnání nebo dluhy. Osa V kvantifikuje míru schopnosti se přizpůsobivě uplatnit, která se obvykle překládá přejatým anglickým slovesem jako „fungování“. Osa V v klasifikacích DSM používá nástroj Global Assessment of Functioning (GAF), který popisuje rozmezí „fungování“, resp. uplatnění v pracovních, rodinných a obecně sociálních situacích na škále v rozmezí 0 až 100 bodů.

Operacionalizované a „neteoretické“ diagnostické systémy usnadňují lepší domluvu psychiatrů. V neteoretickém systému není zařazení nějaké chorobné jednotky zdůvodněno ucelenou teorií, ze které by plynuly možné diagnózy jako prvky v Mendělejevově tabulce. Teorií je například psychoanalýza se svým slovníkem obranných mechanismů, konfliktů a vztahových poruch. Podobně je na teoretických předpokladech založené i systematické dělení diagnóz na organické a reaktivní duševní poruchy nebo na poruchy endogenní a exogenní. Nové systémy klasifikace se snaží vyhnout předpokladům, které zatím nejsou doložené spolehlivými podklady.

Pro výzkum se obvykle používají diagnostické kategorie Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace DSM-IV a DSM-IV-TR (v revidované verzi). Jednoznačnost hranic diagnostických kategorií, kterých je v DSM-IV celkem 297, činí tyto příručky také důležitou pomůckou pro administrativu, pojišťovnictví a plánování zdravotnických služeb. Narůstající počet popsanych poruch ale vede k pochybnosti, zda jsou všechny diagnózy validní a zda mají specifickou patogenezi a léčbu. V roce 2013 vyšla nejnovější verze americké diagnostické příručky DSM-5. Zároveň připravuje skupina expertů SZO 11. vydání diagnostických vodítek pro duševní poruchy a poruchy chování jako součást Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11).

Psychiatrické poruchy v MKN-10

V současnosti je platnou klasifikací duševních poruch V. kapitola Mezinárodní klasifikace nemocí v 10. decenální revizi, platná od roku 1992. Kapitola je identifikována písmenem F, za kterým následují dvě číslice – první označuje širší diagnostickou

kapitolu, druhá upřesňuje typ poruchy označené první číslicí. Je možno pak ještě upřesňovat další číslicí za tečkou, takže systém pojme až tisíc diagnostických variant. Také systém MKN umožňuje diagnostikovat na více osách. Na ose I se zaznamenávají duševní poruchy, tělesná onemocnění i poruchy osobnosti, tedy kterákoli psychiatrická porucha klasifikovaná v diagnostickém systému MKN. Na ose II se hodnotí nemocemi způsobené narušení funkce. Pro její posouzení vyvinuli pracovníci Světové zdravotnické organizace standardní nástroj WHO-DAS-S (World Health Organization – Disability Assessment Schedule – Short). Tato škála sjednocuje popis následků poruch diagnostikovaných na ose I. Umožňuje standardně skórovat úroveň péče o vlastní osobu, uplatnění v zaměstnání, zastávání rodinných rolí a širší společenské dovednosti, jako je třeba udržování přátelských vztahů, pěstování koníčků apod. Osa je analogická ose V u DSM a nástroj DAS je zacílený na měření podobných nedostatků, jaké měří výše zmíněná a více používaná škála GAF. Na ose III se v MKN-10 kódují stavy, které znamenají zátěž ať psychosociální, nebo v souvislosti s prostředím. Na této ose lze diagnostikovat kategorie z kapitoly MKN označené jako Z, kterými jsou kódovány jevy, které nemusí být spojené s diagnózou duševní poruchy, jako jsou například problémy v zaměstnání, potíže se zákonem, problémy spojené se životním stylem, vztahy v rodině nebo zvýšené nároky na přizpůsobení v novém prostředí. Tyto Z-kódy jsou užitečné, protože u stejné diagnózy duševní poruchy bývá různý kontext a různá kvalita psychosociální zátěže. Ovlivnění jejich dopadu ale patří do terapeutického plánu a doplňková diagnóza kategorie Z tak podrobněji specifikuje souvislosti onemocnění klasifikovaného na ose I. Stejná diagnóza na ose I také vede u různých jedinců k různé míře ztráty funkce.

V každodenní klinické praxi se této možnosti doplnit diagnózy pacienta na všech osách používá málo a užitečná informace se ztrácí. Tradiční dělení poruch na psychotické a neurotické v praxi přetrvává, i když současná klasifikace dělení na neurotické a psychotické poruchy oslabila. Vychází z toho, že u některých diagnóz se někdy vyskytují příznaky psychózy a jindy nikoli (například bipolární afektivní porucha). Psychiatrické poruchy spojené s organickými příčinami se mohou projevovat příznaky ze všech okruhů psychopatologie. Hlavní vliv na jejich projevy má trvání a intenzita příčin organického postižení mozku.

Připravovaná nová revize seznamu psychiatrických poruch v MKN-11 bude asi ovlivněna již používaným diagnostickým manuálem Americké psychiatrické společnosti DSM-5. Ten diagnostiku psychiatrických poruch zjednodušil, ale nepřiblížil ji etiologicky podloženému systému. Zrušil například některé podtypy schizofrenního onemocnění (dělení na paranoidní, katatonní a dezorganizovanou schizofrenii), jejichž diagnóza byla dlouho součástí zaběhnuté psychiatrické praxe. Odstranil podrobnější členění poruch spojených s tělesnými příznaky (somatoformní poruchy) a shrnul je pod jedinou diagnostickou kategorií pojmenovanou Porucha s tělesnými příznaky. Zavedl „dimenzionální“ charakteristiky duševní poruchy při použití tzv. hybridního přístupu. Lékař například diagnostikuje kategorii deprese a jako upřesňující veličinu změří na škále její intenzitu. Podobně je měření stupně poruchy součástí diagnostiky

u psychotických a úzkostných poruch. Systém doplňuje řada hodnotících stupnic – škál k měření funkčního uplatnění. Definitivní struktura a náplň budoucí psychiatrické kapitoly systému MKN-11 není v době sepisování této učebnice ještě známa.

Psychiatrická diagnostika se bude dále vyvíjet společně s rozvojem poznání neuronálních okruhů v mozku, které slouží odpovědi jedince na situace, kterým je vystavován. Regulují emoce, představivost, paměť i motivaci. Odchylky v činnosti systémů, jako jsou řídicí (exekutivní) funkce, tzv. volnoběžný systém (default mode network – aktivita mozku v klidu), neuronální okruhy selektující motivačně významné podněty nebo spojené s hodnocením sociálně významných situací mohou být v budoucnu východiskem pro patogeneticky založené třídění psychiatrických poruch. Do té doby psychiatrická klasifikace bude vycházet, stejně jako dosud, z analýzy a vyhodnocení odchylek prožívání a chování nemocného, tedy z psychopatologie a jejího kontextu.

Literatura

FIRST MB, PINCUS HA. Diagnosis and classification. In: Gelder MA, Andreasen NC, López-Ibor JJ, Geddes JR. New Oxford textbook of psychiatry. Oxford: Oxford University Press; 2012: 99–121.

FRANCIS A. Saving normal. New York: Harper and Collins; 2012.

Světová zdravotnická organizace. Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Praha: Psychiatrické centrum Praha; 2006.

4. Vyšetření pacienta v psychiatrii

Věra Bažantová

Postup a specifika při psychiatrickém vyšetření, navázání kontaktu s pacientem

Vyšetření psychiatrem se v mnohém odlišuje od běžného vyšetření při tělesných potížích. Pacienti se k vyšetření dostávají často za nestandardních situací, v životních krizích, a někdy i proti své vůli. V některých případech bývají přivezeni v noci příbuznými, záchrannou službou či policií. S těmito specifiky musí vždy vyšetřující lékař – psychiatr počítat.

Při každém vyšetření je nutné s pacientem navázat adekvátní kontakt. To zahrnuje běžná pravidla slušného chování a specifické postupy, které si každý lékař během své praxe postupně osvojuje. Samozřejmostí má být při prvním kontaktu pozdrav, vzájemné představení se a zajištění co nejlepších podmínek k provedení vyšetření. První kontakt pacienta s psychiatrem zásadně určuje další úspěšnost terapeutického vztahu. Je vhodné pacienta předem seznámit s předpokládanou délkou vyšetření (40–60 minut). Upozornit na možné vyrušení (telefonát) a na to, že si budeme psát poznámky. Pacienta připravíme na to, že se budeme ptát i na věci, které s jeho problémem na první pohled nesouvisejí. Přejde-li pacient k vyšetření v doprovodu dalších osob, vždy hovoříme nejdříve s ním. Pokud je to možné, vyžádáme si jeho souhlas k rozhovoru s doprovázejícím blízkým člověkem (členem rodiny, přítelem...). To je nutné k získání „objektivní“ anamnézy, která může při porozumění pacientovým potížím a diagnostice sehrát důležitou roli.

Pacienta usadíme naproti sobě, tváří v tvář, neměly by být mezi námi žádné pevné překážky. Jedná-li se o pacienta agitovaného či agresivního, vždy pro sebe volíme místo blíže ke dveřím, dveře můžeme ponechat pootevřené. Vyhýbáme se upřenému očnímu kontaktu a jakékoli konfrontaci s pacientem. Při známkách narůstající tenze nemocného vyšetření okamžitě přerušíme, přivoláme další personál.

