

Tomáš Petr, Eva Marková a kolektiv

Ošetřovatelství v psychiatrii



Tomáš Petr, Eva Marková a kolektiv

Ošetrovatelství v psychiatrii



GRADA Publishing

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

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

OŠETŘOVATELSTVÍ V PSYCHIATRII

Vedoucí autorského kolektivu: Mgr. Tomáš Petr, Ph.D., Mgr. Eva Marková, Ph.D.

Autorský kolektiv:

Bc. Jana Akrmannová

Mgr. Jan Běhounek

Bc. Zuzana Fišarová

MUDr. Iva Hodková

Jan Jaroš

Mgr. Jaroslava Knížková

Bc. Martina Kratochvílová

Bc. Hana Kudrnovská

Mgr. Eva Marková, Ph.D.

Mgr. Barbora Michálková

Bc. Blanka Novotná

Jitka Novotná

MUDr. Ondřej Pěč

Mgr. Tomáš Petr, Ph.D.

Mgr. Jana Poljaková

Bc. Magdalena Randáková Modes

Mgr. Ivana Šlaisová

Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

PhDr. Martina Venglářová

Jana Votavová, DiS.

Recenze: MUDr. Martin Holý

Kniha byla vydána s laskavým přispěním společnosti HIPPO spol. s r.o.

TIRÁŽ TIŠTĚNÉ PUBLIKACE:

© Grada Publishing, a.s., 2014

Cover Photo © fotobanka allphoto, 2014

Autor fotografií: Mgr. Tomáš Petr, Ph.D.

Autor obrázku 18.2: Jiří Hlaváček

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 5534. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. Ivana Podmolíková

Sazba a zlom Karel Mikula

Počet stran 296

1. vydání, Praha 2014

Vytiskla Tiskárna v Ráji s.r.o., Pardubice

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění ale nevyplývají pro autory ani pro nakladatelství žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-247-4236-6

TIRÁŽ ELEKTRONICKÉ PUBLIKACE:

ISBN 978-80-247-9253-8 ve formátu PDF

ISBN 978-80-247-9254-5 ve formátu EPUB

Obsah

Předmluva prezidentky České asociace sester	12
Předmluva	13
I Obecná část	15
1 Duševní zdraví (Eva Marková)	17
1.1 Definice zdraví	17
1.2 Světová zdravotnická organizace a péče o duševní zdraví	19
1.3 Výskyt duševních poruch v ČR	21
1.4 Mentální hygiena	22
1.5 Prevence	22
2 Historie péče o duševně nemocné (Tomáš Petr)	24
2.1 Počátky péče o duševně nemocné	24
2.1.1 Duševní choroby ve starověku	24
2.1.2 Vliv náboženství na přístup k duševně chorým	25
2.1.3 První pokrokové názory	26
2.1.4 Uzavírání duševně nemocných a první snahy o jeho regulaci	26
2.1.5 Přínos Phillipa Pinela	27
2.2 Formování psychiatrie jako samostatného medicínského oboru	28
2.2.1 Medicínský výklad duševních poruch	28
2.2.2 Nástup psychoanalýzy a shell shock	29
2.2.3 Rozvoj psychiatrie ve 20. století	30
2.2.4 Zneužívání psychiatrie	31
2.3 Vývoj péče o duševně nemocné v Čechách	32
2.3.1 Počátky péče o duševně nemocné v Čechách	32
2.3.2 Budování velkých psychiatrických léčeben	33
2.3.3 Poválečné období	34
2.3.4 Období po roce 1989	34
2.4 Výhledy do budoucna	34
3 Kompetence sester pracujících na psychiatrii (Blanka Novotná)	37
3.1 Vzdělávání sester pracujících na psychiatrii	37
3.2 Legislativní vymezení kompetencí	37
3.3 Kompetence sestry pro péči v psychiatrii	38
3.4 Sestra jako nositelka výkonu	40
3.5 Kompetence psychiatrických sester v Evropě	40
4 Organizace psychiatrické péče v ČR (Tomáš Petr)	42
4.1 Psychiatrická péče v ČR	43
4.1.1 Ambulantní péče	43
4.1.2 Lůžková péče	43
4.1.3 Komunitní péče	45
4.2 Změny systému psychiatrické péče	45

4.3	Svépomocné aktivity v české psychiatrii (Jan Jaroš)	46
4.4	Význam rodičovských organizací (Jana Poljaková)	47
5	Psychiatrická etika (Tomáš Petr)	49
5.1	Základní pojmy	49
5.2	Etika v psychiatrii	49
5.3	Práva duševně nemocných a jejich formování	50
5.4	Informovaný souhlas	53
5.5	Základní principy v řešení etických otázek	56
5.6	Etické kodexy v psychiatrii	58
5.7	Etické problémy v psychiatrii	58
5.7.1	Medicínský paternalismus	58
5.7.2	Nedobrovolná hospitalizace	59
5.7.3	Stanovování psychiatrických diagnóz	61
5.7.4	Etický přístup k vážně duševně nemocným	62
5.7.5	Preskripce léků	62
5.7.6	Etika a psychoterapie	63
6	Právní otázky v psychiatrii (Tomáš Petr)	65
6.1	Právní předpisy	65
6.1.1	Mezinárodní úmluvy	65
6.1.2	České právní normy	68
6.2	Vybrané právní problémy v oblasti psychiatrie	70
6.2.1	Nedobrovolná hospitalizace	70
6.2.2	Používání omezovacích prostředků	73
6.2.3	Způsobilost k řízení motorových vozidel	74
6.2.4	Ochranné léčení	75
6.2.5	Způsobilost k právním úkonům	76
7	Vyšetřovací metody v psychiatrii (Jan Běhounek)	78
7.1	Psychiatrické vyšetření	78
7.2	Pomocné vyšetřovací metody	80
7.2.1	Psychologické vyšetření	80
7.2.2	Zobrazovací metody	81
7.2.3	Laboratorní vyšetření	81
7.3	Ošetřovatelské vyšetření	84
7.3.1	Posuzování stavu pacienta	85
7.3.2	Zdroje informací	85
7.3.3	Rozhovor	85
7.3.4	Pozorování	85
7.3.5	Ošetřovatelská anamnéza	86
7.3.6	Hodnoticí škály	87
8	Léčba v psychiatrii (Jan Běhounek)	93
8.1	Biologické léčebné metody v psychiatrii	93
8.2	Psychofarmaka a jejich klasifikace	94
8.2.1	Antidepresiva	95
8.2.2	Antipsychotika	98
8.2.3	Anxiolytika	101

