

Psychopatologie a psychiatrie

Mojmír Svoboda (ed.), Eva Češková, Hana Kučerová

pro psychology a speciální pedagogy




portál

Psychopatologie a psychiatrie

Mojmír Svoboda (ed.), Eva Češková, Hana Kučerová

pro psychology a speciální pedagogy

KATALOGIZACE V KNIZE – NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Psychopatologie a psychiatrie / Mojmír Svoboda (ed.),
Eva Češková, Hana Kučerová. – Vyd. 1. – Praha: Portál, 2006. – 320 s.
ISBN 80-7367-154-9

159.97 * 616.89

- psychopatologie
- psychiatrie
- učebnice vysokých škol

159.97 – Psychopatologie

37.016 – Učební osnovy. Vyučovací předměty. Učebnice

Lektorovali prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc.
a prof. PhDr. Stanislav Kratochvíl, CSc.

© Mojmír Svoboda (ed.), Eva Češková, Hana Kučerová, 2006
Portál, s. r. o., Praha 2006

ISBN 80-7367-154-9

Obsah

Úvod	9
1 Obecné otázky	13
Psychologie v psychiatrii	13
Dějiny psychiatrie	14
Sociální psychiatrie	21
Transkulturní psychiatrie	27
Pojetí normality	31
Etiopatogeneze psychických poruch	35
Etické problémy v psychiatrii	35
Psychiatrické vyšetření	39
Psychodiagnostika obecně	47
Psychiatrické terapie	57
<i>Biologická léčba</i>	57
<i>Psychoterapie</i>	74
<i>Sociální terapie</i>	79
Organizace psychiatrické péče	80
Klasifikace v psychiatrii (klasifikační systémy)	82
2 Psychopatologie (Obecná psychiatrie)	85
Poruchy vnímání	86
<i>Nepatické poruchy vnímání</i>	86
<i>Patické poruchy vnímání</i>	87
Poruchy pozornosti	92
<i>Nepatické poruchy pozornosti</i>	93
<i>Patické poruchy pozornosti</i>	94

Poruchy paměti	94
<i>Kvantitativní poruchy paměti</i>	95
<i>Kvalitativní poruchy paměti</i>	96
Poruchy myšlení	97
<i>Kvantitativní poruchy myšlení</i>	97
<i>Kvalitativní poruchy myšlení</i>	98
Poruchy řeči	103
Poruchy inteligence	105
<i>Mentální retardace</i>	105
<i>Demence</i>	107
<i>Sociální zanedbanost</i>	107
Poruchy pudů	108
<i>Pudy směřující k zachování individua</i>	108
<i>Pudy směřující k zachování rodu</i>	110
<i>Pud sdružovací (sociální)</i>	114
<i>Pud pro zpřijemnění existence</i>	115
Poruchy emotivity	115
<i>Poruchy afektů</i>	116
<i>Poruchy nálad</i>	119
<i>Poruchy citů</i>	120
<i>Poruchy vášní</i>	122
Poruchy vůle	122
Poruchy jednání	123
<i>Kvantitativní poruchy jednání</i>	123
<i>Kvalitativní poruchy jednání</i>	123
<i>Neadaptivní psychické reakce</i>	126
Poruchy vědomí	130
<i>Kvantitativní poruchy vědomí</i>	131
<i>Kvalitativní poruchy vědomí</i>	131
<i>Poruchy spánku</i>	134
Poruchy osobnosti	135
3 Speciální psychiatrie	139
Organické duševní poruchy včetně symptomatických (F00–09)	139
<i>Základní charakteristika</i>	139
<i>Epidemiologie</i>	140
<i>Etiopatogeneze</i>	140
<i>Nejvýznamnější jednotlivé formy a jejich klinický obraz</i>	141
<i>Diagnostika a diferenciální diagnostika</i>	144
<i>Nejčastější otázky pro psychologa</i>	145
<i>Léčba</i>	153

Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek F10–19	159
<i>Základní charakteristika</i>	159
<i>Základní pojmy</i>	159
<i>Epidemiologie</i>	160
<i>Etiopatogeneze</i>	161
<i>Jednotlivé typy závislostí, klinický obraz</i>	161
<i>Diagnostika a diferenciální diagnostika</i>	171
<i>Nejčastější otázky pro psychologa</i>	171
<i>Léčba</i>	174
<i>Možnosti prevence a léčby kognitivního deficitu způsobeného návykovými látkami</i>	179
Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy (F20–29) . . .	181
<i>Základní charakteristika</i>	181
<i>Epidemiologie</i>	182
<i>Etiopatogeneze</i>	182
<i>Nejvýznamnější jednotlivé formy a jejich klinický obraz</i>	183
<i>Diagnostika a diferenciální diagnostika</i>	188
<i>Nejčastější otázky pro psychologa</i>	190
<i>Léčba</i>	195
Poruchy nálady (F30–39)	201
<i>Základní charakteristika</i>	201
<i>Epidemiologie</i>	201
<i>Etiopatogeneze</i>	202
<i>Jednotlivé formy a jejich klinický obraz</i>	203
<i>Diagnostika a diferenciální diagnóza</i>	206
<i>Úloha psychologa</i>	209
<i>Léčba</i>	213
Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy (F40–49)	223
<i>Základní charakteristika</i>	223
<i>Epidemiologie</i>	224
<i>Etiopatogeneze</i>	225
<i>Nejvýznamnější jednotlivé formy a jejich klinický obraz</i>	226
<i>Diagnostika a diferenciální diagnóza</i>	232
<i>Úloha psychologa</i>	234
<i>Léčba</i>	237
Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F50–59)	244
<i>Základní charakteristika</i>	244
<i>Epidemiologie</i>	244
<i>Etiopatogeneze</i>	245

<i>Jednotlivé formy a klinický obraz</i>	246
<i>Diagnostika a diferenciální diagnostika</i>	250
<i>Nejčastější otázky pro psychologa</i>	251
<i>Léčba syndromů spojených s fyziologickými poruchami</i> <i>a somatickými faktory</i>	252
Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60–69)	255
<i>Základní charakteristika</i>	255
<i>Epidemiologie</i>	256
<i>Etiopatogeneze</i>	256
<i>Nejvýznamnější jednotlivé formy a klinický obraz</i>	257
<i>Diagnostika a diferenciální diagnostika</i>	263
<i>Nejčastější otázky pro psychologa</i>	264
<i>Léčba poruch osobnosti a chování dospělých</i>	265
Mentální retardace (F70–79)	268
<i>Základní charakteristika</i>	268
<i>Epidemiologie</i>	268
<i>Etiopatogeneze</i>	268
<i>Jednotlivé formy a klinický obraz</i>	269
<i>Diagnostika a diferenciální diagnostika</i>	271
<i>Nejčastější otázky pro psychologa</i>	271
<i>Léčba mentální retardace</i>	272
Problematika psychiatricko-psychologického přístupu u vybraných subpopulací	273
<i>Agresivní a neklidný nemocný</i>	273
<i>Nemocný se suicidálními tendencemi</i>	275
<i>První psychotické epizody (první epizody schizofrenie)</i>	277
<i>Komorbidita deprese a somatických onemocnění</i>	278
<i>Menšiny a jejich problematika</i>	282
<i>Týrané dítě</i>	283
<i>Znásilnění</i>	285
<i>Terorismus a jeho psychiatricko-psychologické odezvy</i>	285
<i>Problematika péče o umírajícího</i>	288
Přílohy	291
Seznam literatury	291
Seznam zkratk	293
Duševní poruchy a poruchy chování (MKN-10)	296
Rejstřík	311

Úvod

Univerzitní studium psychologie je koncipováno v takové šíři, že se na většině univerzit ve světě studuje samostatně bez kombinace s jinými obory. Již mnoho let se mluví spíše o komplexu psychologických věd než „jenom“ o psychologii. Ať je studium pojímáno jakkoliv, ať vychází z nejrozumnějších stanovisek, vždy směřuje k tomu, aby poskytlo svým absolventům pokud možno co nejširší poznatkovou oblast (samozřejmě spolu se schopnostmi samostatného myšlení, hodnocení, interpretování) týkající se lidské psychiky. Studium psychologie vychází obligatorně ze tří okruhů: filozofického, přírodovědně-medického a sociálního.

Psycholog se setkává nejen s „normálními“ subjekty, ale zcela zákonitě i s lidmi vykazujícími jistou dávku patologie či s takovými, kteří se vymykají obvyklým normám psychiky a chování. Má-li budoucí psycholog porozumět sobě samému, druhým lidem, malým či velkým skupinám a vztahům mezi jednotlivými subjekty a objekty, musí být orientován v oblasti patologických forem lidské psychiky. Psychiatrie je imanentní součástí psychologie a její studium a znalost je nezbytná. Bylo by chybou se domnívat, že je relevantní pouze pro budoucí klinické psychology. S lidmi pracují psychologové jakékoli profesní orientace.