Rozhovor je nutné zahájit zjištěním základních identifikačních údajů pacienta. Zeptáme se na celé jméno, datum narození, místo bydliště, zaznamenáme kontakt na nejbližšího příbuzného či jinou osobu, kterou pacient uvede jako blízkou. Do dokumentace uvedeme, za jakých okolností se pacient dostavil (sám, doveden rodinou, přivezen policií, službou rychlé pomoci...), zda vyšetření bylo plánované a případně kdo pacienta k vyšetření doporučil. Poté se pacienta zeptáme na potíže, které jej nyní

trápí. Necháme jej zprvu volně hovořit, verbálně i nonverbálně dáváme najevo zájem o jeho potíže, pacienta k hovoru povzbuzujeme. Je dobré zaznamenané informace průběžně shrnovat a ujistit se tak, že problému opravdu rozumíme. Pacientovi postupně klademe otázky, kterými si informace doplňujeme. Měli bychom se vyhýbat uzavřeným dotazům (ano – ne) a sugestivním otázkám. Pokud o něčem pacient hovořit nechce, změním téma a pokusíme se k dané problematice vrátit později. Během rozhovoru je nutné pacienta nikterak nesoudit, sdělované informace nehodnotit a nepronášet unáhlené závěry. Cílem rozhovoru je získat potřebná anamnestická data, zjistit a popsat přítomnou psychopatologii. Nastínit diferencially diagnostickou rozvahu s plánem dalších pomocných vyšetření a na základě toho formulovat plán léčby. Pacienta bychom o svých závěrech a dalších postupech měli informovat. To je třeba učinit vždy srozumitelně a s ohledem na jeho aktuální zdravotní stav. Je nutné strukturu vyšetření individuálně přizpůsobit každému nemocnému. Psychiatrické vyšetření by neměl být výsledek s cílem krok za krokem v přesném pořadí vyplnit všechny body anamnézy. Informace, které nám pacient řekne, si doplňujícími dotazy upřesníme a teprve poté je můžeme zaznamenat do dokumentace. Následující text bude věnován jednotlivým bodům anamnézy. Je na vyšetřujícím, aby seřadil a zapsal získané informace. Takto strukturované vyšetření není vhodné a v praxi ani možné s pacientem vést.

Rodinná anamnéza

V rodinné anamnéze nás zajímá hlavně výskyt neuropsychiatrických poruch v nejbližším i vzdálenějším příbuzenstvu. Ptáme se na to, zda se někdo z rodiny pro psychické potíže léčil, zda byl někdo na psychiatrii hospitalizován. Vhodné je nechat si pacientem popsat, pro jaké potíže a jaký byl příbuzenský vztah. Je známo, že mnoho poruch má výraznou genetickou predispozici. Pátráme po tom, zda měl někdo potíže s návykovými látkami, zda se vyskytly v rodině sebevraždy. Zda někdo z rodiny byl označován za podivína a proč (detekce případných neléčených poruch). Zjistíme věk rodičů, pokud již nežijí, tak věk a příčinu úmrtí, zda se během života léčili pro nějaké závažné tělesné onemocnění. Zjistíme počet vlastních i nevlastních sourozenců, pořadí narození pacienta, také psychický zdravotní stav sourozenců. Zaznamenáme, zda má pacient děti a jejich zdravotní stav. V rodinné anamnéze se nezajímáme o manželského partnera nemocného, jelikož zde se nejedná o genetickou příbuznost.

Osobní anamnéza

Somatická anamnéza

Ta se týká tělesného zdravotního stavu nemocného. Ptáme se, zda zná okolnosti svého porodu (fyziologický, s komplikacemi a jakými). Pokud byl porod komplikovaný, jedinec se to obvykle dozví od svých rodičů. Dotazujeme se na vývoj v dětství, zda byl fyziologický, či nikoli. Ptáme se, kdy se jako dítě naučil sedět, stát, chodit a mluvit. Zajímá nás případná vada řeči a pomočování v dětství. Zjistíme běžné dětské nemoci (spála, spalničky, příušnice, zarděnky). Zeptáme se dále, zda se pacient s nějakou chorobou trvale léčí, a pokud ano, zjistíme odbornost a jméno lékaře. Cíleně se vždy

ptáme na častá onemocnění, jako jsou poruchy kardiovaskulárního systému, potíže s dýcháním, diabetes mellitus, poruchy štítné žlázy a ledvin. Zjistíme, zda pacient prodělal nějakou operaci, závažnější úraz (zejména hlavy), bezvědomí či záchvat křečí. Neopomeneme ani dotaz na případné pohlavní choroby. Významná jsou onkologická onemocnění, neboť zde mohou být v některých případech metastázy v mozku. Cílem této části vyšetření je zjistit a zvážit, zda tělesná nemoc nemá vliv na současný psychický stav. Pokud je pacient hospitalizován, ošetřující psychiatr musí samozřejmě dbát také o jeho tělesný stav, ordinovat potřebné léky a případná vyšetření. Vzhledem k tomu, že pacient si nemusí všechny informace z důvodu alterace psychického stavu vybavit, je nutné zjistit alespoň jméno praktického lékaře a nejasné nebo neúplné údaje si doplnit. Někdy jsou informace od lékařů jiných odborností jediná relevantní data, která o pacientovi zjistíme. Jindy alespoň část potřebných údajů znají příbuzní. Vždy se ptáme na trvale užívanou medikaci. U pacientů s podezřením na narušení kognitivních funkcí zjišťujeme, zda na užívání léků někdo dohlíží. Vždy se ptáme na alergie, potravinové i lékové.

U žen by měl být součástí somatické anamnézy i dotaz na základní anamnézu gynekologickou. Zjistíme počátek a pravidelnost cyklu nebo začátek menopauzy, počet porodů, zda někdy došlo k potratu (abortus, interrupce) či gynekologické operaci. Zeptáme se ženy ve fertilním věku na používanou antikoncepci a případnou aktuální graviditu. Tyto informace nám mohou pomoci například při nasazování medikace. Většina psychofarmak je kontraindikována při graviditě či laktaci, mohou způsobovat zvýšení prolaktinu a tím narušení cyklu. Závažný premenstruační syndrom či psychické potíže kolem přechodu mohou někdy imponovat jako samostatná porucha. I když se některé otázky jeví jako samoúčelné, mohou mít k psychiatrii vztah. Pokud žena například uvede, že ve svém životě měla mnohokrát interrupci, zřejmě její vyšší etické hodnoty nebudou na vysoké úrovni, což může vyplývat ze specifické poruchy osobnosti.

Dětství

Ptáme se, kde se nemocný narodil a kde trávil dětství (velké či malé město, venkov). Zajímá nás povolání otce a matky. Dotazujeme se, zda své dětství celkově hodnotí jako šťastné, dobré, normální či nešťastné a proč. Zvláště se ptáme na případné smutné události v dětství, sexuální či jakékoli jiné zneužívání, fyzické tresty nebo šikanu. Zajímáme se o vztah k rodičům, kdo měl výraznější výchovný vliv. Důležité je, zda rodiče žili spolu nebo se rozvedli, kdo poté pacienta vychovával, zda si rodič našel dalšího životního partnera, jak s ním nemocný vycházel aj. Podstatné jsou rovněž vztahy se sourozenci, ať již vlastními, či nevlastními. Dotazujeme se na kamarády v dětství a začlenění do předškolního kolektivu.

Vzdělání

Probereme s pacientem postupně jednotlivé etapy ve školní docházce. Z prvního stupně základní školy nás zajímá adaptace na řád a režim, vztahy s vrstevníky, školní prospěch, praváctví či leváctví, šikovnost na sport či jiný talent. Význam může mít,

zda vyšetřovaný opakoval nějaký ročník ve škole a z jakého důvodu, případně proč byl přeřazen do speciální školy a kdy. Také známky z chování bývají důležité, mohou mít vztah k případným následným duševním poruchám, například k emoční nestabilitě osobnosti, protispolečenským projevům aj. Ptáme se na předměty oblíbené a neoblíbené, vztahy s učiteli a spolužáky. Zajímají nás případné neomluvené absence ve výuce nebo šikana ve školním prostředí. Ve druhém stupni se ptáme na kázeňské problémy, vztah k autoritám, projevy puberty například v záškoláctví, okruh kamarádů, zda se nějak změnil prospěch. Také zda pacient nějaký ročník opakoval a co bylo důvodem. Zjistíme si, jak probíhalo studium na střední škole, zda pacient byl odloučen od rodiny např. na internátu a jak se s tím vyrovnával. Jakou měl pozici ve třídě (šasek, samotář, třídní důvěrník...) a jaké měl vztahy s učiteli. Zajímá nás, zda si pacient svůj učební/studijní obor vybral sám, nebo tam byl směřován rodiči, případně zda se jednalo o „volbu z nouze“. Pokud má pacient vysokoškolské vzdělání, zjistíme obor a zaznamenáme případné další dosažené vzdělání (doktorské studium, kurzy, nástavbové obory). Rovněž se ptáme na průběh vysokoškolského studia, opakování ročníků, vztahy s učiteli a spolužáky.

Významná část duševních poruch se projevuje v průběhu rané dospělosti. Pátráme tedy po zlomech v životní linii, změnách v chování, temperamentu a okruhu zájmů. Těž náhlé selhávání ve studiu může být způsobeno mnoha příčinami, z nichž některé jsou psychiatrické. Nespokojíme se tedy se zjištěním, že nějaká změna nastala, ale pátráme i po tom, proč nastala.

Zaměstnání

Ptáme se na brigády během studia, první pacientovo zaměstnání a postupně všechna další zaměstnání. Všimáme si, jak pacient svoji pracovní kariéru vnímá. Zda je spokojený, či zda jej provázejí konflikty, časté propouštění, selhávání v zaměstnání. Opět pátráme, proč pacient pracovní pozice měnil. Zda to bylo jeho rozhodnutí a jaké jiné okolnosti v tom sehrály roli. Hodnotíme, zda pacient vykonával činnost odpovídající jeho vzdělání a kvalifikaci. Ptáme se na současného zaměstnavatele, na případnou dlouhodobější pracovní neschopnost, zda pacient má přiznán invalidní důchod. Pokud pacient dlouhodobě nepracuje, zjišťujeme příčinu, a zda se pokoušel tento stav změnit (inzeráty, personální agentura...). Při psychiatrickém vyšetření jsou důležité údaje o zásadní změně ve fungování pacienta (například z důvodu propuknutí psychotického onemocnění), o potížích přítomných od rané dospělosti (trvalé konflikty s autoritami např. u poruchy osobnosti hraničního typu). V potaz je nutné brát případné sekundární zisky z nemoci (neindikovaná hospitalizace před přezkoumáním oprávněnosti invalidního důchodu). V této části anamnézy se dotazujeme rovněž na neomluvené pracovní absence a případné potíže s alkoholem či drogami v zaměstnání (intoxikace aj.). Ptáme se na současný finanční příjem, jelikož i ten může být zdrojem psychických obtíží. Pokud si vyšetřovaný detailně na svá zaměstnání nevzpomíná, zjišťujeme alespoň údaje rámcové (např. „pracoval jsem postupně asi u dvaceti stavebních firem jako zedník“).