8.2.4	Hypnotika	103
8.2.5	Kognitiva (neuroprotektiva)	104
8.2.6	Psychostimulancia	105
8.2.7	Tymoprofylaktika	105
8.3	Specifika podávání léků na psychiatrii	107
8.4	Psychofarmakoterapie v dětském věku	109
8.5	Psychofarmakoterapie ve stáří	109
8.6	Další možnosti biologické léčby	109
8.6.1	Elektrokonvulzivní léčba (electroconvulsive therapy, ECT)	110
8.6.2	Transkraniální magnetická stimulace	112
8.6.3	Spánková deprivace	112
8.6.4	Fototerapie	113
8.6.5	Stimulace nervus vagus.	113
8.6.6	Psychochirurgie	114
8.6.7	Fytoterapie	114
9	Psychoterapie a psychoterapeutický přístup (Blanka Novotná)	116
9.1	Definice psychoterapie	116
9.2	Uplatnění psychoterapie	117
9.3	Prostředky psychoterapie	117
9.4	Formy psychoterapie	119
9.5	Psychoterapeutické směry	120
9.6	Role sestry v psychoterapii	121
9.7	Psychoterapeutický přístup	122
10	Komunitní péče v psychiatrii (Ondřej Pěč)	124
10.1	Formy podpory	124
10.2	Služby poskytované v komunitní péči a jejich cílová skupina	125
10.3	Zotavení	127
10.4	Základní elementy komunitního systému ve vztahu ke zdravotnímu systému	128
10.5	Psychosociální rehabilitace	131
10.6	Case management	134
10.7	Asertivní komunitní léčba jako možnost udržení a resocializace klientů ve vlastním prostředí	135
10.8	Stanovení rehabilitačního a krizového plánu u pacienta v domácím prostředí	136
10.9	Vedení týmu	138
10.10	Postavení všeobecné sestry jako člena multioborového týmu v procesu resocializace	138
10.11	Organizace, koordinace služeb a komunitní plánování	139
11	Krise a krizová intervence (Blanka Novotná)	143
11.1	Charakteristika krize	143
11.2	Příčiny a průběh krize	143
11.3	Typologie krizí	145
11.4	Suicidální krize	146
11.5	Krizová pomoc	148
11.6	Krizová intervence	149

12	Sexualita lidí s duševním onemocněním (Martina Venglářová)	151
12.1	Sexuální anamnéza v rámci ošetrovatelského přístupu	151
12.2	Dopady léčby na sexuální život nemocného	152
12.3	Specifika některých psychiatrických poruch	153
12.3.1	Psychózy	153
12.3.2	Deprese	153
12.3.3	Manická fáze afektivní poruchy	154
12.4	Ochrana nemocných před sexuálním násilím	154
12.5	Kultivace sexuálních projevů	155
12.6	Snížené schopnosti i možnosti duševně nemocných	156
12.7	Ochranná sexuologická léčba	156
13	Spolupráce pacientů při léčbě, role sestry v psychoedukaci (Tomáš Petr)	157
13.1	Faktory ovlivňující spolupráci s léčbou	158
13.2	Zásady psychoedukace a role sestry	160
13.3	Průběh psychoedukace	162
13.4	Praktické ukázky nástrojů využitelných v průběhu psychoedukace	163
14	Prevence rizik na psychiatrických odděleních (Tomáš Petr)	166
14.1	Risk assessment	167
14.2	Zajištění intenzivního, soustavného sledování ošetrovatelským personálem	167
14.3	Důsledný vstupní filtr zaměřený na odebrání rizikových předmětů	168
14.4	Využití informačních technologií	168
14.5	Vytvoření smysluplného terapeutického programu	169
14.6	Odpovídající počet personálu, vzdělávání personálu	170
15	Ošetrovatelský přístup k neklidným a agresivním pacientům (Tomáš Petr)	171
15.1	Přístup k agresivním pacientům	171
15.2	Používání omezovacích prostředků	176
15.3	Farmakologické zvládnání neklidu	180
II	Speciální část	183
16	Organické duševní poruchy (Jaroslava Knížková, Blanka Novotná, Barbora Michálková)	185
16.1	Demence	185
16.1.1	Základní klinické příznaky	186
16.1.2	Terapie	188
16.1.3	Ošetrovatelský přístup k pacientům se syndromem demence	191
16.2	Delirium nasedající na demenci	193
16.2.1	Etiologie	193
16.2.2	Klinický obraz	194
16.2.3	Diagnostika	195
16.2.4	Terapie	195
16.2.5	Ošetrovatelská péče o pacienty s deliriem	195
16.2.6	Ošetrovatelská péče při rozvinutém deliriu	198
17	Duševní poruchy vyvolané psychoaktivními látkami (Magdalena Randáková Modes)	201
17.1	Duševní syndromy spojené s užíváním psychoaktivních látek	201
17.2	Práce sester v adiktologických službách	202

17.2.1	Práce s motivací	202
17.2.2	Minimální intervence.	203
17.3	Práce sestry v některých specifických typech adiktologických služeb	204
17.3.1	Detoxifikace	204
17.3.2	Střednědobá odvykávací léčba	205
17.3.3	Terapeutická komunita	206
17.3.4	Ambulantní léčba	207
17.3.5	Substituční léčba.	207
18	Psychotické poruchy (Tomáš Petr).	210
18.1	Příčiny onemocnění	210
18.2	Průběh onemocnění	211
18.3	Příznaky onemocnění	213
18.4	Léčba	214
18.5	Ošetrovatelský přístup, ošetrovatelská péče	214
18.6	Psychoedukace	218
19	Afektivní poruchy (Jana Akrmannová, Eva Marková).	220
19.1	Charakteristika a příčiny afektivních poruch	220
19.2	Depresivní epizoda	220
19.2.1	Projevy a léčba.	220
19.2.2	Ošetrovatelská péče u pacientů trpících depresí.	221
19.2.3	Ošetrovatelské problémy a intervence	222
19.3	Manická epizoda	223
19.3.1	Projevy a léčba.	223
19.3.2	Ošetrovatelská péče u pacientů trpících mánií	223
19.3.3	Ošetrovatelské problémy a intervence	224
19.4	Bipolární afektivní porucha	226
19.4.1	Projevy a léčba.	226
19.4.2	Ošetrovatelská péče u pacientů s bipolární afektivní poruchou	226
20	Neurotické poruchy (Hana Kudrnovská, Jana Votavová)	227
20.1	Úzkostné poruchy	227
20.2	Fobické úzkostné poruchy	227
20.2.1	Agorafobie	227
20.2.2	Sociální fobie.	228
20.2.3	Specifické fobie	229
20.3	Jiné úzkostné poruchy	229
20.3.1	Panické poruchy.	229
20.3.2	Generalizovaná úzkostná porucha	230
20.3.3	Smíšená úzkostně depresivní porucha	231
20.4	Obsedantně-kompulzivní porucha (OCD)	232
20.5	Reakce na stres	233
20.5.1	Akutní reakce na stres	233
20.5.2	Posttraumatická stresová porucha (PTSD).	234
20.5.3	Poruchy přizpůsobení	235
20.6	Disociativní poruchy	235
20.7	Somatoformní poruchy	237