Psychopatologie a psychiatrie patří do medicínské oblasti vzdělávání psychologů (stejně jako např. biologie, anatomie, fyziologie, neurologie, behaviorální medicína a mnoho dalších). Přitom však psychiatrii nelze řadit pouze k biologickým disciplínám. Celá medicína (tedy i psychiatrie) je ovlivněna sociálními aspekty a má společenský rozměr. Vycházíme z medicínského základu a současně se pokoušíme o hledání společenských kontextů, jak to pro psychology považujeme za důležité.

Reprezentativní česká učebnice psychiatrie z roku 2002 (Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J.) předpokládá, že „psychiatrie bude definovat hranici mezi procesy, které jsou zvládnutelné lékařsky, a těmi, jež by měly být předmětem

regulace spíše prostřednictvím výchovných, poradenských, politických, resp. represivních institucí společnosti. Psychiatrie může pomoci v porozumění, do jaké míry jsou nežádoucí společenské jevy (např. návykové chování, kultismus, terorismus, násilí) spojeny s biologickými nebo psychologickými podněty, jež jsou na pozadí psychopatologie a vedou k neschopnosti anebo k odchylce.“

V odborné literatuře se lze setkat např. s údaji, že jen asi 70 % obyvatelstva je duševně plnohodnotných, nebo že téměř 50 % pacientů lékařů prvního kontaktu trpí některou duševní (nejčastěji neurotickou) poruchou. I to je jedním z důvodů stále se zvyšující potřeby psychologie, tedy nejen psychologů, ale i dalších příbuzných profesí. Pro ně je zamýšlena tato kniha.

Většina budoucích psychologů je seznamována s touto oblastí dostatečně podrobně. Například na Filozofické fakultě Masarykovy univerzity v Brně mají posluchači během studia předepsán jeden semestr přednášek psychopatologie, další semestr poslouchají přednášky ze speciální psychiatrie, absolvují týdenní stáž z psychopatologie na psychiatrickém pracovišti, kde jsou v bezprostředním denním kontaktu s nemocnými. O stáži vypracují protokol a předkládají psychiatrické vyšetření konkrétního pacienta. Zde jsou jejich „patrony“ psychiatri, kteří s nimi konzultují jejich postupy.

Dosud chyběl text, který by představoval psychiatrickou problematiku psychologům jinak, než jak se prezentuje medikům. Naší snahou je seznámit studenty psychologie se základními pojmy psychopatologie, které potřebují jak k vlastnímu popisu vyšetřovaných osob a jejich chování, tak ke správné interpretaci lékařských sdělení. Několik úvodních kapitol se zabývá stručně vývojem psychiatrie, psychickými rozdíly mezi kulturami, otázkami sociální psychiatrie apod. V druhé části knihy jsou popisovány poruchy jednotlivých psychických funkcí, tedy psychopatologická symptomatologie. Při výuce předmětu „Obecná psychologie“ jsou z didaktických důvodů popisovány jednotlivé psychické funkce: vnímání, paměť, myšlení, vůle, chování, emoce, atd., „Psychopatologie“ se zabývá jejich dysfunkcemi, jako jsou poruchy vnímání, poruchy paměti, myšlení, vůle, chování, emocí atd. Tyto stavební kameny v dalším studiu slouží pro „výstavbu“ jednotlivých nozologických jednotek.

Nejrozsáhlejší část knihy je věnována popisu jednotlivých psychických poruch a chorob, který je doprovázen nástinem terapie, rehabilitace a diagnostiky. Kapitoly ze „speciální části“ vycházejí z dělení používaného v MKN-10. U jednotlivých skupin psychických poruch je uveden i přehled farmakoterapie, jehož cílem je navodit komplexnější orientaci posluchačů psychologie. Protože se jedná o doplňující informace, jsou příslušné pasáže tištěny *petitem*.

Problematika dětské psychiatrie je natolik specifická, že by vyžadovala samostatný text, kterým by byl výrazně překročen vymezený rozsah tohoto díla. Totéž se týká soudněpsychiatrické oblasti.

Bouřlivý vývoj posledních let nás vedl k zařazení samostatné kapitoly týkající se psychologicko-psychiatrických aspektů takových jevů, jako jsou

emigrace, terorismus, zneužívání jedinci. Obsahuje též závažné problémy současnosti: suicidální pokusy, agrese, akutní stresové poruchy.

Doufáme, že předložený text přiblíží čtenářům danou problematiku a nastíněnými vazbami podnítl další hledání hlubších vzájemných souvislostí mezi psychologií a psychiatrií.

Rádi bychom vyjádřili své poděkování redaktorce nakladatelství Portál Mgr. Lence Bělouškové, která věnovala značnou pozornost přípravě knihy. Spolupráce s ní byla radostná a racionální. Dále děkujeme PhDr. Pavlu Humpolíčkovi, Ph.D., za pečlivé přehlédnutí textu. Neocenitelnou technickou pomoc poskytl Lukáš Lazecký, jemuž patří rovněž náš dík.

Své poděkování směřujeme i k oběma recenzentům, a to k prof. PhDr. Stanislavu Kratochvílovi, CSc. a k prof. MUDr. Michalu Hrdličkovi, CSc., jejichž připomínky přispěly ke zpřesnění textu.

Autoři

Obecné otázky

Psychologie v psychiatrii

E. Češková

Psychologie, konkrétně klinická psychologie, zaujímá v psychiatrii své nezapustitelné místo: 1. v oblasti diagnostiky, 2. v oblasti psychoterapie.

Komplexní léčba nemocných je týmová práce, kde zodpovědnost (včetně forenzní) má lékař. Ten rozhoduje, která vyšetření pro stanovení diagnózy jsou nutná, stanovuje léčebný plán a dohlíží na provádění terapie. Psychologické vyšetření je další vyšetření, které je nutno v rámci diagnostiky začlenit do určitého kontextu. Při nutnosti psychoterapeutické intervence se lékař obrací na psychologa, který má příslušnou erudici. Kompetence jsou dané, nicméně jejich dodržování záleží na morální zodpovědnosti každého člena týmu. Nezbytnou podmínkou jsou vzájemné respektování a spolupráce.

Centrální nervový systém (CNS) jako nejdůležitější a nejkomplexnější lidský orgán má nesmírné adaptační schopnosti a změna určité komponenty psychických funkcí, respektive i příznak, splňující kritéria psychopatologie, nemusí znamenat psychické onemocnění. Izolované příznaky se vyskytují u řady zdravých jedinců. Teprve soubor příznaků zasahující do normálního fungování jedince lze chápat jako psychickou poruchu. Z již řečeného vyplývá, že definice, na kterých stavíme v psychiatrii, mají významnou subjektivní dimenzi. Kvalitní a erudovaný psycholog by měl poznat, kdy jde o intervenci u lidí s psychickými problémy, kterou může zvládnout, a kdy jde o problém, který přesahuje do psychopatologie, a je nutné, aby do hry vstoupil lékař, v tomto kontextu nejčastěji psychiatr.

Dalším problémem, který bude zřejmě v budoucnosti hrát podstatnou roli, je ekonomický aspekt. Psychická onemocnění jsou poruchami, které budou pro lidstvo stále větší finanční zátěží. Nebude zřejmě možné bezplatně poskytovat optimální zdravotnickou péči všem. Výchova lékaře a hlavně pak lékaře specialisty bude drahá. Proto již v současnosti je kladen důraz na výchovu v oblasti paramedických oborů, které převezmou řadu úkolů, které zatím zastávají lékaři. Již dnes vidíme velký rozvoj bakalářského a magisterského studia v oblasti zdravotnictví. Analogické tendence jsou v oblasti výuky psychologie. V současné době laická a částečně také odborná veřejnost zcela nerozlišuje mezi specializací klinický psycholog nebo psychiatr a řada nemocných s psychickými problémy se obrátí spíše na psychologa než na lékaře, ať již jakékoli specializace. Toto pak je i jeden z důvodů, proč tato kniha vznikla.

Dějiny psychiatrie

M. Svoboda

V dávnověku nebyli lidé schopni vysvětlit duševní poruchy a prostřednictvím svého magického myšlení si je vykládali jako posedlost zlými duchy. Pro metody šamanů byly hlavními rituály nejružnější ceremoniály, jako např. obřadní tanec, symbolická gesta, zpěv kouzelných písní, recitování zaříkávacích formulí. Tato démonologická koncepce choroby byla pozorována ještě v minulém století u některých indiánských kmenů v Latinské Americe: proti zlým duchům byly vystřelovány šípy, které je měly zahnat.

V Egyptě přináší první zmínky o duševních chorobách Ebersův papyrus z 15. století př. n. l. Uvádí rovněž modlitby k zaříkávání zlých duchů způsobujících posedlost. Kněží prováděli tzv. chrámové léčení, a to v chrámech boha Imhotepa. Imhotep nebyl jen kněz a lékař, ale i architekt – připisuje se mu stavba pyramidy v Sakkáře, která je starší než slavná Cheopsova pyramida. Jako terapeutikum byly používány hypnotické postupy, léčba spánkem, davová sugesce.