Sexuální a matřimoniální (manželská) anamnéza

Zde je nutné postupovat s taktem a citlivě. Je vhodné pacienta upozornit, že se bude ptát na osobní informace. Pokud se jedná o první kontakt s pacientem, omezíme se na zjištění sexuální orientace a současného stavu (ženatý, vdovec...). Ptáme se na případné konflikty nebo potíže v partnerském vztahu, které by mohly s nynějším onemocněním souviset. Další údaje je možné doplnit až po navázání bližšího terapeutického vztahu. Pokud pacient o něčem hovořit nechce, neměli bychom jej nutit. Nad žádnými zjištěnými skutečnostmi bychom se neměli podívat ani je jakkoli hodnotit. Měli bychom vědět, v kolika letech pacient zahájil pohlavní život a zda to nebylo provázáno nějakými traumatickými zážitky. Jak pacient sexualitu prožíval v dospívání, zda o tomto tématu hovořil s rodiči, jak byl o sexuální problematice informován. Kdy začal navazovat vážnější vztahy a dlouhodobá partnerství, jak dlouho vztahy trvaly a jaké byly důvody k rozchodu. Ptáme se pacienta, zda byl či je ženatý/vdaná, zda ze svazku mají děti. Pokud došlo k rozvodu, taktně zjistíme důvod a kdo zajišťuje péči o děti, zda na ně platí výživné. U ovdovělých pacientů se ptáme na následující vztahy, zda se necítí osamělí. Alespoň rámcově se můžeme dotázat na celoživotní počet sexuálních partnerů (v České republice je průměr 6–8 takovýchto vztahů). Pokud vyšetřovaný uvede například 100 sexuálních partnerů za život, pravděpodobně jde o odraz jeho osobnostních charakteristik. Jindy je prudké zvýšení či snížení pohlavního pudu odrazem poruchy emocí (mánie, deprese). Menšinová sexuální orientace může navodit sociální konflikty, ústící například v poruchu přizpůsobení. Ptáme se na problémy v sexuálním životě, které mohou souviset s duševním stavem pacienta i jeho léčbou (sexuologické nežádoucí účinky některých psychofarmak).

Sociální anamnéza

Ta do jisté míry navazuje na údaje předchozí. Cílem je zmapovat minulou a současnou sociální síť pacienta. Zjistíme, kde a s kým pacient žije, zda v domku či v bytě, komu toto obydlí patří, jak se pacient na zajištění bydlení podílí. Důležitá je rámcová finanční situace, jak vychází s penězi. Zda nemá dluhy, a pokud ano, jak se mu je daří či nedaří splácet. Ptáme se, kdo je pro vyšetřovaného nejbližší člověk. Pokud dostaneme např. odpověď typu „já sám“ nebo „můj pes“, jeho mezilidské vztahy nejsou optimální. I u dospělých osob se ptáme na přátelství a kamarádké vztahy, také na styk a vztahy s rodinnými příslušníky, kteří bydlí jinde než pacient.

Užívání návykových látek

U každého pacienta se ptáme, zda je kuřák, na množství cigaret za den, jestli se jejich počet nyní nějak změnil. U psychických poruch to často bývá jeden z příznaků dekompenzace stavu. Prudké zvýšení počtu vykouřených cigaret bývá nezdědká přítomno v rámci akutní psychotické epizody.

Dále musíme vědět, jak často pacient pije alkohol a od jakého věku. Také při jakých příležitostech alkohol požívá, v jakém množství a které nápoje preferuje. Nespokojíme

se nikdy s údaji obecnými a vágními, doptáváme se. Sdělení „piju tak příležitostně“ nestačí. Ptáme se například, jak často za týden je „příležitost“. Zjistíme, kdy naposledy před vyšetřením pacient alkohol požil. Deorientovaný, úzkostný a opocený pacient s třesem rukou, který pil alkohol podle svých slov naposledy před třemi dny, nás povede k diagnóze odvykacího stavu. Pokud je vyšetřovaný člověk abstinent, může se však jednat o diabetes mellitus. Ptáme se na palimpsesty (výpadky paměti na to, co probíhalo v opilosti), pobyty na protialkoholní záchytné stanici, ranní doušky alkoholu a pijácké několikadenní tahy. Zjišťujeme případné potíže pacienta své pití alkoholu kontrolovat. Zajímá nás nárůst tolerance alkoholu (zvyšující se dávky), také požívání enormního množství alkoholu na posezení (12 piv, půl litru tvrdého alkoholu aj.). Dotazujeme se, zda vyšetřovaný má pocit, že je na alkoholu závislý. Pro diagnostiku závislosti na alkoholu má zásadní význam výskyt odvykacího stavu při odnětí alkoholu, ten již znamená závislost fyzickou.

Obdobným způsobem se postupně dotazujeme na jednotlivé drogy. Zajímá nás, v kolika letech danou drogu pacient začal užívat, jak často ji bere, v jaké dávce, jakým způsobem (nitrožilně, kouření, šňupání) a zda to trvá doposud. Při nitrožilní aplikaci se může nemocný nakazit virem HIV nebo hepatitis. Ptáme se, jak se cítí po aplikaci této návykové látky, zda má odvykací stav při jejím vysazení a jaký. U závislosti na metamfetaminu se ptáme na tzv. stihy (paranoidní percepce). Podstatný je případný nárůst tolerance drogy, i když u některých návykových látek toto nebývá (kanabinoidy, halucinogeny). Ptáme se nemocného na subjektivní pocit závislosti na droze.

Dále přecházíme v dotazech na hazardní hry, speciálně výherní automaty. Typické jsou otázky, jak často nemocný hraje, zda se frekvence stupňuje, zda vyhrává či prohrává, zda je schopen při stupňujících se prohrách včas hraní sám zanechat? Zajímá nás celková výše proher, která může vést k reaktivním duševním poruchám. Patologické hráčství může pacienta dovést až k trestné činnosti či sebevraždě.

Posléze se ptáme také na užívání léků mimo lékařský předpis, konkrétně analgetik, hypnotik nebo benzodiazepinů. Pokud pacient přízná nadužívání, pátráme po množství léků, době posledního užití a známkách intoxikace.

Zájmy

Ptáme se, jaké má pacient zájmy (četba, televize, sportovní aktivity, hudba, domácí práce, zahrádka aj.). Z psychopatologického hlediska jsou významné zejména náhlé změny těchto zájmů, například jejich úpadek při depresi, bizarní změny u schizofrenní ataky aj.

Povaha

Dotazujeme se nemocného, jakou má povahu, dobré a špatné vlastnosti. Pokud je zdráhavý, ptáme se, co by o něm řekla jeho matka (partnerka). Můžeme pacientovi nabízet také alternativy povahových vlastností – veselý vs. vážný, klidný vs. vznětlivý, společenský vs. samotář.

Právní problémy

Zde nás zajímá, zda pacient již byl vyšetřován policií či odsouzen soudem a z jakého důvodu. Byl již trestán, pobýval ve vězení (kolikrát, jak dlouho)? Jak se na tuto situaci adaptoval? Byla jeho trestná činnost majetkové, či násilné povahy? Je nyní trestně stíhán? Trestní stíhání může být zdrojem například reaktivního depresivního stavu. Jindy pacienti své potíže záměrně zveličují, jelikož pobytu na psychiatrii dávají přednost před uvězněním. Ptáme se také na občanskoprávní spory – péče o děti, soudní spory o majetek, posuzování svéprávnosti. Rovněž nás zajímají přestupková řízení pacienta – uložené tresty či pokuty a za co přesně.

Vojenská základní služba

Typické dotazy zde jsou, zda vyšetřovaný byl na vojně, jak dlouho, v jaké hodnosti a pozici, jak to snášel, zda tam zažil šikanu apod. Nyní již vojenská základní služba mužů není povinná, takže tyto otázky upadají do zapomnění.

Další anamnestické údaje

Má pacient řidičský průkaz? Jaký je rozsah jeho řidičského oprávnění, je uplatňováno profesionálně (některé duševní poruchy vedou k nezpůsobilosti řídit motorové vozidlo)? Má zbrojní průkaz? Je nábožensky založen? Náboženská víra obecně snižuje agresivitu a suicidální projevy duševně nemocných. Zajímá se vyšetřovaný o politiku? To nás informuje o jeho zapojení do širší společnosti.

Plány do budoucna

Jaké má pacient plány pro budoucí život? Pokud mladý člověk odpoví, že dostudovat, najít si zaměstnání a bydlení a založit rodinu, je to fyziologické. Depresivní člověk naopak může odpovědět, že nemá plány žádné, „celý život je jen utrpení...“ Manický člověk naopak například sdělí, že pojedje do Indie, stane se tam Budhou a pornohercem současně, koupí si palác aj. Starší lidé obvykle mívají své životní plány přiměřené svému věku.

Objektivní anamnéza (referenční anamnéza)

Pacientem udávaná data je vhodné doplnit o údaje od osob jemu blízkých, což může být rodič, manželský partner nebo dospělé dítě. V psychiatrii je zjištění „objektivních údajů“ obzvláště důležité. Pacient si nemusí být duševní poruchy vědom, není schopen komunikace nebo jsou jím podávány informace zcela nevalidní (např. konfabulace a slovní vata u pacienta s demencí). Některé potíže může pacient bagatelizovat, tajit, disimulovat, nebo naopak předstírat. Je nutné pátrat zejména po příznacích, které pacienta ohrožují nejvíce. Vždy od blízkých osob zjišťujeme přítomnost suicidálních rozvah či plánů. Ptáme se na halucinatorní chování (např. zakrývání si uší, samomluva) či bludná přesvědčení (např. neodůvodněný strach z lidí, ozbrojování se). U pacientů závislých na návykové látce nám často až údaje od rodin či partnerů objasní tíži problému. Od blízkých zjišťujeme, jak závislost na alkoholu nebo droze ovlivňuje různé oblasti života a vzájemné vztahy. Necháme si popsat, jak vypadal průběh potíží

v čase. Je nutné mít na paměti, že uvedené údaje nemusí být zcela objektivní. Záleží na vztahu osoby k pacientovi, aktuální životní situaci a také vnímavosti blízkého člověka. Různí lidé mají k duševním potížím velmi rozdílnou toleranci. Některé rodiny jsou schopny tolerovat i velmi závažné projevy psychopatologie dlouhou dobu. Jinde je i sebemenší projev afektu nepřijatelný a může vést k naprosto zbytečné psychiatrizaci adekvátních emočních projevů. Do dokumentace zaznamenáme jméno, vztah k pacientovi a kontaktní údaje. Dotazujeme se v podstatě na stejné údaje, na které jsme se ptali samotného nemocného. Málokdy je objektivní anamnéza k dispozici hned od začátku, většinou ji lékař doplňuje dodatečně.