20.7.1	Somatizační porucha	237
20.7.2	Hypochondrická porucha	237
21	Poruchy osobnosti (Ivana Šlaisová, Eva Marková)	240
21.1	Specifické poruchy osobnosti a ošetrovatelský přístup	240
21.1.1	Paranoidní porucha osobnosti.	240
21.1.2	Schizoidní porucha osobnosti	240
21.1.3	Disociální porucha	241
21.1.4	Emočně nestabilní porucha osobnosti	241
21.1.5	Histrionská porucha osobnosti	242
21.1.6	Anankastická porucha osobnosti	243
21.1.7	Anxiózní porucha osobnosti.	243
21.1.8	Závislá porucha osobnosti	244
21.1.9	Jiné specifické poruchy osobnosti	244
21.2	Terapeutické a ošetrovatelské postupy – shrnutí	244
22	Poruchy příjmu potravy (Zuzana Fišarová, Jitka Novotná)	247
22.1	Mentální anorexie	247
22.2	Mentální bulimie	248
22.3	Léčba a péče o pacienty s poruchami příjmu potravy	248
23	Mentální retardace a poruchy intelektu (Hana Tošnarová, Eva Marková)	252
23.1	Stupně mentální retardace	252
23.2	Péče o osoby s mentální retardací	253
23.2.1	Ošetrovatelská péče	253
23.2.2	Sociální péče	255
23.2.3	Výchovná a pedagogická péče	255
24	Dětská a dorostová psychiatrie (Martina Kratochvílová, Iva Hodková)	257
24.1	Současný stav	257
24.2	Zdravotní služby v pedopsychiatrii v ČR	258
24.3	Projevy duševních poruch u dětí	258
24.4	Duševní poruchy v dětském a adolescentním věku	259
24.4.1	Poruchy psychického vývoje	259
24.4.2	Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci	261
24.4.3	Schizofrenie v dětství a adolescenci.	265
24.4.4	Afektivní poruchy u dospívajících.	266
24.4.5	Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy	267
24.4.6	Poruchy spánku	267
24.4.7	Mentální retardace	268
24.5	Specifika ošetrovatelské péče u dětí a adolescentů s duševní poruchou	268
24.5.1	Ošetrovatelská péče u dětského pacienta s autizmem.	269
24.5.2	Ošetrovatelská péče u dětského pacienta s neurotickými projevy	269
24.5.3	Ošetrovatelská péče u dětského pacienta s hyperkinetickou poruchou	270

24.5.4	Ošetrovatelská péče u dětského pacienta s neklidem a agresí . . .	270
24.5.5	Ošetrovatelská péče u dětského pacienta se schizofrenií	271
24.5.6	Ošetrovatelská péče u dětského pacienta s bipolární afektivní poruchou.	271
24.5.7	Ošetrovatelská péče u dětského pacienta s mentální retardací. . .	272
24.6	Farmakoterapie u dětí a adolescentů s duševní poruchou	273
24.7	Specifika práce sestry v dětské a dorostové psychiatrii	273
24.7.1	Schopnosti a osobnostní předpoklady sestry v dětské a dorostové psychiatrii	274
24.7.2	Základní pracovní nástroje sestry při poskytování péče se zaměřením na dětskou a dorostovou psychiatrii	274
Přílohy		277
	Příloha 1 – Deklarace z Turku	277
	Příloha 2 – Deklarace práv duševně postižených lidí	286
O autorech		287
Rejstřík		292

Předmluva prezidentky České asociace sester

České ošetrovatelství se mění. Tradiční pojetí role sestry, uspořádání vztahů mezi sestrami a ostatními zdravotníky, znalostní a dovednostní nároky, to vše se pomalu či rychleji proměňuje.

Sestry se ve své profesní roli emancipují, což s sebou přináší větší samostatnost, ale také zodpovědnost, požadavek rozvíjet a zvyšovat své odborné kompetence. Emancipují se také pacienti. I oni se chtějí samostatně rozhodovat, aktivněji se podílet na léčbě. Nechtějí být pasivními účastníky a nechtějí, aby s nimi bylo tak jednáno. To od sester vyžaduje nejen často zmiňované výborné komunikační dovednosti, ale především změnu postoje k pacientům a jejich roli v léčebném procesu.

Spolurozhodování pacienta v léčbě a o léčbě představuje jedno z citlivých témat péče o duševně nemocné. Sestry jsou nejpočetnější profesní skupinou v tomto oboru, stráví s pacienty mnoho hodin a mohou významně přispívat k udržení či obnovení pacientovy samostatnosti. Připravovaná reforma psychiatrické péče pak do značné míry staví právě na práci sester, která by se měla výrazně posunout směrem z psychiatrických nemocnic do místních komunit. Těžiště této práce pak bude v aktivním zapojení pacienta a jeho blízkých do léčby, v podpoře motivace, spolurozhodování a zodpovědnosti za vlastní zdraví.

Kniha, která je dnes čtenářům předkládána, svým obsahem přispívá k naplnění tohoto cíle. Obrací se k sestram jako k aktivním a svěbytným aktérům terapeutického procesu, vybízí k utváření rovnocenného vztahu mezi sestrami a jejich pacienty a otevírá některé oblasti, které jsou v práci sester nové. Věřím, že bude cennou pomůckou všem, kdo pečují o duševně nemocné a mají zájem tuto péči rozvíjet a zlepšovat.