Ze 7. století př. n. l. pocházejí zmínky o duševních poruchách z Indie; mj. se objevují domněnky, že mozek je sídlem duše. Pozoruhodné popisy duševních chorob jsou ve Starém zákoně – např. David mírnil depresi krále Saula hrou na lyru.

V antickém Řecku cca 1000 let př. n. l. byly stavěny chrámy boha Asklepie (tzv. asklepiony) – nemocní v nich uléhali k chrámovému spánku. Tyto chrámy byly součástí lázeňských míst uprostřed přírody (např. Delfy, Epidauros).

Na pacienty bylo působeno dietetickými, balneologickými, klimatologickými, psychoterapeutickými a dalšími prostředky. (Pojem „psychoterapie“ však pochází až od Platona. Aristoteles rozvíjel pojem „mesotes“, pojem dobré prostřednosti jako životního cíle.)

Hippokrates (cca 460–377 př. n. l.) rozlišoval čtyři základní látky, jejichž poměrem a mísením vznikají čtyři temperameny (duševní rozpoložení, povaha). Příčiny duševních chorob kladl do mozku. Vyjadřoval potřebu léčit celého nemocného, nejenom nemoc. Tuto Hippokratovu humorální teorii později převedl v ucelený systém medicínské vědy Galénos.

Sokratův žák *Platon* (asi 428–347 př. n. l.) objevuje v duši tři činitele – rozum, vznětlivost a žádostivost. Největším dobrem pro duši je rozumové myšlení a její láska k moudrosti. Duše je nesmrtelná a po smrti těla bude odměňována a trestána za své činy. Platon mj. zavedl pojem „anoia“. Ta může být dvojího druhu: manie – zuřivost, apatie – tupost. Obě mohou být vyvolány tělesnými příčinami, manie může být způsobena i náboženskou extází.

Z lékařů starého Říma je pro vývoj psychiatrického myšlení významný *Asklépiades* (124–56 př. n. l.). Duši nelokalizoval do určité části těla, chápal ji jako jemnou látku – atomy duše, které jsou rozptýleny v celém těle. Duše je tělesná, hyne spolu s tělem. Asklépiades rozlišoval akutní a chronické duševní choroby, používal pojmy mania a furor a popisoval jevy blízké halucinacím a bludům. Odmítal v léčbě omezovací prostředky. Doporučoval působit na nemocné různými druhy hudby.

Řecký lékař *Galenos* (cca 130–200 n. l.) působil jako osobní lékař Marka Aurelia. V psychiatrii byl eklektik, jeho pozici lze vidět mezi Hippokratem a Platonem. Za centrum lidského těla Galenos nepovažoval hlavu a v ní uložený mozek, nýbrž játra (podle jeho názoru stojí za krvetvorbou) a společně s nimi srdce, které slouží jako zdroj tělesného tepla. Mозek pojímal jako centrum duševních chorob. Rozlišoval horečnaté delirium od vlastní psychózy, která podle něj může vzniknout i sekundárně. Galénův význam je jednoznačně v anatomii a fyziologii. Anatomické názvosloví, které vytvořil, přetrvalo věky.

V dalších stoletích došlo ve vývoji lékařství k útlumu. S humanistickým postojem k duševně nemocným a s dědictvím antických lékařů se setkáváme v arabském světě od Damašku až po Španělsko. Vědecké školy byly v Bagdádu, Damašku, Káhiře, Cordóbě a Granadě. V arabském Španělsku existovala zvláštní psychiatrická zařízení.

Nejznámějším představitelem arabské medicíny je *Avicenna (Ibn Sina)*, žijící v letech 980–1037. Jeho nejdůležitějším lékařským dílem je *Kánon medicíny*. Psal o léčbě duševně nemocných, používal k ní sugesci, dietetiku, emetika, laxantia, narkotika, koupele, zaměstnávání. Z psychiatrického hlediska jsou zajímavé jeho představy, že duše je nehmotná, nesmrtelná forma těla, avšak její působení je vždy vázáno na jeho hmotu. Duševní choroby jsou výrazem poškození mozku nebo jeho komor. Další významní arabští

lékaři zajímající se o duševní choroby byli *Avenzoar* (1072–1162) a *Averroes* (1126–1198).

Evropský středověk znamenal dobu temna, duševní choroby byly opět démonizovány. Duševně choří nebyli považováni za nemocné, ale za posedlé zlými duchy, vstoupili do nich padlí ďáblové. Šílenství bylo neklamným projevem vtělení ďábla a posedlostí démony.

Vliv církve byl značný. Ve Štrasburku vyšlo v roce 1487 *Malleus maleficarum* (Kladivo na čarodějnice) autorů *Jakoba Sprenera* a *Heinricha Kraemera*, což byla příručka pro inkvizitory sloužící k vyhánění ďábla z nemocných. Čarodějnické procesy a upalování patří k charakteristice doby.

Ve střední Evropě spadaly zdravotní a sociální záležitosti do kompetence církve. Pomatení byli považováni za posedlé ďáblem a spojené se satanem, vedle toho existoval též názor, že jsou to děti boží. U některých klášterů a poutních míst byly zakládány osady bláznů, kde bylo o nemocné postaráno, ale zároveň jim zůstala i samostatnost. Slavnosti bláznů (karnevaly) byly podporovány církví, aby se dopomohlo právu vrozeného lidského bláznovství, „naší druhé přirozenosti“.

Středověká města uvrhovala duševně nemocné často do klece bláznů nebo se jich zbavovala tím, že je vsadila na tzv. loď bláznů (Narrenschiff), které pluly po říčních cestách Vlámka a německých zemí, hlavně Porýní. Vyobrazení těchto lodí maloval mj. Hieronymus Bosch a Albrecht Dürer.

Přes represivní aktivitu církve vzniklo několik významných zařízení, pečujících o duševně choré. K nejstarším patří Moristan – útulek pro duševně nemocné v Cařihradu (kolem roku 400) a azyl pro duševně choré v Jeruzalémě (zmínky z roku 491). Klášterní azyl v Metách založil v roce 830 biskup Sigibald, nemocnice pro duševně choré byla na počátku 12. století v Kolíně nad Rýnem. Ve vesnici Gheel ve Flandrech byl již v roce 1200 klášterní špitál pro duševně choré, podobné útulky vznikly též v Bruggách roku 1300 a v Hamburku v roce 1370.

Výuka medicíny byla scholastická. Salernská lékařská škola byla založena již v 10. století. Po tříletém studiu logiky bylo možno studovat pět let lékařství a absolventům byl udělován titul „doctor“ nebo „magister“. Vznikají první evropské univerzity, např. v Bologni (1158), Paříži (1205), Padově (1120), Neapoli (1125), Oxfordu (1250), Avignonu (1305), Praze (1348), Krakově (1364) aj.

Nemocní byli většinou izolováni od okolního světa. Při léčení duševních chorob se kladl důraz především na tzv. pouštění žilou, pálení vlasové části lebky horkými železnými tyčemi apod. Byli i lékaři vymykající se obvyklým postupům: *Savonarola* (1384–1461), profesor lékařství na univerzitě v Padově, tvrdil, že duševně nemocnému je třeba vrátit především spánek, uložit jej na visutém lůžku v chladné místnosti, střídavě sázet baňky a pouštět žilou, podávat projímadla a koupele ve vlažné vodě.

Koncem 15. a v 16. století se pod vlivem humanismu a renesance pozvolna mění postoje k duševně nemocným. *Theophrastus Bombastus Paracelsus* (1493–1541) byl jedním z prvních odpůrců Kladiva na čarodějnice. Domníval se, že jedna z nejdůležitějších příčin nemocí tkví ve změně chemické skladby lidského organismu. Založil iatrochemii a iatrochemickou léčbu.

Johan Weyer (1515–1588) je považován za otce psychiatrie, prvního psychiatra-klinika a deskriptivního psychiatra. S jeho jménem jsou spojeny myšlenky bojující proti oficiální démonologii. Kladl důraz na vlastní pozorování, zaznamenával vnější projevy chování pacienta, jeho myšlení a řeč. Ve svých dílech *De Praestigiis Daemonum* (1563) a *De Pseudomonarchia Daemonum* (1567) popisuje různé psychopatologické symptomy.

Felix Platter (1536–1614), pravděpodobně po Weyerovi největší klinik renesanční psychiatrie, je prvním tvůrcem systematické klasifikace duševních chorob. Vrátil psychiatrii zpět do rukou lékařů, vznik duševních poruch viděl v souvislosti s onemocněním mozku, zejména s mozkovými nádory. Objevil *flexibilitas cerea* (flexibilitu mozku), duševně nemocné léčil uspávacími, vodoléčbou, masážemi, tělesnými cvičeními.

Humanistické postoje k duševním chorobám měli *Erasmus Rotterdamský* (1465 nebo 1467–1536), autor *Chvály bláznovství*, a *René Descartes* (1596 až 1656), jenž přinesl koncepci reflexu; chápal mozek jako nervové ústředí, což byl první významný pokrok v neurofyzilogii.