Nynější onemocnění

V úvodu této části vyšetření je cílem zpřehlednit si dosavadní léčbu duševní poruchy a zjistit, jaké léčebné postupy již pacient absolvoval a s jakým efektem. Zaznamenáme jméno ambulantního psychiatra, začátek léčení. Zda byl pacient již dříve hospitalizován, kdy a jak dlouho, v jakém zařízení a s jakou diagnózou, pokud je mu známa. Ptáme se na vývoj potíží v čase, na jejich léčbu a terapeutický efekt, na aktuálně užívané léky. Součástí je co nejpodrobnější seznam již užívaných psychofarmak včetně dávek a doby užívání, případných nežádoucích účinků. Vhodná je otázka, zda nemocný doma psychiatrické léky řádně užíval a zda se po nich cítil dobře. Lze se zeptat, zda pacient vyzkoušel i nějaké alternativní postupy léčby. U psychiatricky léčených nemocných není výjimkou absolvování hypnózy, reiki, návštěva léčitele či bioenergetika, očistné pústy aj. Pokud je potřeba, vyžádáme si kopie propouštěcích zpráv z psychiatrických ústavů, kde byl pacient hospitalizován. Lze si také vyžádat údaje o nemocném od ošetřujícího ambulantního psychiatra, pokud je zatím nemáme k dispozici (pacient byl přijat např. akutně v noci, o víkendu aj.).

Dále bychom měli porozumět pacientovým současným obtížím. Zaznamenáváme je slovy pacienta, je to pacientova výpověď o jeho problémech. Pouze někteří pacienti dovedou své potíže formulovat přesně a jasně. Většinou musíme informace zjišťovat formou strukturovaného rozhovoru. Naším cílem je získat co nejvíce informací ze všech oblastí pacientovi psychiky. Pomohou zjistit nebo vyloučit nejzávažnější psychopatologii a určit diagnózu. Na základě zjištěných údajů formulujeme záznam o aktuálním psychickém stavu pacienta (status praesens psychicus – SPP). Musí obsahovat popis a strukturovaný souhrn všech aspektů pacientovi psychiky.

Při zjišťování nynějšího onemocnění nejdříve necháme nemocného, ať nám sám sdělí, co on považuje ve svém psychickém zdravotním stavu za důležité. V případě potřeby pak klademe další dotazy my, cílené například na náladu, případnou úzkost, sebevražedné myšlenky nebo jednání, spánek, chuť k jídlu, případné změny tělesné hmotnosti, poruchy vnímání, poruchy myšlení v podobě bludů, obtíže s pamětí, tělesné obtíže a další významné kvality.

Vycházíme přitom z klinického obrazu duševních poruch, které mohou připadat v úvahu. Je jasné, že jinak klademe otázky pomočujícímu se dítěti, jinak sexuálnímu deviantovi a jinak dementnímu nemocnému.

Orientační vyšetření intelektu, paměti a pozornosti

Toto se provádí na závěr psychiatrického vyšetření. Zde hodnotíme slovní zásobu, způsob vyjadřování a všeobecný přehled pacienta. Porovnáváme to se stupněm jeho nejvyššího dosaženého vzdělání. Zeptáme se na všeobecně známé historické, kulturní a geografické poznatky (kdo je naším prezidentem, kdo byli prezidenti předchozí, jaké jsou naše sousední státy, kdo byla Božena Němcová, Bedřich Smetana aj.). Měli bychom mít rámcovou představu, zda se intelekt pacienta nachází v pásmu průměru, či nikoli. Při známkách abnormálního intelektu indikujeme podrobnější psychologické vyšetření. Intelekt nemocného se odráží i v jeho anamnestických údajích. Pokud pacient sdělí „dvakrát jsem propadl v první třídě základní školy a pak mě dali do zvláštní školy“, může se jednat o lehkou mentální retardaci.

Dále nás zajímá, zda pacient udrží pozornost během vyšetření. Je snadno unavitelný, kolísá jeho koncentrace? Hodnotíme také základní složky paměti. Dlouhodobá paměť obsahuje starší události z pacientova života, vyšetřujeme ji během celého procesu odebrání anamnézy. Kde pacient vyrůstal? Jací byli jeho rodiče? Kdy a kam se stěhoval, jak v průběhu života měnil zaměstnání apod.? Krátkodobá paměť uchovává informace v řádu minut. Můžeme pacientovi vyjmenovat tři objekty a požádat jej, ať si je zapamatuje. Zeptáme se na ně v odstupu pěti minut a hodnotíme, kolik si jich je schopen vybavit. Diskrepance mezi relativně zachovalou dlouhodobou a nefunkční krátkodobou pamětí bývá častá u pacientů s počínající demencí. Ti také často vyplňují mezery v paměti smyšlenkami, konfabulují. To lze odhalit dotazem na stejnou skutečnost s časovým odstupem. Pacient nám podá jinou informaci, protože již zapomněl, co tvrdil dříve. Při podezření na poruchu kognitivních funkcí provedeme vyšetření MMSE (mini mental state examination). Zjistíme orientačně závažnost kognitivní poruchy.

Rovněž vyšetřujeme schopnost formálně logického (pojmového, abstraktního) myšlení. Ta bývá narušena u mentální retardace. Ptáme se například na rozdíly (kámen vs. cihla, rybník vs. jezero, ostrov vs. poloostrov, lež vs. omyl, černoč vs. kominík, dítě vs. trpaslík). Jindy se dotazujeme na podobnosti (jak označit společným pojmem židli, stůl a křeslo; jablko, hrušku a pomeranč; báseň, píseň a sochu). Řekneme začátek přísloví, požadujeme jeho doplnění a vysvětlení smyslu.

Vyšetřujeme všeobecné znalosti a kognitivní odhad (například kolik obyvatel přibližně žije v Praze, jak vysoká je Sněžka).

Zkoušíme aritmetické schopnosti nemocného, včetně porozumění a řešení slovní úlohy. Ptáme se například – kolik je 3×7 kolik je 6 mínus 8, kolik je dvě na druhou, je vyšší hodnota jedna pětina nebo jedna sedmina aj.

Objektivní psychopatologický nálezn – status praesens psychicus

Zde popisujeme aktuální psychický stav pacienta stručně, jasně a výstižně pomocí odborných pojmů (symptomy). Vyhýbáme se obsáhlým popisům příznaků – ty patří do anamnestické části vyšetření, případně do části „nynějši onemocnění“. Následně jsou popsány jednotlivé významné části aktuálního psychického stavu.

Vědomí a orientace

Psychiatrické vyšetření zahajujeme vždy zhodnocením vědomí. V normě je vědomí plné, jasné, pacient je lucidní. Kvantitativní poruchy vědomí jsou somnolence, sopor a kóma. Hodnotíme je pomocí Glasgow Coma Scale (GCS). Přítomnost kvantitativní poruchy značí vždy závažný a život ohrožující stav. Pacienty s těmito poruchami vědomí nelze dále psychiatricky vyšetřovat, v lékařské praxi se s nimi setkáme spíše na jednotkách intenzivní péče. Mnohem častěji diagnostikujeme kvalitativní poruchy vědomí, delirium a mráкотný stav. V průběhu deliria může kvalita vědomí kolísat, objevuje se střídavě plná orientace a zmatenost, neklid, halucinatorní prožitky, je narušený kontakt s realitou. Přítomnost deliria nás vede k pátrání po somatické příčině tohoto stavu (např. u starších pacientů je často vyvolané dehydratací či infekcí). Mráкотný (oneiroidní) stav je charakteristický náhle vzniklou poruchou vědomí, kdy se prolíná realita a halucinatorní prožitky. Vzniká například ve spojení s epilepsií, patickou opílostí, u disponovaných osob jako psychogenní reakce na silný stres.

Orientaci pacienta zjišťujeme jednoduchými dotazy: jak se jmenuje celým jménem (orientace osobou), kde se právě nachází (orientace místem), jaké je datum (orientace časem) a co se právě v tuhle chvíli s pacientem děje, proč přišel (orientace situací)? Orientaci vyšetříme u každého pacienta bez ohledu na věk a důvod vyšetření. Pacienta je možné dopředu upozornit, že mu položíme zdánlivě banální otázky, které jsou ale nezbytnou součástí vyšetření. U déle hospitalizovaných pacientů můžeme tolerovat mírnou nepřesnost v datu. Normou je plná orientace v průběhu celého vyšetření.

Celkový dojem a postoj k vyšetření

Všimneme si nápadností v zevnějšku pacienta, zda je upravený/zanedbaný, výstředně či vyzývavě oblečený, nalíčený, jakou má úpravu účesu. Zhodnotíme, zda vizáž odpovídá kalendářnímu věku pacienta. Popíšeme zjevné jizvy, tetování, jiné nápadné ozdoby nebo vpichy. Zaznamenáme, jak pacient při vyšetření spolupracuje, zda je jeho chování společenské a přiměřené situaci. Dodržuje konvence, osobní prostor? Napovědět nám může jeho postoj (shrbený, přehnaně pyšný, bizardní, nepohodlné pozice), přítomnost či absence očního kontaktu, síla stisku ruky při pozdravu. Staví se k vyšetření vstřícně, je rozladěný, nevrlý, případně bagatelizuje potíže?