Mgr. Dana Jurásková, Ph.D., MBA
prezidentka ČAS

Předmluva

„Ošetřování nemocných jest úkolem těžkým, dvakrát, třikrát těžším, jedná-li se o ošetřování choromyslných.“ Dr. Jan Hraše, 1907

Slova doktora Hrašeho, uvedená v knize Ošetřování choromyslných z roku 1907, jsou velmi výstižná a platná dodnes. Přestože od té doby učinila medicína a samozřejmě také psychiatrie výrazný pokrok, nic se nezměnilo na tom, že psychiatrické sestry hrají nezastupitelnou roli v péči o duševně nemocné. Jejich blízkost k pacientovi, schopnost navázat terapeutický vztah, schopnost empatie, podpora pacienta v běžných činnostech v nemocnici či v jeho přirozeném prostředí, ochota vyslechnout jeho problémy a mnoho dalších činností jsou jen některé z aktivit, kterými psychiatrické sestry přispívají k zotavení pacienta z duševního onemocnění. Jedinečnost práce sestry a její specifické postavení v péči o duševně nemocné se pokusila popsat expertní skupina Evropské asociace psychiatrických sester Horatio a zveřejnila je v tzv. Deklaraci z Turku, kterou naleznete v příloze této knihy.

V posledních 20 letech lze pozorovat významný nárůst počtu lidí vyhledávajících psychiatrické služby. Postupně také dochází v řadě zemí ke změnám v organizaci psychiatrických služeb tak, aby byly vstřícné k potřebám pacientů, flexibilní, vyvážené a pestré. Také v České republice volají uživatelé péče, jejich blízcí a často i profesionálové po nutnosti rozvoje širšího spektra psychiatrických služeb, které vhodným způsobem doplní stávající, převážně institucionální systém péče v ČR. Jakékoliv změny systému služeb, ačkoliv k nim dochází velmi pozvolna, představují také nové výzvy pro uplatnění psychiatrických sester. Ty v ČR v současné době působí převážně v lůžkových zařízeních. Po vzoru západních evropských zemí lze však do budoucna očekávat otevření nových možností pro činnost psychiatrických sester v komunitních službách např. v denních stacionářích, centrech krizové intervence, nebo v mobilních týmech poskytujících zdravotní služby v domácím prostředí pacienta. To bude přirozeně znamenat také nové požadavky na odbornou přípravu sester a lze očekávat diskuzi o jejich kompetencích.

V současné době pracuje v oblasti psychiatrie v ČR více než 4000 sester, z toho je 30 % specializováno na psychiatrii. V říjnu 2013 schválilo Ministerstvo zdravotnictví ČR dokument Strategie reformy psychiatrické péče, který nastiňuje střednědobý plán reformy psychiatrické péče v ČR. V tomto dokumentu je, mimo jiné, opakovaně zmíněna potřeba navýšení počtu psychiatrických sester v systému péče o duševně nemocné, posílení a úprava jejich vzdělávání a následně i jejich kompetencí. Jelikož si plně uvědomujeme význam práce psychiatrických sester a chceme podpořit rozvoj této profese a upevnit její postavení v systému psychiatrické péče, iniciovali jsme vznik knihy věnované ošetrovatelství v psychiatrii. Naším zájmem bylo, aby vznikla publikace, která bude obsahovat nejnovější poznatky, respektovat podmínky české psychiatrie a která bude vycházet z praxe. Oslovili jsme proto rozmanitou škálu odborníků z celé ČR a požádali je o zpracování jednotlivých kapitol. Na tvorbě knihy se podílely zejména zkušené psychiatrické sestry, přispěli však také uživatelé služeb, zástupci rodičovských organizací i lékaři. Nejedná se o vyčerpávající učebnici psychiatrického ošetrovatelství. Kniha však obsahuje všechna významná témata z ošetrovatelství v psychiatrii a více než medicínský pohled se snaží zdůrazňovat informace

významné pro práci sester. Chtěl bych poděkovat všem autorům jednotlivých kapitol za spolupráci při tvorbě této knihy. Věřím, že se kniha stane cennou pomůckou pro sestry pomáhající lidem s duševním onemocněním.

Mgr. Tomáš Petr, Ph.D., editor
předseda psychiatrické sekce ČAS

Výňatek z recenze

Předkládaná kniha pojednává o tématu, jehož důležitost je v současné době podtržena připravovanými změnami v organizaci péče o duševně nemocné. Moderní psychiatrie vyžaduje po psychiatrických sestrách mnohem větší samostatnost v rozhodování, kompetence dlouhodobého a samostatného ošetrovatelského vedení pacientů, často v nestandardních podmínkách. K těmto výzvám blízké budoucnosti je, mimo jiné, jednoznačně nutné být kvalitně teoreticky vybavený a znát kontext problematiky.

Editorům se podařilo sestavit autorský tým z lidí, kteří jsou v každodenním kontaktu s praxí. To se ukazuje i v množství příkladů, které ilustrují teoretické informace a zvyšují čtivost knihy. Významným faktem je zapojení reprezentantů uživatelů a rodinných příslušníků do autorského kolektivu.

Kniha bude jednoznačným přínosem pro velkou skupinu pracovníků ve zdravotnictví a věřím, že jim bude dobrou pomůckou v období transformace systému péče o duševně nemocné.

MUDr. Martin Hollý
předseda Psychiatrické společnosti ČSL JEP

I

Obecná část

1 Duševní zdraví

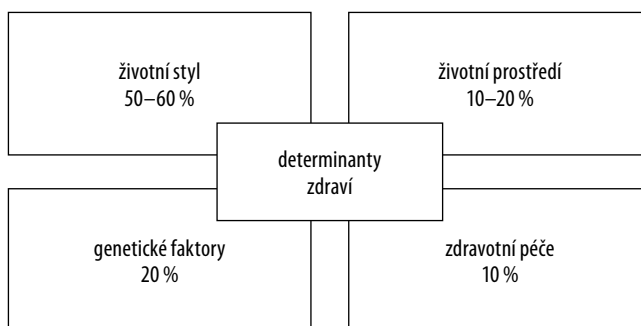
Eva Marková

1.1 Definice zdraví

Zdraví se týká bezprostředně každého z nás, je cennou hodnotou jak individuální, tak sociální, která výrazně ovlivňuje kvalitu života. Zdraví je jedním ze základních práv každého člověka, jak zdůraznila Světová deklarace zdraví v roce 1978, podmínkou dobré fyzické a psychické pohody a dobré kvality života. Zdravý člověk je schopen seberealizace, postarat se sám o sebe, přizpůsobit se prostředí, vykonávat svoji práci a plnit sociální role. Zdraví je též základem stabilního ekonomického růstu.