I v této době projevují města snahu očistit se od vagabundů, asociálů, žebráků. To vede k tomu, že občané zakládají nemocnice, mnozí asociální a duševně nemocní jsou vykazováni z města nebo do odlehlých domů. Kdo byl shledán rušivým a nebezpečným, ten byl zavírán do cel nebo do věží (Narrenturm).

Psychiatrie jako lékařský obor vzniká v 18. století. Humanizace péče o duševně nemocné je spojována se jménem *Philipa Pinela* (1745–1826). Ve Francii existovalo státní zařízení pro duševně nemocné v Paříži (Hotel Dieu), kam byli umísťováni nemajetní choří. Pokud u nich nedošlo ke zlepšení, byli muži přeloženi do Bicêtre a ženy do Salpêtrière, což byla v podstatě vězení. Majetní pacienti se mohli léčit v lékařsky vedených penzionech v Charentonu (kde pobýval mj. i markýz de Sade) či v Chambéry. Philippe Pinel v roce 1793 propustil nejprve 12 duševně chorých v Bicêtre a v roce 1795 totéž provedl v Salpêtrière, což zpodobňují dva romantické obrazy J. Fleuryho („Pinel snímá nemocným okovy a vyvádí je na slunce“). Pinel nahradil řetězy pedagogickým režimem („traitement moral“). Duševní nemoci chápal jako formy odcizení. V jejich etiologii rozeznával vnější a vnitřní příčiny. Používal rovněž jakési formy psychodramatu, nesledoval tím ale současné cíle, snažil se nemocné jen zaměstnat.

Jeho žák *Jean Etien Dominique Esquirol* (1772–1840), poučen hrůzou revoluce, rozpracoval terapeutickou nauku, zkoušel vše, co bylo v té době známé – mesmerismus, muzikoterapii aj.

Oba patří k zakladatelům moderní psychiatrie.

V roce 1784 vznikla ve Vídni Všeobecná nemocnice sloučením věže bláznů s dalšími zařízeními. V německých zemích byly od roku 1800 zakládány blázince, často v osiřelých kláštorech a zámcích.

V Anglii založil (aniž znal Pinelovy principy) *William Tuke* v Yorku ústav jménem *Retreat* jako model humánní léčby (1795). Nemocní byli léčeni zaměstnáváním, teplými koupelemi a laskavým přístupem („moral management“).

John Connolly (1794–1866) je považován za zakladatele humánního přístupu k léčení duševně nemocných. V roce 1839 zrušil do té doby používané donucovací a omezovací prostředky (např. roubík do úst, masku na obličej, drátěné klece, koše, z nichž vyčnívala jen hlava). Jeho přístup je znám pod názvem „no restraint“ (žádný útisk).

Po vzniku moderních států v 17. a 18. století nastupuje ekonomika merkantilismu, pokračuje racionalizace a roste význam rozumu. Kdo se neřídí principem rozumu, musí být vychováván. V řadě zemí je zaváděna povinná vojenská služba a povinná školní docházka. Občanský morální kodex nabývá převahy nad církevním. Medicína je zodpovědná za pořádek a bezpečnost, objevuje se institut zbavení svéprávnosti (aby byl majetek chráněn před rozhrýřením). Pro nepotřebné starce jsou zřízeny starobince, pro jedince potřebující péči pečovatelské domy, pro děti sirotčince, pro trestance věznice a pro blázny blázince. Tato „odkladiště“ (rezervoáry) se jmenují podle regionálních zvyklostí *workhouse*, *Tollhaus*, *Arbeitshaus* aj.

Humanistická tradice pokračuje, např. v Anglii založil *William Battie* roku 1751 Špitál sv. Lukáše jako protějšek k obludnému rezervoáru v londýnském *Bedlamu*. Ovlivnění kontextu života a zvyků pacientů považoval za důležitější než podávání léků. Významná je jeho kniha z roku 1758 *Psychiatrie jako věda*.

Století 18. a 19. jsou považována za zlatý věk nozologického pojetí duševních chorob a deskriptivního dělení podle symptomatologie nebo v některých případech podle příčiny (progresivní paralýza). *Wilhelm Griesinger* (1817 až 1869) vytvořil v Německu model psychiatrie jako vědy a zpracoval patologii a terapii duševních nemocí. Jeho učebnice *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten* (1845) se opírá o patologickou anatomii. Mozek se od té doby stává objektem usilovného výzkumu. V psychiatrických ústavech se zřizují prosektury a patologicko-anatomické laboratoře.

K významným psychiatrům tohoto období patří *Emil Kraepelin* (1856–1926), tvůrce jedné z moderních psychiatrických klasifikací, objevitel parafrenie. Jím používaný termín *dementia praecox* nahradil švýcarský psychiatr *Eugen Bleuler* (1857–1939) pojmem schizofrenie. Bleuler zavedl i další pojmy, např. organická duševní porucha. *Ernst Kretschmer* (1888–1964) je zakladatelem moderní typologie osobnosti. Jeho dílo *Tělesná stavba a charakter* přispělo k rozšíření konstitucionalistického směru v psychiatrii (tzn. k akcentaci významu vztahu tělesné konstituce k mentálnímu typu jedince).

K velkým postavám psychiatrie 19. století patří bezesporu *Jean Martin Charcot* (1825–1893), působící v pařížské nemocnici Salpêtrière. Věnoval se hlavně hysterii a jejímu vztahu k hypnóze. K nejvýznamnějším Charcotovým žákům patřil *Pierre Janet* (1859–1947), který kromě psychiatrie zanechal výraznou stopu i v moderní psychologii. U Charcota se učil hypnóze *Sigmund Freud* (1856 v Příboře na severní Moravě – 1939 v Londýně).

Freud spolu s *Josefem Breuerem* koncem 19. století ve Vídni zdůraznili roli nevědomí při vzniku psychických chorob. Freud ve svém rozsáhlém díle položil základy k hlubinnému pohledu na psychiatrii a jeho psychoanalytická metoda je převratným přínosem pro psychoterapii.

Kolem roku 1900 uznala většina lékařských fakult psychiatrii jako lékařskou disciplínu a psychiatrie začala být přednášena samostatně.

Od počátku 20. století se psychiatrie vyvíjí dvěma směry:

- a) Biologická psychiatrie – duševní nemoci jsou důsledkem organického poškození CNS. Jsme schopni je léčit zásahy do postiženého substrátu, zavádí se biologické šokové metody, mohutně se rozvíjí psychofarmakologie, používá se EEG a jiná podobná vyšetření, aplikují se poznatky z biochemie, neurochemie, histologie aj.
- b) Sociální psychiatrie – soustřeďuje se především na sociální prostředí a na psychické faktory, které jsou důležité pro řešení etiologie, rehabilitace a resocializace duševně nemocného.

Postupně dochází k rozvolnění diagnostických schémat. Proti dosavadnímu organickému modelu duševních poruch (který reprezentovali *T. Meynert* 1833–1892 a *C. Wernicke* 1848–1904) je pod vlivem psychoanalýzy postaven model psychosociální a význam deskriptivní klasifikace se umenšuje. Byl zvýrazněn individuální přístup k pacientovi jako k jedinečné osobnosti.

Tento trend ve své jedné odnoži vyúsťuje až v *antipsychiatrii*. Ta zcela odmítá medicínský model duševní choroby. Diagnózy označuje za nálepky („labeling“) a tvrdí, že jejich používání může vést k tomu, že takto označení jedinci byli vyloučeni ze společnosti a totálně znehodnoceni. Expanzi antipsychiatrie lze časově lokalizovat do poloviny 20. století, nyní je již za zenitem.

V téže době se zvyšuje význam farmakoformního modelu psychických nemocí, který souvisí s objevy nových psychofarmak. Snaha o sjednocení klasifikace v psychiatrii vedla Světovou zdravotnickou organizaci (WHO) k vytvoření Mezinárodní klasifikace nemocí. Aktuálně se používá její desátá revize, známá pod zkratkou MKN-10. Analogický severoamerický systém je označen DSM-IV.

První písemná zmínka týkající se *psychiatrické péče na našem území* hovoří o vyhrazení místností pro duševně choré v klášteře sv. Františka v Praze roku 1234.

Roku 1755 ruší Marie Terezie pod vlivem svého osobního lékaře Van Swetena, zákon o čarodějnictví. Přesto bylo upáleno ještě několik lidí; poslední duševně chorá byla upálena jako čarodějnice roku 1782 u zámku ve Velkých Losinách na severní Moravě.

Duševně choré ženy měly od roku 1784 první samostatné oddělení v nemocnici u sv. Alžběty v Praze Na slupi. Roku 1790 byl založen první ústav pro duševně nemocné v Praze v prostorách dnešní Všeobecné nemocnice. Měl pouhých 60 lůžek, přestože Praha měla tehdy přibližně 80 000 obyvatel. Další ústav byl založen v Praze v budově bývalého kláštera sv. Kateřiny v roce 1822. Primářem byl jmenován Dr. *Riedl* (1803–1870), který byl prvním docentem psychiatrie v Rakousku. Roku 1844 byl postaven „Nový dům“ – budova dnešní psychiatrické kliniky v Praze.