Řeč

Je projev plynulý, hlas modulovaný nebo naopak monotónní, nevýrazný? Je řeč tichá či nepřiměřeně hlasitá? Odpovídá pacient spontánně nebo po latencích, málo obsažně? Popíšeme projevy afázie, dysartrie, koktavost, mutismus nebo naopak logoreu, případně koprovalie či používání novotvarů. Je třeba myslet, zvláště u starších pacientů, na nedoslýchavost a z ní plynoucí handicap v komunikaci. Obsah řeči nám dává nahlédnout do způsobu myšlení nemocného.

Psychomotorické tempo

Je-li psychomotorické tempo zrychlené, mohou být přítomny mimovolní pohyby, neklid, poposedávání, neúčelná aktivita nebo třes rukou, také naléhavost v projevu, nadměrná gestikulace a mimika. Při zpomaleném psychomotorickém tempu vidíme útlum při většině duševních činností. Pacient není spontánní, v obličejí má minimální mimické projevy, gestikulace je nulová, zaujímá strnulý postoj a pohybuje se pomalu.

Emoce a afektivní reaktivita

Zde necháme pacienta popsat svoji náladu v posledních 14 dnech. Je smutný, podrážděný, zlostný, nebo veselý, euforický? Je nálada celý den stejná? Mění se podle vnějších okolností? Pozoruje ve své náladě nadměrné výkyvy? Kdy změnu v náladě začal pozorovat, jak se vyvíjí v čase? Cítí napětí, neklid, úzkost, nervozitu? Trpí záchvaty velké úzkosti doprovázené tělesnými příznaky (hyperventilace, třes ap.)? Kdy se záchvaty objevují, po jak dlouhé době odezní? Poruchy nálady jsou doprovázeny řadou tzv. somatických symptomů. K nim patří například narušený spánek, změny chuti k jídlu, poruchy v zájmu o sexuální aktivity nebo přítomnost různých tělesných potíží (bolesti hlavy, těžké nohy...). Popíšeme, zda emoce a nálada odpovídají obsahu myšlení (přiléhavé/nepřiléhavé). Zda je přítomna oploštělá či labilní afektivita. Zhodnotit tuto oblast psychopatologie nám mohou pomoci některé dotazníky (např. Beckovy škály k hodnocení deprese a úzkosti – BDI a BAI, Youngova škála k hodnocení mánie – YMRS). V obvyklých případech však při prvním kontaktu s nemocným není dostatek času na využití uvedených škál, toto hodnocení se provádí spíše následně. Všímáme si též nonverbálních projevů pacienta. Rozdíly v našem pozorování a výpovědi pacienta zaznamenáme.

Myšlení

Všímáme si, jak pacient formuluje a organizuje své myšlenky. Zda je vyjadřuje srozumitelně, jasně. Je tok myšlenek plynulý, logický, směřující přímo k jádru věci? V normě je myšlení koherentní, kdy pacientovy myšlenkové pochody dokážeme snadno sledovat, jsou pro nás srozumitelné. Rozlišujeme poruchy dynamiky, struktury a obsahu myšlení.

Přítomnost bludů zjistíme často již z výpovědi pacienta. Jsou přítomna nevyvratná přesvědčení, která neodpovídají realitě. Rozlišujeme, zda jsou bludy kongruentní s náladou (megalomaničké při manické náladě, mikromanické při depresivní náladě). Hodnotíme, do jaké míry jsou bludy systematizovány. Pacienti často svá bludná přesvědčení zastírají. Ptáme se tedy, zda se cítí ohroženi či sledováni: „Chce Vám někdo uškodit či ublížit“? – paranoidně perzekuční bludy; „Máte nějaké zvláštní schopnosti či nadání“? – extrapotenční bludy; „Vyčítáte si zavinění nějakého neštěstí“? – autoakuzační bludy; „Cítíte se být svým partnerem přehlížen nebo podváděn“? – emulační bludy. Ptáme se, jaké má nemocný pro své přesvědčení důvody. Zjištěné bludy pacientovi nikdy nevyvracíme, může to vést k nárůstu tenze a riziku agresivního jednání nebo ke ztrátě důvěry v lékaře.

Vnímání

Hodnotíme, zda jsou u pacienta přítomny pocity depersonalizace, derealizace, iluze či halucinace. Vycházíme ze sdělení pacienta a z pozorování jeho chování. Zeptáme se, zda má nějaké neobvyklé smyslové prožitky. Postupně vyjmenujeme všechny modalitky cití. „Viděl jste něco zvláštního, co ostatní ne?“ – zrakové halucinace; „Cítíte nějaké neobvyklé pachy či vůně?“ – halucinace čichové; „Máte nějaké neobvyklé tělesné prožitky?“ – taktilní a cenestopatické halucinace; „Slyšíte zvuky či hlasy, které ostatní pravděpodobně neslyší?“ – halucinace auditivní; „Máte pocity vkládání nebo odnímání myšlenek z Vaší hlavy?“ – intrapsychické halucinace; „Máte nějaké zvláštní prožitky, když usínáte nebo když se probouzíte?“ – hypnagogní a hypnopompní halucinace.

Všímáme si rovněž případných iluzí nemocného.

Intelekt, paměť a pozornost

Intelekt můžeme popsat například jako průměrný, nadprůměrný či snížený. Rozlišujeme, zda se jedná pouze o nižší hodnotu v rámci normy, či o duševní poruchu (mentální retardaci nebo demenci). U paměti zapisujeme, zda je narušena celkově či ostrůvkovitě, retro- či anterográdně aj. Pozornost může být v normě, zvýšená (hyperprosexie) či snížená (hypoprosexie). Viz též výše uvedené vyšetření těchto složek psychiky.

Osobnost

Zeptáme se pacienta, jak by sám sebe popsal. Je spíše společenský, nebo uzavřený? Jaké jsou jeho nejvýraznější vlastnosti? Jaké jsou jeho dobré a špatné vlastnosti? Bývá někdy agresivní? Pacienti se k tomu často odmítají vyjádřit. Zeptáme se tedy, co o nich říkají jejich blízcí. Osobnost můžeme při psychiatrickém vyšetření zhodnotit pouze orientačně. Můžeme popsat nápadné rysy v chování, zda se například osobnost jeví deprivována či změněna organickou poruchou. Osobnost pacienta může být zcela překryta aktuální psychopatií, například depresí. V tom případě má smysl hodnotit osobnost pacienta až po odeznění deprese. Přesnější informace o struktuře osobnosti nám pak poskytne specializované psychologické vyšetření.

Návykové látky

Součástí zápisu o aktuálním psychickém stavu je i vyhodnocení, zda pacient je pod vlivem nějaké návykové látky. Určíme, o kterou návykovou látku se jedná. Má zkušenosti i s jinými drogami? Je již rozvinutá závislost? Jsou přítomny odvykací příznaky? Pokud ano, jaké (tělesné/psychické)? Pociťuje pacient po některé návykové látce silné bažení (craving)?

Behaviorální příznaky – spánek, chuť k jídlu, sexuální apetence, vůle

Psychické poruchy se často vyznačují změnami v některých biologických funkcích. Může být narušen rytmus spánku a bdění. Je přítomno ranní probouzení (terminální insomnie), ztížené usínání (iniciální insomnie)? Budí se pacient často během noci? Je spánek osvěžující, cítí se nemocný ráno unavený, pospává během dne? Zeptáme se

na změny chuti k jídlu. Je přítomno nechutenství (anorexie), nebo naopak přejídání? Změnila se nějak váha? Citlivě se zeptáme na změny v zájmu o sexuální aktivity (redukce zájmu u deprese, zvýšený zájem až promiskuitní chování u mánie). Je snížená nebo zvýšená schopnost dosahovat svých cílů (hypobulie/hyperbulie)?

Validita údajů, náhled, motivace k léčbě

Zhodnotíme hodnověrnost pacientem poskytnutých informací. Do jaké míry je výpověď pacienta ovlivněna aktuální psychopatologií? Disimuluje (například halucinace, aby nemusel být přijat k hospitalizaci), nebo naopak potíže předstírá (například je přítomna obtížná sociální situace s cílem dosáhnout přijetí k hospitalizaci, aby měl zdarma bydlení a stravu)? Má pacient na příčinu svých potíží náhled, je si vědom přítomnosti psychické poruchy? Jakou jinou má představu o původu svých obtíží (například těžce depresivní pacient vnímá potíže jako trest za své hříchy)? Akceptuje potřebu léčby? Pokud si pacient uvědomuje své duševní obtíže jakožto příznaky duševní poruchy, je tzv. nozognostický.

Suicidalita

Každého pacienta se zeptáme na přítomnost suicidálních myšlenek a zhodnotíme tendence k jejich realizaci. Zeptáme se nejdříve obecně: „Přemýšlel jste někdy o tom, že by bylo lepší nebýt?“ – vágní úvahy o nežítí. Poté formulujeme dotazy konkrétněji, cílem je odhalit stupeň suicidálního chování: „Přemýšlel jste o tom, že byste si sám sáhl na život?“ – suicidální myšlenky; „Zvažoval jste nějaké způsoby, jak si ublížit?“ – suicidální tendence; „Pokusil jste se ublížit si?“ – suicidální chování; „Byl tento čin plánovaný, nebo z náhlého popudu?“ „Jak se nyní stavíte ke svému činu?“ – nemocný je kritický či nekritický. Obzvláště v oblasti suicidality vnímáme velmi pečlivě i non-verbální vyjadřování pacienta: zda výpověď působí věrohodně, zda jsou přítomny známky upřímné lítosti nad činem nebo zklamání, že se pokus nepodařil. Máme-li o výpovědi pacienta jakékoli pochybnosti, promluvíme si i s členy jeho rodiny, partnerem či jinými blízkými osobami.

Objektivní neurosomatický náález – status praesens neurosomaticus

Součástí komplexního psychiatrického vyšetření je i základní tělesné vyšetření – status praesens neurosomaticus. Jeho rozsah je možné přizpůsobit situaci a charakteru potíží pacienta. Pokud jde o člověka staršího, je k vyšetření nutné přistupovat obzvláště pečlivě. Standardem je zhodnocení stavu výživy a hydratace, základní fyzikální vyšetření, změření hodnoty tlaku, pulzu, dechové frekvence. Pátráme po možných poraněních. Zaznamenáme zavedený žilní vstup, močový katétr, implantovaný kardiostimulátor apod. Vždy provedeme alespoň základní neurologické vyšetření ke zhodnocení přítomnosti lateralizace a příznaků meningeálního dráždění. Každého pacienta se dotážeme, zda netrpí bolestí. Psychiatr je často jediný lékař, který má pacienta s duševní poruchou v trvalé péči. Měl by tedy věnovat náležitou pozornost i tělesnému zdraví pacienta a podle potřeby jej odeslat k vyšetření lékařem jiné odbornosti. Stížnosti na tělesné

potíže musí být vždy brány vážně. Jejich bagatelizace s odůvodněním, že pacient je „psychiatrický“, může způsobit oddálení či zanedbání diagnostiky potenciálně život ohrožujícího stavu.