Pojem „zdraví“ je základní kategorií medicíny i ošetrovatelství. Jeho aspekty biologické, psychologické a sociální vyjadřují sepětí člověka s prostředím, což znamená, že je to též proces dynamický. Definice WHO z roku 1948 formulovala zdraví jako **stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost choroby či poruchy nebo tělesné vady**. Tato definice má tři základní charakteristiky pozitivní koncepte zdraví: zájem o jednotlivce jako o celistvou osobu, nejen o jednotlivé části, klade zdraví do vzájemného vztahu s prostředím a rovnítko mezi zdravím a produktivní, tvořivý život. Jde tedy o celostní (holistické) pojetí zdraví. Vedle faktorů biologických zahrnuje i faktory psychologické a sociální. Pojem zdraví je třeba chápat holisticko-dynamicky, nikoliv jako neměnný fenomén. Jde spíše o proces neustálého hledání vlastní cesty v průběhu života jedince, podpory osobního zdraví a adaptace na podmínky prostředí. Definice zdraví odpovídá principům ošetrovatelské péče Florence Nightingalové, která mobilizovala uzdravující potenciál pacientů odstraňováním nepříznivých faktorů prostředí. *„Nejdůležitější věci, jež nám zabezpečují zdravé příbytky, jsou: 1. Čistý vzduch, 2. Čistá voda, 3. Dobré stoky, 4. Čistota, 5. Světlo. Bez těchto věcí nemůže žádný příbytek býti zdravý, a bude tím nezdravější, čím více jedna neb druhá podmínka jest zanedbána“* (Nightingale, 1874, s. 33).

Časem však byla definice z roku 1948 kritizována pro jistou neurčitost. V roce 1977 se objevila realističtější definice zdraví v souvislosti s celosvětovou kampaní „Zdraví pro všechny“, která zní: *„Zdraví je schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život.“*



Obr. 1.1 Faktory ovlivňující zdraví

Epidemiologické studie dokládají, že člověk má péči o své zdraví ve vlastních rukou. Uvádějí, že zdraví ovlivňuje především životní styl (50–60 %), tedy kouření, složení stravy a její energetická hodnota, pohybová aktivita, psychická zátěž spojená se stresem, alkohol, drogy či rizikové sexuální chování, dále životní prostředí (10–20 %), genetické faktory (20 %), avšak zdravotní péče podstatně méně (0–10 %) (obr. 1.1).

Zdraví je tedy hodnota individuální, ale i sociální. Výstižně to vyjádřil Dr. Halfdan Mahler, bývalý generální ředitel WHO: „*Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví nestojí za nic.*“ Zdraví determinují genetické faktory, sociální podmínky, životní prostředí, ovzduší, doprava, hluk, voda a sanitace, chemické látky, radiace, ekonomické podmínky, bydlení, životní styl, bezpečnost potravin, již zmiňované kouření či expozice tabákovému kouři, obezita, nedostatek pohybu, ale i systém zdravotní péče, byť v menší míře. Hlavními společnými problémy evropského regionu jsou alergie, akutní a chronická respirační onemocnění, redukce plicních funkcí, alimenterární onemocnění, nádorová onemocnění, úmrtnost na dopravní nehody, úrazy atd. Z tohoto důvodu se sledují indikátory zdraví a prostředí, které poskytují informaci o zdravotním stavu populace, úmrtnosti, faktorech životního stylu a demografických údajích ve vztahu k faktorům životního prostředí v daném časovém období. V Evropě se buduje informační systém (*Environmental Health Information System, ENHIS*) zdraví a životního prostředí založený právě na sledování indikátorů zdraví a životního prostředí, koordinovaný WHO. Evropský region má mnohaletou zkušenost s monitorováním, plánováním a vyhodnocováním společných strategií zaměřených na prosazování zdravého životního stylu, životního prostředí a kvalitní zdravotní péče s efektivním vynaložením nákladů.

Zdraví je kategorií široce humánní, nejen výlučně medicínskou. K dosažení zdraví je důležitá prevence, diagnostika, terapie, rehabilitace, což je v rukou zdravotnických pracovníků, ale zdravotní služby samy o sobě zdraví nezajistí. Důležitý je osobní příspěvek jednotlivců k ochraně, udržení a rozvoji zdraví v rodinách, školách a na pracovištích, všude tam, kde žijí lidé. V nemocnicích se jen napravuje, co se pokazilo, zde se léčí, ale ne vždy uzdravuje.

Duševní zdraví znamená dobrou kondici celé osobnosti, není to jen nepřítomnost duševní poruchy. Duševně zdravý člověk je schopen přijímat a zpracovávat informace, řešit problémy, logicky myslet a umí plánovat a své plány uskutečňovat. Je schopný podílet se na změnách, vytvářet nové věci, aktivně se zúčastňovat dění kolem sebe a adaptovat se na nové situace. Umí dobře komunikovat, je citově vyrovnaný, zvládá vlastní emoce, ale zároveň se dovede uvolnit. Duševní zdraví tedy představuje schopnost přizpůsobovat se situacím a adekvátně na ně reagovat. Duševní poruchy přinášejí problémy jak jednotlivcům, neboť patří k nejčastějším příčinám pracovní neschopnosti, předčasného odchodu do důchodu a invalidity, tak jednotlivým státům, jelikož vyžadují značné sociální a ekonomické náklady zejména v oblasti vzdělávání, péče a soudnictví.

Odhaduje se, že skutečný podíl duševních poruch na globální zátěži nemocí je ještě vyšší, mimo jiné v důsledku složitých interakcí a komorbidit tělesných a duševních nemocí (tab. 1.1).