Za prvního českého psychiatra je považován *Jan Theobald Held* (1770 až 1851), který ošetřoval mj. i Josefa Dobrovského. Held věděl o existenci psychogenního a sociálního vlivu na vznik některých duševních chorob, byl to osvícenský racionalista a odpůrce homeopatie.

Z řady významných českých psychiatrů uveďme jen několik jmen. Patří k nim např. *Benjamin Čumpelík* (1845–1909), jeden z přednostů pražského „Nového domu“, dále *Karel Kuffner* (1858–1940), autor první české učebnice psychiatrie a zakladatel české psychiatrické školy. Vychoval řadu moderních psychiatrů jako byli *Haškovec*, *Heveroch*, *Janský*, *Mysliveček*, *Taussig*, *Procházka*. Žáky *Zdeňka Myslivečka* (1881–1974) byli mj. *Křivý*, *Krákora*, *Vencovský*, *Vondráček*, *Dobiáš*.

Vývoj psychiatrie na Moravě se nelišil od situace v Čechách. V Brně byli duševně nemocní ukazováni v zamřížovaných klecích na náměstích až do konce roku 1770, přestože již v roce 1458 byl zřízen první azyl pro duševně nemocné ve Znojmě pod názvem „Hospitale hominum rationem non habentium“ a byl určen pro 5–15 duševně nemocných. Finančně byl dotován z veřejných a městských prostředků na rozdíl od většiny klášterních špitálů financovaných církví.

Péče o duševně nemocné v moderní době se datuje od roku 1748, kdy byla vyhrazena čtyři lůžka pro psychiatrické pacienty v nemocnici u Milosrdných bratří na Starém Brně. Samostatné psychiatrické oddělení bylo zřízeno při všeobecné nemocnici u sv. Anny v Brně při jejím otevření v roce 1786. Moravský zemský ústav pro choromyslné s 350 lůžky byl zbudován v Brně-Černovicích roku 1863. Následovaly ústavy v Opavě (1889) a ve Šternberku (1893).

Ukončeme stručný přehled dějin psychiatrie uvedením pojmu *psychiatrická revoluce*, pocházející od H. Zilboorga, který jej poprvé použil v knize *A History of Medical Psychology* v roce 1941.

Za body obratu označuje:

- a) Renesanční výklad šílenství v protikladu k démonologické koncepci duševní nemoci jako důsledku hříchu nebo posedlosti zlými duchy a démony. *Johannes Weyer* vystoupil jako první lékař proti církevním předsudkům o čarodějnicích.
- b) Čas zrození azylů, prvních institucí psychiatrických léčeben na konci 18. století, kdy se z všeobecných špitálů vydělují první ústavy pro léčení duševně chorých, předobrazy psychiatrických zařízení nemocničního typu (*Pinel, Esquirol*).
- c) Vznik psychoanalýzy (osvobození nevědomí, sexu, terapie slovem) na přelomu 19. a 20. století. Duševní choroba je nazírána jako patologický výsledek konfliktních nitroduševních sil, které zrcadlí i patologii sil společenských. Je to doba zrodu systematické psychoterapie (*Freud*).

Lze se setkat i s jinými názory na to, co je považováno za psychiatrickou revoluci. Ke třem výše uvedeným mezníkům bývá přidáván vznik hnutí *mentální hygieny* (*W. Beers*) v první čtvrtině 20. století, kdy psychiatrie vystoupila z nemocnic a formulovala pozitivní poznatky o tom, jak si uchovat duševní zdraví a jak se ubránit možností psychické dezintegrace. Rovněž tak začátek *éry psychofarmakologie* po druhé světové válce (především objev chlorpromazinu) bývá někdy spojován s další revolucí. *J. L. Moreno* považoval zavedení skupinových aspektů za významný bod v dějinách psychiatrie. S ním souhlasí Hyman Spolnitz, který má na mysli skupinovou terapii, používající psychologické a sociologické metody a mající přispět k duševnímu zdraví komunit.

Sociální psychiatrie

M. Svoboda

Počátek sociální psychiatrie se obvykle klade do roku 1917 a je spojován se jménem amerického psychiatra E. E. Southarda. Pro obor relevantní *Journal of Social Psychiatry* začal vycházet v roce 1955.

Sociální psychiatrie se soustavně zabývá sociálními a kulturními faktory, které mají vztah k duševnímu zdraví a duševním poruchám. Není samostatným vědním oborem, nýbrž zaměřuje pozornost na podmíněnost psychických poruch společenskými okolnostmi a na řadu různorodých aktivit směřujících k rozpoznání a potlačení nepříznivých sociálních vlivů na duševní zdraví. Neexistuje obecná teorie sociální psychiatrie, ale různé teorie a hypotézy. Prováděné výzkumy se týkají zejména psychiatrické epidemiologie, péče o psychicky nemocné, jejich rehabilitace, kvality života apod.

Sociální psychiatrie obsahuje koncept psychického onemocnění a koncept psychicky nemocného v sociálním a ekologickém kontextu. Shromažďuje epidemiologické údaje o psychiatrické nemocnosti obyvatelstva, koncepce a realizace programů v oblasti prevence poruch duševního zdraví a sociální rehabilitace osob, které prodělaly duševní onemocnění. Má výrazný vliv na organizaci ošetřování psychicky nemocných, týká se i vztahu pacientů k jejich příbuzným i jejich vztahů k profesionálním pracovníkům v psychiatrii.

Psychiatrická sociologie (která se v mnohém prolíná se sociální psychiatrií) přistupuje k duševním poruchám jako k sociálním fenoménům a klade důraz na sociální proměnné, zatímco sociální psychiatrie zdůrazňuje osobnostní proměnné. Psychiatrická sociologie používá statistických metod ke zkoumání různých aspektů duševních poruch, interpretace výsledků epidemiologických průzkumů je však obtížná a nejednoznačná.

Vymezení sociální psychiatrie se liší podle toho, nač je kladen důraz. V centru pozornosti mohou být:

- a) sociální faktory,
- b) organizace veřejných center duševního zdraví,
- c) přijetí veřejné odpovědnosti za minimální standard zdravotnické péče pro každého jednotlivce bez ohledu na jeho sociální vrstvu.

Významný představitel naší sociální psychiatrie Ctírad Škoda hovoří o tom, že má dvě části, a to explikační a akční.

- a) *Explikační část* shromažďuje poznatky o sociální podmíněnosti některých aspektů duševních poruch a jejich sociálních důsledcích. Zajímají ji sociální faktory, které podmiňují vznik, průběh a výsledný stav psychopatologie. Psychiatr je jedním z členů týmu vedeného odborníkem v sociálních vědách.
- b) *Akční část* (v západních zemích se používá pojmu Community psychiatry) se týká sociálního vedení a ovlivňování psychiatrických případů. Sem patří organizace komplexní mimonemocniční psychiatrické péče, změny režimu lůžkových zařízení (např. systém otevřených dveří, humanizace a demokratizace léčebné atmosféry). Aplikuje teoretické poznatky na tvorbu socioterapeutických programů, které jsou zaměřené na primární, sekundární a terciární prevenci. Psychiatr je vedoucí týmu, odborníci v sociálních vědách působí jako konzultanti.

Ad a) Explikační část

Z hlediska etiologického zkoumá sociální psychiatrie, zda jsou:

- A. duševní poruchy zaviněny stresem v sociálním prostředí,
- B. sociální problémy důsledkem psychologické instability psychobiologického původu,

C. duševní poruchy a sociální problémy výsledkem interakce mezi sociálními, kulturními a psychobiologickými silami.

Sociálně psychiatrický pohled vidí psychicky nemocného *in vivo* a *in actu*. Vidí jej v jeho sociálních vztazích, tedy v jeho rodině, v zaměstnání, v jeho volném čase a v důležitých sociálních funkcích a rolích. Nebere jej jen jako nemocného člověka ve zvláštní situaci klinické léčby, ale bere v úvahu jeho život před hospitalizací a později v jeho rodině, v zaměstnání, ve volném čase.

Zvláštností psychiatrické péče je, že se týká důležitých osobních záležitostí (partnerství, finance, bytová situace), může trvat dlouho, resp. trvale, zahrnuje lidi, kteří jsou touto úlohou výrazně zatíženi. Příbuzní nemocných si často stěžují jednak na péči, jednak na pacienty, rodiny nemocných jsou často vyčerpány, pociťují finanční zátěž (při dlouhodobých onemocněních), soudržnost rodiny je ohrožena.

Chronicky psychicky nemocní trpí zvýšenou citlivostí na stres, který nedostatečně zvládají. Jsou výrazně závislí na rodině nebo na určitých zařízeních a vyhledávají je. Pokud jsou jim nedostupné, může se vyvinout psychická dekompenzace. Mají těžkosti v uplatnění na pracovním trhu, nejsou schopni vytvářet si úzké vztahy k jiným lidem, např. k manželskému partnerovi. Zaměstnavatel často pacienta propouští pro nedostatečný výkon. Pacient pak nenávidí sám sebe, má pocit „životní katastrofy“.