V této části vyšetření hodnotíme tělesný stav nemocného obdobně jako ve vnitřním lékařství a neurologii.

Diagnóza a diferenciatně diagnostická rozvaha

Na základě všech zjištěných údajů určíme dominantní psychopatologii na úrovni syndromů (například depresivní a anxiózní syndrom), poté na úrovni nozologické jednotky (tj. lékařské diagnózy, např. „periodická depresivní porucha, současná epizoda středně těžká“). V diferenciatně diagnostice se zaměříme na možné příčiny tohoto stavu (např. deprese v rámci adaptační poruchy oproti periodické depresivní poruše). Zaznamenané tělesné onemocnění a zvážíme jejich možný vztah k psychickým potížím (například snížená funkce štítné žlázy a depresivní symptomy).

Diagnostický a terapeutický plán

Některá běžná vyšetření se u hospitalizovaných nemocných provádějí standardně, například hodnocení krevního obrazu, diferenciatně krevního obrazu, biochemie krve a moči. U nemocných při prvním psychiatrickém pobytu v nemocnici standardně provádíme zobrazovací vyšetření mozku. Takto bývají zachycena závažná tělesná onemocnění, například diabetes nebo ischemie mozku. K určení správné psychiatrické diagnózy pak navrhujeme další pomocná vyšetření. Mohou to být podrobnější laboratorní a toxikologické odběry, EKG, oční pozadí, specifická zobrazovací vyšetření mozku (MR, PET, SPECT), psychologické vyšetření, sexuologické vyšetření, genetické nálezy a jiné. Patří sem rovněž případné sociální šetření.

Posléze navrhujeme léčbu a její indikaci zdůvodníme. Jelikož každý člověk, ať již duševně nemocný, či zdravý, je biopsychosociální jednotka, také naše léčba, pokud má být dobrá, musí zahrnovat složku biologickou, psychologickou i sociální. Tím se myslí z biologických terapií podávání psychofarmak, elektrokonvulzí či jiných stimulačních metod mozku, dále pak využití psychoterapie a sociální rehabilitace. O tom všem je blíže pojednáno v jiných kapitolách této učebnice.

Literatura

HÖSCHL C, LIBIGER J, ŠVESTKA J. Psychiatrie. Praha: TIGIS, 2002: 895.

5. Základy psychopatologie

Ladislav Hosák

Níže jsou uvedeny jednotlivé složky lidské psychiky a jejich nejčastější poruchy. Toto umělé rozdělení slouží spíše didaktickým potřebám, v praxi se celá řada poruch u jednoho pacienta ve stejném okamžiku navzájem kombinuje a překrývá, tj. nemocný například trpí současně poruchou vědomí, vnímání, myšlení a jednání.

Obvykle nacházíme tyto **obecné typy poruch**:

- kvantitativní porucha ve smyslu plus, tj. psychická funkce je chorobně zvýšena;
- kvantitativní porucha ve smyslu mínus, tj. psychická funkce je chorobně snížena;
- kvalitativní porucha, tj. psychická funkce je chorobně změněna.

Psychiatři, podobně jako neurologové, rozlišují symptom, syndrom a nozologickou jednotku:

- **Symptom** je jednoduchý příznak (např. neklid nebo nespavost), který nám nic neřekne o tom, v rámci které duševní poruchy se vyskytuje a jaká je jeho prognóza.
- **Syndrom** je skupina příznaků, které se typicky navzájem kombinují. Například chorobně veselá nálada a současně zrychlené myšlení a zvýšené psychomotorické tempo vytváří manický syndrom.
- **Nozologická jednotka**, tj. lékařská diagnóza duševní poruchy, je kromě vyskytujících se syndromů určena také jejich etiopatogenezí a průběhem.

Symptomy u poruch vědomí

Vědomí je globální psychickou funkcí podmiňující správnou činnost jiných složek psychiky. Pomocí vědomí si člověk uvědomuje sám sebe a své okolí.

Pozornost je schopnost své vědomí na něco jasně zaměřit. Jasnost vědomí se označuje jako lucidita. Kapacita (rozsah) vědomí je schopnost zaměřit se na určitý počet jevů kolem nás. Idiognóze je definována jako schopnost přiřadit si to, co si uvědomují, k mé vlastní osobě. Odráží tedy subjektivitu vědomí.

Fyziologicky je vědomí změněno při spánku. Tehdy je vědomí zúžené. Okolí vnímáme v menším rozsahu než ve bdělém stavu.

V praxi se stav vědomí vyšetřovaného hodnotí zejména podle toho, zda je orientován místem, časem, osobou a situací, a dále podle toho, nakolik jeho jednání a slovní projev dávají smysl, zda jsou v souladu s jeho předchozím zaměřením a hodnotami.

Neorganické poruchy spánku

Ty jsou zde uvedeny jen stručně, podrobněji budou rozebrány v příslušné kapitole, týkající se psychiatrických diagnóz (viz kap. 13).

- **Hyposomie** – zkrácení doby spánku či snížení jeho intenzity; bývá například u deprese.
- **Hypersomie** – prodloužení doby spánku či zvýšení jeho intenzity; například u narkolepsie.
- **Porucha rytmu spánku/bdění** – spánek bývá přítomen ve dne, nespavost pak v noci; například u deliria tremens.
- **Somnambulismus** (náměšičnictví) – člověk ve spánku chodí a mluví, po probuzení si však na to nepamatuje. Může být například v rámci poruchy přizpůsobení.
- **Noční děs** (pavor nocturnus) – epizoda děsu, křiku a neklidu ve spánku, po probuzení si na to postižený nepamatuje. Bývá někdy přítomen u dětí.
- **Noční můra** – opakující se sen o ohrožení života, zdraví či jiné významné hodnoty. Nemocný se ihned probudí a sen si pamatuje; například u posttraumatické stresové poruchy.

Kvantitativní poruchy vědomí

V jiných oborech medicíny se tyto poruchy vědomí hodnotí podle Glasgow Coma Scale (GCS). V psychiatrii se doposud užívá níže uvedené starší dělení, jelikož potřebě oboru dostatečně vyhovuje.

Kvantitativní poruchy vědomí nejsou primární součástí psychopatologického obrazu žádné duševní poruchy. Mohou však nastat sekundárně, například po sebevražedném pokusu nebo vážném tělesném onemocnění duševně nemocného. Pokud má pacient kvantitativní poruchu vědomí, není léčen na psychiatrii, avšak bývá překládán na jednotku intenzivní péče (interní, neurologickou) nebo na kliniku anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny.

- **Somnolence** – jedná se o chorobnou ospalost, člověk je však na krátkou dobu probuditelný, například hlasitým oslovením nebo bolestivým podnětem. Tehdy je schopen odpovídat na otázky, jeho myšlení je však zpomaleno.
- **Sopor** – tehdy pacient již není probuditelný, na bolest však reaguje změnou polohy těla. Není schopen odpovídat na otázky či navázat jiný slovní kontakt.
- **Kóma** – nejhlubší stupeň kvantitativní poruchy vědomí, vyhasínají postupně fyziologické reflexy a zastavují se vitální funkce.

Kvalitativní poruchy vědomí

Delirium (stav zmatenosti). Člověk je zmatený, dezorientovaný, jedná nesmyslně. Stav vzniká postupně během několika dní. Během svého průběhu kolísá, nejhorší je v noci, ve dne naopak nemocný pospává nebo může mít po přechodnou dobu vědomí lucidní. Obvykle trvá několik dní až týdnů, při přetrvávající příčině i déle. Delirium ustává během několika dní, pak následuje ostrůvkovitá amnézie. Delirium se vyskytuje například při vaskulární demenci, po celkové anestezii u starších lidí, při závažném orgánovém

postižení, úrazu hlavy, anticholinergním působení některých léků, náhlém vysazení alkoholu u chronického etylika apod. Jedná se o častou psychiatrickou diagnózu u pacienta na somatickém oddělení nemocnice, častěji se vyskytuje snad jen deprese. V patogenezi deliria se předpokládají redukce oxidačních pochodů mozku, nerovnováha neurotransmiterů, porucha syntézy neuropeptidů a snížená syntéza acetylcholinu.

Obnubilace (mráкотný stav). Člověk není zcela orientován. Chování se krátkodobě může jevit jako účelné, celkový smysl jednání je však nesmyslný. Mráкотný stav vzniká náhle z plného jasného vědomí, v průběhu nekolísá. Obvykle trvá vteřiny až minuty, výjimečně až týdny. Obnubilace má různé formy, například stuporózní (pacient se nepohybuje, příznaky jsou chudé, hledí do neurčita), deliriózní (je extrémní neklid, zvýšená aktivita, oneiroidní představy, nemocný žije ve vysněném světě) nebo automatická (vigilambulantní – člověk na první pohled nejeví známky duševní poruchy, odpovídá přiléhavě, dělá i složité úkony, není však orientován, celková povaha jednání je v rozporu s jeho předchozím způsobem života a hodnotami). Stav končí náhle. Následuje totální amnézie. Obnubilace je velmi vzácná, bývá například u emočně nestabilní poruchy osobnosti nebo v rámci parciálního epileptického záchvatu s komplexní symptomatikou.

Ganserův syndrom. Postižený je klidný, avšak dezorientovaný. Na otázky odpovídá formálně přiléhavě, ale obsahově nesmyslně, například „pět a dvě je rovno padesáti dvěma“. Někdy se pacient chová nepřiměřeně, může působit až dojmem simulace. O simulaci se však nejedná, projevy nemocného nejsou řízeny jeho vůlí a racionální úvahou. Ganserův syndrom se může vyskytnout například u emočně nestabilní poruchy osobnosti po těžkém psychotraumatu.