Tab. 1.1 Úmrtí (v tisících) ve statistikách WHO

		Rok 2011/svět	Rok 2000/svět
Populace (v tisících)		6 938 255	6 089 957
Duševní a behaviorální poruchy		248	198
1	Unipolární depresivní poruchy	4	3
2	Bipolární poruchy	1	0
3	Schizofrenie	20	24
4	Poruchy z užívání alkoholu	106	94
5	Poruchy z užívání drog	92	54
6	Anxiózní poruchy	0	0
7	Poruchy příjmu potravy	4	4
8	Pervazivní vývojové poruchy	0	0
9	Dětské behaviorální poruchy	0	0
10	Idiopatické intelektuální poruchy	2	1
11	Ostatní duševní a behaviorální poruchy	19	17

Zdroj: WHO – Global Health Estimates Summary Tables (2013)

1.2 Světová zdravotnická organizace a péče o duševní zdraví

WHO věnuje trvalou pozornost oblasti duševního zdraví na základě výzkumů a získaných statistických dat a vydává doporučení k jeho ochraně a posílení. Jedno z prvních doporučení se objevilo ve zprávě World Health Report 2001 a bylo zaměřené do následujících oblastí:

- Poskytovat léčbu v primární péči.
- Zkontrolovat, zda jsou k dispozici psychofarmaka.
- Poskytovat péči v komunitě.
- Vzdělávat veřejnost.
- Zapojit komunity, rodiny a spotřebitele péče.
- Zavést problematiku duševního zdraví do vnitrostátní politiky, programů a právních předpisů.
- Rozvíjet lidské zdroje v péči o duševní zdraví.
- Propojit různá odvětví (sektory).
- Monitorovat komunitní péči o duševní zdraví.
- Podporovat ve větší míře výzkum.

Světová zdravotnická organizace vytvořila diagnostický nástroj (*Assessment Instrument for Mental Health Systems, WHO-AIMS*), určený pro sběr základních informací o systému péče o duševní zdraví v zemích nebo regionech. Pro účely tohoto nástroje je duševní zdraví definováno jako systém všech činností, jejichž primárním cílem je podporovat, obnovit nebo udržet duševní zdraví. Cílem sběru dat je zlepšení systémů péče o duševní zdraví a sledování změn. Data pro WHO sbírají týmy, které jsou ve většině zemí schváleny ministerstvy zdravotnictví.

Evropský region WHO si stanovil 21 cílů (Zdraví 21) pro realizaci záměru Zdraví pro všechny, ve kterých je cílem 6 právě zlepšení duševního zdraví. Do roku 2020 by se měla zlepšit psychosociální pohoda lidí a pro osoby s duševními problémy by měly být plně dostupné komplexní služby. Konkrétně tedy:

- Výskyt a nežádoucí zdravotní důsledky duševních poruch by se měly podstatně omezit a měla by být posílena schopnost lidí vyrovnávat se se stresujícími životními okamžiky.
- Počet sebevražd by měl být snížen alespoň o jednu třetinu, přičemž k nejvýraznějšímu snížení by mělo dojít v těch zemích a u těch skupin obyvatelstva, kde se nyní sebevraždy vyskytují nejčastěji.

Je však těžké přesněji určit rozsah zátěže, kterou přinášejí lidem duševní poruchy, neboť existují kulturní rozdíly v definování duševního zdraví. Duševní poruchy představují téměř 20 % zátěže všech nemocí v evropském regionu WHO a problémy duševního zdraví postihují v určitém okamžiku v životě každého čtvrtého člověka. Podle údajů Světové banky a WHO jsou třemi hlavními duševními poruchami deprese, kterými trpí více než 350 milionů lidí (údaj WHO z roku 2012), dále bipolární poruchy a schizofrenie. Další vážné duševní poruchy jsou Alzheimerova choroba, demence a degenerativní porucha CNS, užívání alkoholu, závislost na drogách, stavy úzkosti a nespavost. Devět z deseti zemí s nejvyšší mírou sebevražd na světě se nachází v evropském regionu.

WHO sleduje v evropském regionu čtyři **priority v oblasti duševního zdraví**:

- Poskytování vysoce kvalitních informací, které často chybí.
- Posílení poskytovaných služeb tak, aby reagovaly na přímé potřeby a zkušenosti uživatelů.
- Rozvoj služeb, zejména na úrovni komunit v zemích, kde se služby tradičně poskytují ve velkých psychiatrických léčebnách, zlepšení služeb v ústavech sociální péče v Evropě, se zaměřením na podmínky dětí s mentálním postižením, které často žijí v nepříjemných podmínkách.
- Rozvoj podpory rodiny a komunitních služeb.

Pozornost se nyní věnuje tomu, co funguje v oblasti podpory duševního zdraví, prevence, péče a léčby duševních poruch, aby tyto zkušenosti a znalosti mohly být šířeny dál. Služby a praxe ne vždy tyto znalosti odrážejí. Mnohé země mají omezené komunitní služby v péči o duševní zdraví a minimální odbornou pomoc pro mladé či starší osoby. Světová zdravotnická organizace dokonce uvádí, že jsou ve velkých psychiatrických léčebnách zanedbávána a zneužívána lidská práva hospitalizovaných osob, což se projevuje vysokou úmrtností. Stále jsou velmi rozšířena stigmata a předsudky, ovlivňují nejen duševní zdraví, ale i to, zda lidé vyhledají a budou akceptovat nabízenou pomoc.

V roce 2004 schválil Výbor ministrů Doporučení o ochraně lidských práv a důstojnosti osob s mentálním postižením. O rok později Komise Evropských společenství zveřejnila Zelenou knihu „Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva. Na cestě ke strategii pro duševní zdraví v EU“, která stanovila strategie v péči o duševní zdraví. Po zveřejnění této knihy následovala v roce 2008 konference EU o duševním zdraví v Bruselu, kde byl přijat dokument Evropská dohoda o duševním zdraví a životní harmonii, a účastníci

se země a další zainteresované subjekty byly vyzvány, aby tuto dohodu podpořily. Na konferenci bylo stanoveno pět priorit pro zlepšení péče o duševní zdraví:

- Prevence depresí a sebevražd
- Duševní zdraví mládeže a ve výchovném procesu
- Duševní zdraví na pracovišti
- Duševní zdraví starších osob
- Boj se stigmatizací a sociálním vyloučením ze společnosti

Realizace těchto záměrů do roku 2020 se děje prostřednictvím skupiny vládních odborníků na duševní zdraví a pohodu.