Wing definoval v roce 1976 *psychická postižení* jako následky těžkých, především chronických duševních onemocnění. Manifestují se jako narušení individua v jeho interakci se sociálním prostředím. Postižení vzniká postupně a omezuje člověka v jeho životě. Rozlišoval postižení primární (vnitřní), spojené s onemocněním, s psychickými změnami. Sekundární postižení vyplývá z reakce individua na primární postižení a projevuje se ve změněném chování, sebehodnocení, ve změněných osobnostních zvyklostech. Terciární (vnější) postižení vzniká jako následek institucionalismu, přivyknutí pacienta na prostředí nemocnice.

Psychiatrická epidemiologie se zabývá výskytem psychických onemocnění v prostoru a čase. Uvádí se, že podle epidemiologických šetření asi 20 % obyvatel trpí psychickými poruchami, které je třeba léčit. Některé sociálně psychiatrické výzkumy v historii se zabývaly např. souvislostmi mezi nezaměstnaností a psychickým onemocněním resp. sebevraždami, sociálním původem deprese, účinky psychiatrického prostředí na psychopatologii. Jiné výzkumy nasvědčují tomu, že ve městech je vyšší výskyt duševních poruch než na venkově, u rozvedených a osamělých se objevuje více duševních onemocnění i suicidálních pokusů, lidé pocházející z uspořádaných rodinných poměrů sehlávají v zátěžových situacích méně, naopak vyšší výskyt psychických poruch lze pozorovat v sociálně nejhůře zabezpečených vrstvách. Byl popsán tzv. Jarvisův efekt: lidé žijící v blízkosti psychiatrických klinik jsou častěji v jejich péči.

Ad b) Akční část

Hlavním úkolem akční části sociální psychiatrie je vytvářet koncepci péče o osoby s psychickými poruchami, koncepci prevence, terapie a rehabilitace. Směřuje k prosazování veřejné odpovědnosti za vytváření podmínek pro upevňování duševního zdraví obyvatel, včetně mentální hygieny. Podílí se na řešení společenské situace duševně nemocných a na programech duševního zdraví. Iniciuje vznik optimální sítě veřejných center duševního zdraví, psychosociálních služeb a celého systému tzv. komunitní psychiatrické péče (denních sanatorií či klinik, chráněných dílen, bydlení a klubů atd.). Snaží se poskytnout pacientovi chráněné prostředí. Současně se nabízejí flexibilní formy ambulantní a stacionární léčby. Zabývá se i přizpůsobením osobnosti nemocného sociálním rolím.

K *diagnostickým krokům* z hlediska sociální psychiatrie patří návštěva pacientova domova, zkušební propuštění z hospitalizace, společné exkurze, zhodnocení schopností nevyhnutelných pro praktický život, resp. deficitů psychicky postiženého (což nelze uskutečnit jen během pohovoru s lékařem), zlepšení kompetencí týkajících se praktického života, sociální kontrola nemocných.

Psychiatrická péče je poskytována následujícími formami:

1. ambulantní péče v ordinacích odborných lékařů-psychiatrů;
2. stacionární (ústavní) péče, která probíhá jednak na specializovaných psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic, jednak v psychiatrických léčebnách;
3. komplementární psychiatrická péče – denní a noční sanatoria, chráněné dílny, pracovní tréninková místa, chráněné bydlení, bytové komunity, socioterapeutické kluby, svépomocné skupiny nemocných a jejich příbuzných.

Mezinárodní standardy doporučují, aby jeden ambulantní psychiatr připadal na 21 500 obyvatel, na 2000 obyvatel by mělo být k dispozici jedno psychiatrické lůžko, na 7000 obyvatel jedno místo na denních klinikách, jedno centrum duševního zdraví na 60 000 obyvatel, jedno místo v chráněných dílnách na 3450 obyvatel.

V *ústavní péči* se preferuje systém otevřených dveří, jednotlivá oddělení mají propracovaný režim, nezbytná je stálá práce personálu s pacienty. Protože se to netýká jen neurotiků, ale pacientů se všemi diagnózami, je to systém náročný a vyžadující velké nasazení terapeutických týmů. Nečinnost pacientů má na ně negativní vliv, důležitý je program vyplněný promyšlenými aktivitami. O významu estetiky prostředí psal C. Škoda již před desetiletími. Složení pacientů na oddělení má odpovídat civilnímu prostředí, z tohoto hlediska nejsou vhodná např. specializovaná gerontopsychiatrická oddělení.

První *denní klinika* byla zřízena v Moskvě již v roce 1933. V Montrealu otevřel Donald E. Cameron denní kliniku roku 1946. Dnes jsou tato zařízení téměř v každé psychiatrické nemocnici či léčebně. Po původním bezvýhradném přijetí tohoto systému práce se začínají vyskytovat skeptické názory v tom smyslu, že parciální hospitalizace je módní záležitost.

V našich psychiatrických zařízeních bylo vybudováno i několik *nočních sanatorií*, pacienti je navštěvují v odpoledních a nočních hodinách a nemusí být v pracovní neschopnosti.

Nejčastěji používanými *terapeutickými postupy* jsou:

- *terapie prostředím*, což jsou všechny aspekty v organizaci terapeutického systému, které slouží úzdavě pacienta;
- *terapeutická komunita* zavedená ve čtyřicátých letech minulého století Maxwellem Jonesem pro zvýšení spoluúčasti hospitalizovaných pacientů na léčení;
- *socioterapie* chápána jako ovlivnění psychických nemocí situačními faktory, které spoluurčují sociální rysy prostředí;
- *ergoterapie* (pracovní terapie);
- *intervence v rodině*, práce s příbuznými a terapie příbuzných;
- *farmakoterapie*;
- *psychoterapie* (a to i chronicky psychicky nemocných).

Mezi úkoly sociální psychiatrie patří mj. plánování a koordinace péče v blízkosti bydliště pacienta. K základním organizačním principům psychiatrické péče se řadí především dehospitalizace a deinstitucionalizace. V USA dochází ke zmenšování velkých nemocnic, k vytváření Community Mental Health Centres. Mluví se o psychiatrii blízké místu bydlení (*Community Psychiatry, komunitní psychiatrie*).

Pojmu *komplementární psychiatrie* se používá pro starost o kvalitu života psychicky nemocných, jejich volný čas, kulturu a kontakty, rovněž o zřizování psychosociálních center a klubů.

V rámci *mimoústavní péče* je kladen důraz na krizovou intervenci, psychiatrickou telefonickou pomoc (linky důvěry). V Zurichu a v Hamburku existují dokonce sociálně psychiatrické pohotovostní služby, kam může klient fyzicky zajít.

Mnoho z těchto aktivit realizují v našem státě veřejně prospěšné instituce, jako jsou např. Podané ruce, Fokus, Ratolest, Práh.

K základním prvkům *psychiatrické rehabilitace* patří:

1. orientace na silné stránky pacienta,
2. zlepšení jeho pracovních schopností a sociálních kompetencí,
3. působení na životní prostředí nemocného,
4. zprostředkování optimistického postoje.

Rehabilitace se uskutečňuje převážně ambulantně nebo komplementárně (v prostředí pacienta, např. v jeho bytě). Většinou je dlouhodobá, může trvat až léta. Jde jednak o přístup osobní (trénink schopností nemocného), jednak o přístup ekologický (hledá se takové životní prostředí, kterému se pacient může optimálně přizpůsobit).

Systém *rehabilitace bydlení* zahrnuje více možností, vytvářejí se trvalé domovy pro psychicky nemocné, domy na přechodné bydlení, bytová společenství, samostatné byty, domy na půl cesty.

Nezbytnou součástí psychické rehabilitace je *pracovní zařazení* nemocných. Bohužel chráněný pracovní trh vzniká velmi pomalu, ať jsou to chráněné dílny, chráněné kavárny atd.

Prevence duševních poruch má tři úrovně:

1. primární, spočívající ve snaze předcházet samotnému objevení se psychického onemocnění (např. drogových závislostí). Zde má velký význam osvěta a zdravotní výchova prováděná ve škole, v masových sdělovacích prostředcích atd.,
2. sekundární, týkající se zabezpečení dostatečné léčby včetně profylaxe recidiv,
3. terciární, která se snaží zabránit chronifikaci a trvalé hospitalizaci pacientů.

Souhrnně lze říci spolu s Eikelmannem, autorem monografie o sociální psychiatrii, že sociálně psychiatrické hledisko by mělo být součástí každého kvalifikovaného psychiatrického postupu. Diagnostika „in vivo“ poskytuje obraz o psychicky nemocném v jeho životní praxi, který daleko přesahuje „klinický pohled“. Vidí psychicky nemocného v jeho sociálních a ekologických vztazích (rodina, sociální skupiny, práce, volný čas, kulturní aktivity), v jeho psychosociálním rozvoji a v jeho individuální a konkrétní životní praxi. Z tohoto pohledu je cílem diagnostiky ohodnotit funkční deficity nemocného. Terapie a rehabilitace nemají sloužit jen k odstranění příznaků choroby, mají znovuobjevit kompetence praktického života a vytvářet kompetence nové.