Symptomy u poruch orientace

Orientace je schopnost správně rozpoznávat současné časové, místní, osobní a situační vztahy. Je předpokladem správné životní adaptace. Orientace časem zahrnuje například správné datum, den v týdnu, měsíc, roční období a současný letopočet. Při vyšetřování orientace místem se například ptáme na město, kde se právě s pacientem nacházíme. Orientace osobou zachycuje například jméno, příjmení a celé datum narození nemocného. Orientace situací se týká aktuálních okolností, například „jsem na lékařském vyšetření“.

V rámci poruch orientace bývá dezorientace místem, časem, osobou nebo situací. Obvykle se porucha orientace kombinuje, např. místem a situací současně. Nejčastěji je porušena orientace časem, nejméně osobou. Porucha orientace typicky bývá při kvalitativních poruchách vědomí nebo organickém postižení mozku.

Symptomy u poruch pozornosti

Pozornost je schopnost aktivně zaměřit naše vědomí na určitý děj či objekt. Závažné podněty jsou přitom vybrány a zdůrazněny, nezávažné naopak potlačeny.

Kapacita je rozsah pozornosti. Selektivita je schopnost zaměřit se, vybrat si sledovaný děj. Tenacita bývá definována jako schopnost zaměřit se na jeden objekt dlouho-

době. Koncentrace se popisuje jako schopnost soustředit se na jeden objekt a současně potlačit, opomenout vše ostatní. Vigilita je schopnost pozornost účelně přesouvat, labilita pak neúčelné přesouvání pozornosti z jednoho děje na jiný. Distribuce je schopnost rozdělit pozornost na několik jevů současně. Oscilace odráží kolísání pozornosti v intenzitě. Stabilita představuje schopnost neměnit intenzitu pozornosti. Pozornost může být aktivní (se zapojením naší vůle), pasivní (bez aktivního zapojení vůle), či dokonce protivolní (proti naší vůli, například při vnímání bolesti). Extrovertovaná pozornost je zaměřena na naše okolí, introvertovaná oproti tomu na vlastní osobu.

Pozornost bývá vyšetřována například sedmičkovým testem („Kolik je 100 bez sedmi a dále, pokud je sedmička vždy odečtena od výsledku?“), Bourdonovým škrtacím testem nebo Testem setrvalé pozornosti (Continuous performance test).

- **Aprosexie** – naprostá neschopnost soustředit se, například u těžké mánie.
- **Hypoprosexie** – snížená schopnost soustředit se, například u deprese.
- **Hyperprosexie** – zvýšená pozornost, například při intoxikaci psychostimulanciem.
- **Roztržitost** – neschopnost svou pozornost účelně podle potřeby přesouvat, například při únavě.
- **Paraprosexie** – v situaci napjatého očekávání něčeho závažného může být naše reakce předčasná, nebo naopak opožděná; například při očekávání narození dítěte.

Symptomy u poruch vnímání

Při procesu vnímání člověk pomocí příslušných receptorů a smyslových orgánů poznává okolní svět i vlastní tělo. Vnímání je odrazem reality v našem vědomí.

V rámci vnímání, většinou u duševně zdravých lidí, popisujeme některé zvláštní jevy:

- **Eidetismus** je schopnost úmyslně si navodit smyslový vjem se značnou přesností. Tato schopnost není patologická. Bývá rozvinuta spíše u dětí, jindy u senzitivních osob. Bývá například u hudebních skladatelů.
- **Synestezie**. Při působení reálného podnětu (např. barvy) subjekt současně vnímá i jiný podnět (např. hudbu), který však objektivně nepůsobí. Bývá při intoxikaci halucinogeny.
- **Paobrazy**. Dříve vnímaný obraz se stále udržuje, i když odpovídající podnět již nepůsobí. Nemusí být patologické. Například pokud člověk pohlédne do Slunce, tak je zrakově chvíli vnímá i poté, co již zrak odvrátil.
- **Pareidolie**. Vytvářejí se jasné vjemy na základě nepřesně ohraničených počítků. Toto je vědomé, uplatňuje se zde také fantazie. Subjekt ví, že výsledný jasný vjem není skutečný. Bývá u duševně zdravých lidí, využívá se například v Rorschachově testu. Jindy v mracích na obloze můžeme vidět různá zvířata, budovy aj.
- **Smyslové klamy** bývají nejčastěji zrakové, jde o nesprávné hodnocení prostorových poměrů. Je to dáno nedokonalostí našich smyslů. Například hůl ponořená do vody se jeví být zalomená, i když je ve skutečnosti rovná. Toto bývá u duševně zdravých lidí.

Snížené vnímání

Schopnost vnímat je celkově snížena, například při únavě.

Zvýšená vnímavost

Kapacita vnímání je zvýšena. Například u hypochondrické poruchy se pacient nadměrně koncentruje na své tělesné pocity.

Kvalitativní poruchy vnímání

Halucinace. Zde vjem nemá žádný vnější podnět, nemocný například uprostřed prázdné místnosti vidí slona.

Iluze. Vnější podnět je přítomen, vjem je pouze zkreslen. Pacient například může vidět postavu místo věšáku na kabáty, který je skutečně přítomen. Toto může být při únavě nebo intoxikaci halucinogeny.

Pseudohalucinace, pseudoiluze. Nemocný si racionálně uvědomuje nereálnost svého smyslového vjemu. Ví například, že je nemocný schizofrenií a jedná se jen o projev nemoci, jindy ví, že užil halucinogen a jde o vliv této drogy.

Halucinace sluchové bývají nejčastější. Obvykle to jsou „hlasy“, které hovoří k pacientovi. Jsou označovány jako imperativní, pokud něco nařizují, teleologické, pokud něco radí, nebo antagonistické, kdy více hlasů je navzájem obsahově v rozporu. Jednoduchá sluchová halucinace se označuje jako akoazma, například nějaký tón nebo pískání.

Halucinace zrakové bývají méně časté. Postižený může vidět například zvířata (zoopsie), velké či malé objekty (makropsie, mikropsie) nebo sám sebe (autoskopické halucinace). Při hemianoptické halucinaci pacient halucinuje ve slepé části zorného pole. Toto bývá při poškození okcipitálního laloku mozku. V rámci tzv. Pickových vizí má nemocný dojem, že se křiví stěny, bortí se a lidé jimi prostupují. To může být při poškození v oblasti mozkového pontu. Jednoduchá zraková halucinace se označuje jako fotom, například záblesk. Zrakové halucinace bývají velmi často u delirií.

Halucinace čichové nebo chuťové. Pacient vnímá zápach či určitou chuť v ústech, i když zevní podnět není přítomen. Toto může být například při epilepsii nebo nádorech mozku. Jednoduchá čichová halucinace se označuje jako olfakce, chuťová jako gustace.

Halucinace taktilní. Nemocný pociťuje doteky, takto může mít i vjemy sexuálně zaměřené, například u psychotických poruch.

Halucinace kombinované postihují více smyslů současně. Toto může být přítomno například u schizofrenie či intoxikace halucinogeny.

Další významné pojmy ve vztahu k halucinacím:

- **Halucinace viscerální (orgánové, cenestetické)** – postižený pociťuje změny ve vnitřních orgánech, například červy lezoucí v jeho játrech.
- **Pohybové halucinace** – nemocný má pocit, že mu někdo pohybuje údy a tělem.
- **Verbálně-motorické halucinace** – člověk má pocit, že někdo mluví jeho ústy.
- **Graficko-motorické halucinace** – pacient má pocit, že někdo vede jeho ruku při psaní.

- **Inadekvátní halucinace** – postižená osoba vnímá, ale v jiné části těla, než odpovídá danému smyslovému orgánu, například „vidí srdcem“.
- **Halucinace negativní** – člověk nevnímá skutečné vnější podněty.
- **Halucinace hypnagogické** – objevují se při usínání.
- **Halucinace hypnopompní** – vyskytují se při probouzení se.
- **Halucinace intrapsychické** – pacient má pocit, že mu někdo bere myšlenky z hlavy nebo je tam vkládá. Toto je jedním z významných příznaků u schizofrenie.
- **Halucinace extrakampinní** – přesahují možnosti daného smyslového orgánu, např. nemocný „vidí za sebe“.

Přítomnost halucinací obvykle vyšetřujeme přímým dotazem pacienta. Můžeme však také hodnotit tzv. nonverbální projevy halucinací (halucinatorní chování), kdy nemocný hovoří se svými hlasy, pátrá po jejich zdroji v místnosti, zacpává si uši, jindy má naslouchací postoje apod.

Symptomy u poruch myšlení

Myšlení je nejvyšší forma poznávací činnosti. Pomocí myšlení poznáváme skutečnost a interpretujeme ji. Pracujeme při tom s představami a pojmy, nikoli s konkrétními a aktuálními smyslovými vjemy. Představu definujeme jako názorný odraz jevu v našem vědomí, pojem pak vzniká abstrakcí, zachycuje podstatné znaky předmětů a jevů. Naše poznávání je tedy zprostředkované a zevšeobecněné. Při myšlení hledáme vztahy mezi pozorovanými jevy. Myšlení nám umožňuje do určité míry rekonstrukci minulosti a předvídaní budoucnosti. Zevním projevem myšlení je lidská řeč, jelikož pojmy jsou spojeny se slovy.

Poruchy dynamiky (rychlosti) myšlení

- **Myšlenkový útlum** – myšlení je zpomaleno; například u deprese nebo při únavě.
- **Bradypsychismus** – zpomaleny jsou veškeré psychické pochody; například u deprese.
- **Myšlenkový záraz** – zástava myšlení; může být například u schizofrenie.
- **Mutismus** – nemocný nemluví, myšlení však může probíhat; například u disociativních poruch. Jde o poruchu řeči, která souvisí s poruchou myšlení.
- **Zrychlené myšlení** – myšlení je zrychlené, avšak nepřesné. To může být například u mánie nebo při intoxikaci psychostimulanciem.
- **Tachypsychismus** – zde jsou zrychleny veškeré psychické pochody; například u mánie.
- **Pseudoinkoherence** – myšlení je natolik zrychleno, že slovní produkce je nesouvislá, pacient nestihá veškeré své myšlenky verbalizovat. Vlastní struktura myšlení je však zachována. Typicky bývá u mánie.
- **Logorea** – odraz zrychleného myšlení v řeči. Jde o rychlý spád řeči, překotné mluvení; typicky v rámci mánie. Jedná se o poruchu řeči související s poruchou myšlení.