1.3 Výskyt duševních poruch v ČR

Ucelené informace o českém zdravotnictví lze získat ze zdravotnických ročenek, které od roku 1960 vydává Ústav zdravotnických informací (ÚZIS) a jejichž obsah vychází z údajů Národního zdravotnického informačního systému a demografických údajů Českého statistického úřadu (ČSÚ). Pro ilustraci uvádíme vybrané údaje z let 2000 a 2012. Nejčastější diagnózy, pro které byli ošetřeni pacienti v psychiatrických ordinacích v letech 2000 a 2012, ukazuje tabulka 1.2.

Tab. 1.2 *Struktura prvních vyšetření v psychiatrických ambulancích*

	Rok 2012	Rok 2000
Počet obyvatel v ČR	10 505 445	10 266 546
Duševní poruchy		
Organické duševní poruchy	65 238	34 229
Poruchy vyvolané alkoholem	26 280	22 913
Poruchy vyvolané ostatními psychoaktivními látkami	17 974	9 720
Schizofrenie	46 893	35 586
Afektivní poruchy	107 273	62 532
Neurotické poruchy	224 435	133 079
Poruchy osobnosti	27 416	23 007
Sexuální poruchy	4 865	2 066
Mentální poruchy	20 566	15 178
Vývojové poruchy v dětství	29 118	22 172
Neurčená duševní porucha	1 646	4 253
Poruchy příjmu potravy	3 389	—

Psychiatrickou péči častěji vyhledávají ženy (60 %) než muži. Nejčastějšími důvody pro vyhledání psychiatra u žen jsou afektivní, neurotické a organické duševní poruchy. Muži jsou častěji léčeni pro sexuální poruchy či deviace, poruchy vyvolané

alkoholem a ostatními psychoaktivními látkami. Nejčastějšími diagnózami, pro které byli pacienti ošetřeni v psychiatrických ambulancích, jsou neurotické (39 %) a afektivní poruchy (18 %).

1.4 Mentální hygiena

Duševní (mentální) hygiena je pojem, který poprvé použil profesor Sweetstera z Vermontu ve své knize vydané roku 1843. Pojem duševní hygiena zahrnuje schopnost či umění zachovat si duševní zdraví a metody, které k tomu přispívají. Na počátku 20. století založil Clifford Beers hnutí za duševní hygienu. Napsal knihu „Duše, která se našla“ čerpající z jeho osobních zkušeností. Tato kniha se stala základem pro další práce o potřebách lidí s duševní poruchou a prevenci psychiatrických poruch.

Mentální hygiena je obor, který zkoumá biologické a sociální podmínky působící na psychiku, zabývá se vývojem a upevňováním duševního zdraví a jeho prevencí.

1.5 Prevence

- **Primární prevence** – klade si za cíl odstranit negativně působící sociální vlivy a vyhledávat ohrožené jedince. Na psychickou stabilitu jedince působí vnitřní i vnější vlivy. Mezi vnitřní faktory zahrnujeme vlastnosti osobnosti, které lze do jisté míry pěstovat a rozvíjet. Každý z nás má individuální způsob vnímání a reakce na stresové situace, což může být ovlivněné naším žebříčkem hodnot. Mezi neovlivnitelné skutečnosti patří primární fyzické a duševní postižení. Tito jedinci jsou více vystaveni stresovým faktorům, které se musí naučit vhodným způsobem zvládnout. Není pravidlem, že lze ovlivnit všechny vnější vlivy prostředí. Do této skupiny patří životní styl jedince, pracovní a sociální prostředí, ve kterém se pohybuje, a další stresové faktory s tím spojené. V zájmu zachování duševního zdraví je nutné se zaměřit na přijetí situace a pěstování přiměřeného sebevědomí.
- **Sekundární prevence** – má za úkol vyhledávat již nemocné a zajistit jejich včasnou léčbu. Psychická disharmonie se může manifestovat mnoha způsoby, psychickými i somatickými. S primárním záchytem se můžeme setkat i v dalších lékařských oborech (pediatrie, neurologie, primární péče apod.). Somatické obtíže mohou být reakcí na stres (psychosomatické onemocnění). Náročné životní situace, jako jsou nástup do školy, narození dítěte, ztráta životního partnera atd., mohou vyčerpat organismus tak, že dochází k somatickému onemocnění. Někteří pacienti se snaží vědomě či nevědomě skrýt psychické potíže za somatický obraz nemoci s tím, že se jedná o psychiatrickou poruchu. Včasné odhalení a rychlé zahájení léčby snižuje možné poškození jedince a jeho okolí, může dojít ke zmírnění nebo úplnému vyléčení psychosomatického onemocnění.
- **Terciární prevence** – snaží se snížit následky duševních poruch na co nejnížší míru. Mnoho duševních poruch s sebou nese dlouhodobou léčbu psychofarmaky, která mohou negativně ovlivňovat jiné funkce organismu. Může docházet k recidivám, progresím a některé mají i charakter doživotního onemocnění. Lidé s duševní poruchou se často setkávají s problematickým přístupem okolí ke své chorobě.

Literatura

- Depression is a common illness and people suffering from depression need support and treatment. In: *WHO* [online]. Geneva, 2012 [cit. 2013-05-03]. Dostupné z: http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/en/index.html
- *Psychiatrická péče 2000*. Zdravotnická statistika. Praha: ÚZIS ČR, 2002.
- WHO. *Global Health Estimates Summary Tables: Deaths by Cause, Age and Sex, by WHO Region*. WHO, Geneva, 2013 [cit. 2013-07-03]. Dostupné z: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/
- *Zdraví 21 – zdraví do 21. století: Osnova programu zdraví pro všechny v evropském regionu Světové zdravotnické organizace*. 2001, č. 6. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2001. 147 s. ISBN 80-85047-49-5.
- *Zdravotnická ročenka České republiky 2011*. Praha: ÚZIS ČR, 2012.
- *Zelená kniha Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva. Na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii*. Brusel: Komise Evropských společenství, 2005.
- ZVOLSKÝ, P., JANOTOVÁ, D. a kol. *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1994. ISBN 80-7184-494-2.

2 Historie péče o duševně nemocné

Tomáš Petr

Přístup k duševně nemocným prošel dlouhým vývojem. Na historii péče o duševně nemocné lze nahlížet jednak z pohledu medicínského, kdy se na základě jednotlivých vědeckých objevů postupně zformovala psychiatrie jako samostatný medicínský obor, a jednak z pohledu společenského, kdy se postupně utvářel postoj společnosti k duševně nemocným jedincům. Následující kapitola není podrobným historickým přehledem. Jde spíše o vyzdvížení některých událostí, které měly pro formování psychiatrie a postavení duševně nemocných zásadní význam.