Poznámka: Některé z výše uvedených postupů se týkají více zahraničních než domácích podmínek. Pro české poměry mají mnohdy proklamativní, nikoli reflektující charakter. Lze doufat, že dojdou naplnění i u nás.

Transkulturální psychiatrie

M. Svoboda

Transkulturální psychiatrie (někdy se lze setkat s pojmem etnopsychiatrie) se zabývá rozdíly a podobnostmi ve výskytu psychických poruch, chorob a symptomů v různých kulturách a společnostech, rozdíly v jejich incidenci, formě, obsahu, průběhu a manifestaci. Zabývá se též otázkami jejich přenosu do jiných kultur, otázkami vzájemného ovlivňování jednotlivých kultur, rozdíly v terapii a v přístupu k nemocným. Pozornost věnuje i rozdílům v systému sociální péče v jednotlivých společnostech.

Montrealská McGill University vydává od roku 1956 časopis *Transcultural Psychiatry*, který zkoumá vztah mezi kulturou a psychiatrií.

Význam transkulturální psychiatrie roste v posledních letech v důsledku zvýšené migrace obyvatelstva, a to nejen mezi sousedními státy, ale i mezi kontinenty. Mísení různých etnik, příslušníků odlišných kulturních a civilizačních společností vede ke splývání či ke konfrontaci kulturních vzorců. Etické, náboženské a společenské hodnoty ovlivňují druh a četnost psychických onemocnění.

Na úvahy o tom, zda lze definovat *podstatné znaky duševní choroby a abnormality osobnosti* platné nezávisle na kultuře, a tedy na celém světě, odpověděl Kluckholm tak, že

1. postižení jedinci jsou trvale nepřístupni komunikaci,
2. jejich chování se trvale a výrazně odlišuje od kulturních norem,
3. nedovedou ovládat agresivní tendence.

Všechny koncepty zdraví a nemoci jsou vázány na kulturu, takže obsahují vždy složku normativní, i když v různých kulturách i v různých společenských vrstvách téže společnosti existují různá pojetí a představy o zdraví a nemoci.

Ze srovnání vztahu mezi kulturou a abnormitou vyplývá, že neexistuje společnost a kultura, v níž by se nevyskytovaly žádné duševní poruchy, a dále že některé formy chování, které lze v jedné kultuře označit za normální, jsou v jiné společnosti považovány za projev duševní poruchy a naopak.

V této souvislosti lze položit otázky, zda se lze ve všech kulturách setkat se stejnými psychickými onemocněními či zda se liší vnější znaky a průběh různých onemocnění mezi kulturami anebo zda existují rozdíly v reakci nemocného a jeho okolí na psychické onemocnění. Předmětem zájmu transkulturální psychiatrie jsou rovněž zvyklosti ve vztahu k úmrtí, postavení žen ve společnosti, otázky předpojatosti k příslušníkům jiného etnika, vztah kultury a osobnostních rysů, konflikty vznikající v důsledku rychle se měnících společenských poměrů, otázky národnostních menšin, zvláštností spojené s otázkami víry a mnohá další témata.

Otázky o *rozdílnosti* či *podobnosti psychických onemocnění* v jednotlivých částech světa a v jednotlivých společenstvích vedly k mnoha výzkumným sledováním. V jednom z nich bylo v USA, Anglii, Francii, Německu, Itálii, Japonsku a Švédsku sledováno dvanáct psychotických syndromů, a to vzrušení, hostilní útočnost, paranoidní projekce, velikášství, percepční distorze, obsese, fobie, anxiozní deprese, motorická retardace, apatie, dezorientace a poruchy motoriky. Tento soubor syndromů byl nalezen u všech zkoumaných skupin, rozdíly byly minimální.

Odlišný výskyt různých onemocnění je ovlivněn rozdílným kulturním chápáním daného problému: např. choroby ze závislosti se vyskytují méně v Itálii a Řecku než v Německu, Jugoslávii, Rusku. V některých primitivních společnostech nejsou např. obsedantní jevy považovány za chorobný stav. Objevují se jako obecně akceptované a společenskou tradicí regulované obřady, rituály, ceremoniály, magické výkony. Hysterické projevy jsou v oblasti Orientu bouřlivé, dramatické, nezrovnalé. Výrazně rozdílné jsou přístupy k drogám. V zemích horkého pásma je abúzus alkoholu odsuzován (příp. nábožensky tabuizován), kdežto tolerance k nealkoholovým drogám je obecně větší. Avšak řada moderních asijských států zavádí v posledních letech přísnou legislativu trestající co nejpřísněji držení a prodej drog.

Co se týče léčení, bylo např. zjištěno, že v působení farmak nejsou zásadní rozdíly. Jen u pacientů z Dálného východu byla konstatována zvýšená citlivost na léky a také menší tolerance k alkoholu. Náročnější je použití psychoterapie u příslušníků jednotlivých etnických či kulturních společenství. Z mnoha pozorovaných rozdílů lze uvést jako příklad častější somatické stesky depresivních osob z Afriky a Asie, diskrepance mezi dobrou úrovní inteligence a chabými školními vědomostmi u Romů (viz kap. *Menšiny a jejich problematika* v části *Speciální psychiatrie*) apod.

Při souhrnném pohledu na výsledky bádání lze dojít k závěru, že klasické skupiny psychických onemocnění se vyskytují ve všech kulturách a četnost se mění jen málo, že formy vyjádření psychických onemocnění (např. obsah bludů) jsou silně závislé na kultuře a odrážejí společenské změny a dále že zvládnutí a překonávání onemocnění a reakce okolí na ně podléhají kulturním a společenským vlivům. Proto se mezi jednotlivými kulturami a společnostmi nemoci často výrazně liší.

Sjednocování diagnostických kritérií vede k odstraňování dřívějších diskrepancí např. i v úspěšnosti terapie. Ve Spojených státech byla používána diagnóza schizofrenie častěji než v Evropě, byla připisována i nepsychotickým stavům, schizoidní osobnostem. Pochopitelně terapeutické úspěchy se dostávaly u těchto amerických pacientů častěji než u skutečných schizofreniků v Evropě. MKN-10 a DSM-IV napravují tyto rozdíly a referované počty se v obou regionech přibližují.

Hanzlíček v rozsáhlé *Psychiatrické encyklopedii* formuluje následující *okruhy zájmů transkulturní psychiatrie*:

1. podobnosti a rozdíly ve formě průběhu nebo projevu duševních nemocí v různých societách a kulturách;
2. výskyt a rozvrstvení duševních nemocí nebo charakteristik chování ve vztahu k faktorům dané kultury;
3. faktory dané kultury mající vliv na duševní zdraví, optimální funkci nebo na zvýšenou vulnerabilitu;
4. formy léčby nebo zacházení s lidmi označovanými za deviantní či duševně nemocné;
5. vliv sociokulturních faktorů na terapeutické přístupy, průběh a diagnóza psychického onemocnění a adaptace různých psychiatrických principů na příslušné kontexty;
6. vztah mezi kulturou a osobností;
7. pochopení konfliktu osob prožívajících prudkou sociální či kulturní změnu;
8. postoj a názory, pokud jde o deviaci chování a duševní nemoc;
9. psychologická a sociální adaptace dobrovolně či nedobrovolně migrující populace;
10. psychiatrické nebo behaviorální aspekty komunikace mezi jedinci a skupinami z různých oblastí kultury nebo národností;
11. reakce na zátěžové situace, které vznikají při změnách kultur;
12. determinanty kultury na národní interakce a postoje mezi národy.

Sociálněpsychiatrická problematika přistěhovalců. Před 150 lety zaplavili USA evropští přistěhovalci (nyní jsou to hlavně Mexičané). V posledních desetiletích dochází k přesunům velkých skupin obyvatelstva, ať se jedná o přesuny z ekonomických důvodů (lidí z chudých zemí do bohatších, ale i venkovanů stěhujících se do měst v rámci jednoho společenství) nebo z důvodů politických (útěky před válečnými konflikty, před genocidou celých národů). Mnoho Afričanů nebo Asijců se, většinou nelegálně, stěhuje do Evropy.

Globalizace související s nebývalou migrací velkých skupin obyvatelstva staví psychiatrii před dosud netušené úkoly. V Německu žije mnoho pracovních imigrantů pocházejících z Turecka (tzv. Gastarbeitři). V péči o ně je třeba překonávat jazykovou bariéru, vyrovnat se s jinými kulturními zvyky (přístup k opačnému pohlaví, muslimové nechťejí být ošetřováni ženami) a náboženskými rozdíly (svěcení jiných svátků, zahalenost žen). Výsledky jejich léčení bývají v SRN horší než u Němců. Obtížně zvládají či odmítají nonpaternalistický přístup lékařů. Je referován vyšší výskyt schizofrenie u emigrantů ve druhé generaci.