Poruchy struktury (logické návaznosti) myšlení

- **Nevýpravné myšlení** – nemocný se nemůže odpoutat od jedné představy k dalším skutečnostem; například u demence.
- **Ulpívavé myšlení (perseverace)** – myšlenkový tok probíhá, pacient se však opakovaně vrací k téže představě; například u demence.
- **Zabíhavé myšlení** – hlavní cíl je stále přerušován vedlejšími tématy a nepodstatnými informacemi. Řeč je obšírná, se zbytečnými podrobnostmi. Bývá u organických poruch mozku.
- **Myšlení symbolické (magické)** – jevům je připisován skrytý význam, například černá barva je považována za symbol smrti. Bývá přítomno u schizofrenie, fyziologicky může být u dětí i dospělých. Duševně zdravý člověk však má zachován náhled a kontrolu nad těmito myšlenkami. Nemusí se například cítit dobře v pátek třináctého, současně však ví, že se jedná o pověru.
- **Myšlení paralogické** – logika myšlenek je povrchní, formální. Pacient například požaduje obvaz na hlavu, aby se mu „nerozutikaly myšlenky“. Bývá u schizofrenie.
- **Aglutinující myšlení** – vytváření nových slov, neologismů, kterým rozumí pouze pacient. Například z pojmů „hněv“ a „nenávisť“ vznikl takto pojem „hněvist“. Může být u schizofrenie.
- **Katathymní myšlení** – zkreslení logiky myšlení intenzivně prožívanými emocemi. Může být přítomno u poruch nálady.
- **Obsedantní (nutkavé) myšlení** – myšlenky se stále vracejí proti vůli pacienta. Ten se jim nemůže ubránit, i když ví, že nemají smysl. Jedná se například o otázky nebo pochybnosti (Zavřel jsem dveře? Zhasl jsem světlo? Mám u sebe doklady, peníze, letenku? Jak se jmenuje můj nový nadřizovaný?). Typicky bývá u obsedantně kompulzivní poruchy.
- **Autistické myšlení** – vnitřní fantazijní svět nekomunikující s okolím. Lze popsat jako extrémní případ introverze. Autistické myšlení bývá například u schizofrenie.
- **Inkoherentní myšlení** – nesouvislé, bez logických a gramatických vazeb. Může být u schizofrenie.
- **Vztahovačné (paranoidní) myšlení** – neutrální děje v okolí nemocný vztahuje ke své osobě. Opět je typické u schizofrenie.
- **Rezonérství (plané mudrování)** – neplodné úvahy o bezvýznamných věcech. Typicky přítomno u schizofrenie.
- **Ovládací myšlení** – určitá myšlenka vystupuje v myšlení opakovaně a po delší dobu. Bývá emočně nabitá, člověk jí přisuzuje zvláštní význam. Ovlivňuje pak jeho jednání. Nemusí se ještě jednat o duševní poruchu. Pokud se však následně rozvine blud, duševní porucha je poté nesporná.

Poruchy obsahu myšlení – bludy

Obecná charakteristika jakéhokoli bludu je následující: Daná myšlenka je chorobného původu, je nepravdivá a současně nevývratná, nemocný jedná v jejím smyslu, až je rozvrácen jeho život.

Některé bludy jsou na první pohled bizarní („můj otec je upír“), jiné je obtížné odlišit od reality („jsem autorem určitého vynálezu“, „můj nadřízený mě šikanuje“, „mám AIDS“). Blud může být jednoduchý (solitární) nebo rozvětvený (systemizovaný), s celou řadou navazujících chorobných myšlenek. Blud může být také indukován na jinou osobu, která je v úzkém kontaktu s nemocným a je na něj emočně navázána. Za blud halucinatorní se označuje takový blud, který původně vznikl na podkladě halucinace, dále se však již udržuje sám o sobě. Popisován bývá také blud oneiroidní – ten má snový a útržkovitý charakter, obvykle bývá při kvalitativní poruše vědomí. Za blud se naopak nepovažuje myšlenka přejímaná od sociální skupiny daného člověka (například víra v posmrtný život u některých etnik).

Bludy dělíme na expanzivní, depresivní a paranoidní.

Expanzivní bludy. Pacient přeceňuje vlastní význam, osobu a schopnosti. *Blud extrapotenční* – je nadán neobvyklými schopnostmi, například telepatickými. *Blud megalomaničtý* – má mimořádný význam. *Blud originární* – je vznešeného původu. *Blud inventorní* – vynálezecký, například vynalezl přístroj na ožívování mrtvol. *Blud religiózní* – tento blud má náboženský obsah. *Blud reformátorský* – cítí se být povolán spravedlivě uspořádat svět. *Blud kosmický* – týká se vesmíru, například spojení s mimozemšťany. Expanzivní bludy bývají typicky u mánie, někdy u poruchy s bludy či u schizofrenie.

Depresivní bludy. Postižený podceňuje vlastní význam, osobu a schopnosti. *Blud mikromanický* – je bezvýznamný člověk. *Blud autoakuzantní* – zavinil určité neštěstí. *Blud insuficienční* – nic nezvládá, neumí. *Blud ruinační* – nemá žádné prostředky. *Blud nihilistický* – je tak špatný člověk, že vlastně ani neexistuje. *Blud hypochondrický* – má skleněné plíce, žaludek z kamene. *Blud dysmorfofobický* – představa, že část těla je znetvořena, zohzděna. *Blud obavný* – stane se nějaká katastrofa. *Blud enormity* (pseudomegalomaničtý) – svou činností nebo funkcí svých orgánů přivodí nějaké neštěstí nebo smrt. *Blud eternity* – nebude mu ani dovoleno zemřít, bude žít a trpět večně. Depresivní bludy typicky bývají u deprese.

Paranoidní bludy. Dějům v okolí je chorobně připisován vztah k vlastní osobě. *Blud perzekuční* – pacient se cítí být pronásledován. *Blud emulační* – blud o nevěře partnera bez zjevného důkazu. *Blud erotomaničtý* – pacient se cítí být milován významnou osobou, například světoznámou tenistkou či herečkou, a pronásleduje ji. *Blud transformační* – chorobný pocit změny osobnosti. Bludy paranoidní typicky bývají u paranoidní schizofrenie, jindy u poruchy s bludy.

Symptomy u poruch emotivity

Prostřednictvím emocí člověk vyjadřuje svůj subjektivní vztah k okolí či sobě samému. Emoce mají hodnotící význam a jsou polárně uspořádány, například na příjemné či nepříjemné. Emoce je také možno dělit na stenické (mobilizující) a astenické (demobilizující). Z hlediska kvality dělíme emoce na nižší (tělesné – spojené s hladem či bolestí, individuální – týkají se pouze prožitku daného jedince, například radost nebo strach) a vyšší (sociální – spojené s mezilidskými vztahy, například láska nebo úcta,

estetické – zahrnují cit pro krásu, vznešenost, etické – týkají se citu pro spravedlnost, čest, povinnosti a morálku).

Prožívání emocí je spojeno s tělesnými projevy. Ty jsou dány například mimikou, pantomimikou (posunky, gesta), výrazem hlasu a vegetativními či hormonálními změnami (krevní tlak, pulz, pocení, koncentrace moči aj.).

Afekt je emoce prudká, intenzivní, krátkodobá, s pohybovým a vegetativním doprovodem. Nálada je oproti tomu emoce dlouhodobá, méně intenzivní, nebývá zde výraznější tělesný doprovod. Různé afekty a nálady bývají přítomny u duševně zdravých lidí, jde o jev fyziologický. Afekty a nálady však mohou být chorobně změněny u různých duševních poruch.

Poruchy afektů

- **Zvýšená afektivní dráždivost** – pohotovost k častým a výrazným afektům; bývá například u emočně nestabilní poruchy osobnosti.
- **Patický afekt** – na základě silného afektu u disponované osobnosti se rozvine mráкотný stav, ve kterém člověk jedná nepřiměřeně. Po jeho odeznění má totální amnézii na uvedené období. Například u emočně nestabilní osobnosti po silné psychotraumatizaci může takto dojít k závažné agresivitě. Jedinec však není za své jednání při poruše vědomí zodpovědný. Případný patický afekt bývá typicky hodnocen při posuzování pachatelů násilné trestné činnosti. Vyskytuje se však velmi vzácně, v naprosté většině případů se jedná o afekt nezvládnutý.
- **Nezvládnutý afekt** – člověk se nechá strhnout svými emocemi, obvykle k agresivitě, není však přítomna porucha vědomí. Tento jedinec je za své jednání zodpovědný. Může se vyskytnout i u duševně zdravých lidí.
- **Anxiózní raptus** – úzkostná tenze se zde vybije v akutní a výrazné agresivitě vůči sobě či okolí; například v rámci deprese.
- **Afektivní ztlum** (útlum) – na přechodnou dobu je přítomna celková zpomalenost a emoční otupění po hrůzném zážitku. Může se vyskytnout také u duševně zdravých lidí.
- **Afektivní stupor** – jde o neschopnost pohybu, řeči a mimiky po hrůzném zážitku. Vědomí je ale zachováno. Může být například u akutní reakce na stres.

Poruchy nálad

Obecné charakteristiky jakékoli chorobné (patické) nálady jsou tyto: rozvine se po nepřiměřeně slabém nebo po žádném zevním podnětu, trvá nepřiměřeně dlouho, je nepřiměřeně intenzivní, není odklonitelná zevními podněty a rozvrací život postiženého. Pokud jde o délku, fyziologická nálada trvá obvykle několik hodin. Chorobná nálada, například mánie nebo deprese, může trvat týdny, měsíce až v extrémním případě roky, bez výkyvů ve své intenzitě.

Typy chorobných nálad jsou následující:

- **Expanzivní nálady.** Nálada je chorobně zvýšená. *Euforická nálada* – je zde přítomen klid a blažená vyrovnanost, není puzení k nějaké činnosti. To může být například