Nejmladší (již třetí) generace Turků žijících v Německu prožívá krizi identity. Mnozí z nich v Turecku nikdy nebyli, turecky nemluví, na druhé straně Německo obtížně přijímají jako svou vlast a jejich akceptace ze strany

rodilých Němců je často problematická. Část imigrantů žije vystavena velkému sociálnímu tlaku. V této souvislosti se často ozývá pojem „vykořenění“ ze společenských a kulturních tradic a souvislostí. Masivní projevy násilností u arabské mládeže v Paříži a jiných francouzských městech koncem roku 2005 byly jen potvrzením existence problému.

Většina ekonomicky úspěšných zemí se potýká s problémy porozumět psychice uprchlíků. V cestě stojí omezená znalost kulturního zázemí, zvyklostí a zvláštností psychických onemocnění. Setkáváme se s předsudky, s pověřivým magicko-animistickým způsobem myšlení a prožívání, které ovlivňují chápání nemoci a liší se od racionálního přístupu západní medicíny. Tyto předsudky stejně jako existence specifických rodinných konstelací mohou být zátěžovými faktory pro duševní onemocnění.

Ve sběrných táborech přistěhovalců je procento výskytu duševních poruch menší než po usídlení v nové vlasti, kdy pomine největší stres, při dekompenzaci duševního stavu se často dostavuje „sociální zhroucení“, které se projevuje depresí a neurastenickými potížemi vzniklými v důsledku vytržení z domácího prostředí. Nostalgie je spojena se ztrátou pocitu bezpečí a sepetí s tradicemi, ztrátou vlastní hrdosti a ceny. Jako „kulturní šok“ je označováno nejprve nekritické nadšení ze všeho nového, které je následováno obdobím rozčarování, kdy jedinec teskní po tom, co opustil. Přes období deprese dochází k obnovení sebedůvěry a k adaptaci na nové prostředí.

V šedesátých letech 20. století žili u nás ve větší míře Kubánci a Vietnamci, nyní zde v největším počtu pobývají Ukrajinci a Poláci. U posledně jmenovaných nejsou rozdíly mezi našimi kulturami nijak podstatné. Vietnamci žijící u nás dlouhodobě vytvářejí většinou uzavřené komunity, jen menšina se chtěla a dokázala dobře asimilovat.

Z antropologické i psychiatrické literatury jsou známy choroby a poruchy zcela odlišné od těch, s nimiž se lze setkat v naší kultuře. Pro ilustraci jsou některé uvedeny:

1. *Stavy psychického vytržení* (trans, extáze) vyvolávané rychlým rytmem bubnů a spojované s kuletem *voodoo* v karibské oblasti nebo vířivé tance dervišů v Turecku. Hovoří se o tzv. kinetickém transu. Stavy vytržení mohou vznikat i vlivem řady náboženských představ a rituálů. Vyznavači kultu *voodoo* věří tomu, že mohou pomocí amuletů, jejich zařikáváním či manipulací s nimi ublížit jiné osobě, nebo dokonce způsobit její smrt.
2. *Amok* je přechodnou kvalitativní poruchou vědomí. Po počátečním období spojeném s neurastenickými příznaky a meditováním dochází k masivním bouřlivým pohybům, jež jsou doprovázeny agresí vůči okolí i vůči vlastní osobě. Neskončí-li stav sebevraždou, následuje vyčerpání provázené spánkem nebo stuporem. Na proběhlý stav je amnézie. Vyskytuje se v jihovýchodní Asii a Africe.

3. *Latah* bývá u žen středního a vyššího věku. Je charakterizován nedobrovolným imitováním, automatickou poslušností, echopraxií. Často je vyvolatelný sugestivně. Nejčastější je v Malajsii.
4. *Witiko* se projevuje jako agresivní výbuch proti okolí. Postižený je zpravidla přesvědčen, že je posedlý duchem Witika, mytologickým kanibalským monstrem. Nemocný může zabít a pojídat členy vlastní rodiny. Je popisován u původních obyvatel z oblasti Hudsonova zálivu.
5. *Koro* je akutní stav úzkosti spojený s bludným přesvědčením, že penis postiženého se zatahuje do dutiny břišní. Je spojen se strachem ze smrti, v souladu s vírou, že sexuální orgány mizí z těl mrtvol. Ojedinelé se objevuje strach ze ztráty zevních genitálií i u žen. Vyskytuje se v Číně.
6. *Piblokto* se projevuje bizarní psychomotorikou, kdy se postižený svléká v prudkých mrazech do naha, napodobuje zvuky ptáků a zvířat, válí se ve sněhu, objevuje se echolalie a echopraxie. Na proběhlý stav je amnézie. Objevuje se ve východní Arktidě, na Sibiři.
7. *Ode Ori* je popisován u studentů a úředníků jako nepříjemné pocity, spojené s představou, jako by jim hlavou, případně celým tělem, prolézal nějaký parazit nebo jiný cizí objekt. Hojně jsou stížnosti na syčení a hučení v uších, úzkosti a nevykonnost. Syndrom se vyskytuje hlavně v Nigérii.
8. *Stavy posedlosti* byly časté ve středověku i v evropském prostoru, nejčastěji byla referována posedlost vlkodlakem (lykantropie). V současném Japonsku jsou stavy posedlosti spojené s liščí podobou, postižený trpí představou, že jeho tvář i chování nabývají liščích znaků.
9. *Dhat syndrom* se projevuje jako obava ze ztráty semene, ať už k ní dochází polucemi, masturbací, souloží nebo unikáním semene do moči. Nemocní si stěžují na celkovou slabost, trpí nechutenstvím, úzkostí a pocity viny. Je popisován v Indii.

Pojetí normality

M. Svoboda

Chceme-li hovořit o psychopatologii osobnosti a o psychiatrii, nemůžeme se vyhnout otázkám normality osobnosti, duševního zdraví a přiměřeného chování. Zde se však setkáváme s obtížemi, neboť tyto otázky, věčně aktuální a palčivé, nejsou dosud uspokojivě vyřešeny.

Normalita (podle Hartlova *Psychologického slovníku*) je nejčastěji považována za jev, který odpovídá předem stanovenému očekávání. V psychopatologii je norma zjišťována:

1. subjektivně – vlastním odhadem jedince,
2. sociálně – názorem sociálního okolí,
3. z hlediska psychiatrické diagnózy – tedy přítomnosti či nepřítomnosti psychopatologických symptomů,
4. statisticky – kvantitativní odchylkou od statistické normy,
5. funkčně – podle projevů, jednání člověka v dané situaci.

V současnosti se objevují snahy definovat normalitu systémově, kyberneticky, počítačově.

Pojem „normální“ se chápe v podstatě ve třech významech: statistickém, funkčním, normativním.

Při *statistickém* pojmání normality je za normální považováno to, co je nejvíce časté, co je průměrné. Jevy nad a pod průměrem jsou považovány za nenormální, patologické. Tato koncepce má své oprávnění, protože zdravé a pravidelné zpravidla převládá. Avšak takové pojetí má i své nezanedbatelné nedostatky. Například je-li v průběhu chřipkové epidemie valná většina lidí nemocná, neznamená to, že chřipkové onemocnění je normální na základě toho, že je statisticky četnější. Tento příklad ještě více vynikne, dosadíme-li si na místo chřipky zubní kaz. Na druhé straně lidé s vysoce nadprůměrnou inteligencí, kteří tvoří asi dvě procenta populace, by byli z hlediska průměru rovněž nenormální.

Funkční chápání normality spočívá v tom, že určitý systém plní správně svou funkci. Zjistí-li lékař dlouhodobě větší nepravidelnost tepové frekvence nebo vylučovací činnosti ledvin, označí činnost tohoto orgánu za nenormální (patologickou) ne proto, že je hodně či málo častá, ale proto, že zná správný chod této funkce, její účel a poslání.

Třetí pojetí normality je *normativní* (hovoří se též o pracovní, estetické nebo mravní normě). Považuje-li mistr výkon dělníka za nenormální proto, že hluboko nesplnil plán, nesouvisí to ani s četností výskytu, ani se správnou funkcí systému, ale s odchylkou od předem dané či dohodnuté normy.

Z jiných rovněž často užívaných hledisek bývá normalita chápána jako:

- a) duševní zdraví,
- b) optimální stav,
- c) proces směřující k seberealizaci.

Ad a) Velmi často se normalita chápe jako zdraví, jako protiklad nebo nepřítomnost nemoci. Toto vymezení normality pomocí negace, i když je zejména v lékařství populární, je značně úzké. Norma a zdraví nemusí vždy splývat. Jsou případy, v nichž se uplatňuje používání pojmu norma na stavy potenciálně nebo skutečně chorobné. Například u starých lidí považujeme řadu poruch, pokud nepřekročí jistou mez, za normální (např. poruchy paměti, snížená schopnost učení, zpomalení reflexů nebo snížená elasticita kůže).