2.1 Počátky péče o duševně nemocné

2.1.1 Duševní choroby ve starověku

První zmínky o péči o duševně nemocné lze nalézt již ve starém Egyptě (15. století př. n. l.) a v Babylonii. Pro toto období bylo charakteristické, že si lidé nedovedli vysvětlit základní přírodní jevy. Vzniklo magické myšlení, pro něž byl typický strach před hněvem a zlobou nadpřirozených mocností, které byly považovány za příčinu všech onemocnění, včetně duševních chorob. Od tohoto přesvědčení se odvíjela také primitivní péče, která spočívala v nošení amuletů či v rituálních magických obřadech, jejichž úkolem bylo vyhnání zlých démonů z těla nemocného (Vencovský, 1983). Duševní choroby byly etiologicky vysvětlovány posedlostí zlými duchy a všeobecně se věřilo, že vyléčení lze dosáhnout zařikáváním těchto duchů a modlitbami na posvátných místech. Jiným způsobem léčby, jakousi předvědeckou fází psychofarmakologie, bylo využívání různých bylin a přírodních produktů, např. čemeřice, konopí, rauwolfia, plodů kaktusů a mnoha dalších. Používání těchto rostlin navozovalo změněné stavy psychiky, které byly často hodnoceny jako terapeuticky prospěšné (Černoušek, 1988).

V antickém Řecku byly zpočátku nemoci a jejich léčení výsadní záležitostí kněží. Ti se snažili usmířit nebo vyhnat zlé demony z těla nemocného. Odlišný pohled na problematiku duševních nemocí přinášeli filozofové a vědci. Pythagoras (6. století př. n. l.) byl prvním filozofem, který prohlásil, že mozek je sídlem rozumu a že duševní nemoci jsou onemocněním mozku (Vencovský, 1983). Nejvýznamnějším řeckým lékařem byl bezpochyby Hippokrates (5. století př. n. l.), který se jako první odpoutal od mystického pojetí duševní choroby a snažil se duševní nemoci vysvětlovat svou humorální teorií. Hippokrates kladl důraz na klinické pozorování a snažil se vznik duševních chorob vysvětlit materialisticky, přirozeně a ne ho připisovat působení démonů. Nepřímo tak položil základy rozvoji vědeckého pohledu na duševní onemocnění. Jeho názory nebyly dlouho překonány a prakticky přežívaly téměř do konce středověku (Vencovský, Dobiáš, 1976). Snahy o vysvětlení duševních nemocí jinak než nadpřirozenými silami přinášely zavádění rozmanitých léčebných postupů. Vedle již uváděných výtažků z rostlin se objevují první zmínky o šokových metodách léčby. Šok měl vést k navození emocionální krize, po jejímž zvládnutí se očekávalo zlepšení psychického stavu pacienta. Ve starém Římě je popisováno přikládání rejnoka elektrického na hlavu pacienta

za účelem elektroléčby nervových potíží. V Indii byl k šokové terapii používán cvičný slon, který předstíral útok na nemocného. Prožitek smrtelné úzkosti měl navrátit nemocnému ztracenou duševní rovnováhu (Černoušek, 1988).

O tom, jak tehdejší společnost pohlížela na duševně nemocné, si lze vytvořit obrázek na základě dochovaných písemností. Obecně převažoval názor, že duševně nemocní jsou stíženi zlými duchy a měli by být izolováni, aby neobtěžovali ostatní. Objevovaly se však též názory velmi pokrokové. Vencovský uvádí ten, který je vyjádřený v Tal-mudu. Je v něm zmínka, že duševně nemocní nejsou zodpovědní za své činy, a proto nemohou být soudně stíháni a trestáni (Vencovský, 1983). K tomuto pokrokovému právnímu předpisu dospělo evropské lékařství mnohem později. Neznalost podstaty vzniku duševních nemocí a převládající přesvědčení o působení nadpřirozených sil způsobily, že se lidé duševně nemocných báli a měli tendenci je izolovat a vytlačovat do ústraní, aby s nimi nemuseli přijít do styku. O léčení či nějaké organizované péči o nemocné nelze v této době hovořit, natož pak o právní ochraně nemocných.

2.1.2 Vliv náboženství na přístup k duševně chorým

Křesťanství ve svých počátcích velmi významným způsobem ovlivnilo vývoj lékařství především tím, že potíralo některé pokrokové názory. Docházelo k návratu ke staré, nevědecké představě o původu nemocí a ty začaly být opět vysvětlovány věcmi nadpřirozenými. Duševně chorý byl považován za posedlého dýmou, jehož bylo možné vyléčit pouze božím usmířením. Rozpad římské říše (kolem roku 395 n. l.) pak vedl k zániku tradice antické vědy a vzdělanosti a úpadku vědeckého poznání v medicíně. Zmizel také vědecký pohled na duševní choroby, které začaly být opět vykládány výlučně nábožensky a démonologicky. V době středověku ovládala přístup k duševně nemocným tzv. démonologie, nauka o etiologii duševních chorob z posedlosti dýmou a ďáblu (Vencovský, 1983). Démonologie však nebyla jediným uznávaným vysvětlením duševní nemoci, jak dokládají někteří autoři. Kroll a Bachrach prozkoumali 57 případů duševně nemocných, popsanych v kronikách z doby před křížovými výpravami. Zjistili, že pouze v devíti případech byl za zdroj duševní poruchy určen hřích, v jiných případech byl příčinou alkohol nebo třeba epilepsie. Některé středověké autority tedy uznávaly i „světské“ příčiny duševních poruch, jako např. přemíru jídla, vyčerpání bujarým životem, silnou zamilovanost aj. (Kroll, Bachrach, 1984). Richard Neugebauer studoval v Anglii soudní záznamy ze 13.–17. století, které se týkaly duševně nemocných. Upozornil na to, že démonologie a krutost s ní spojená nebyly vždy dominujícím přístupem. Naopak v řadě soudních sporů lze vypořizovat rozdílnosti v přístupu k občanům s vrozeným duševním postižením a občanům s přechodnou poruchou. Rovněž popisuje snahy o ochranu majetku a zájmů nekompetentních občanů a humannější přístup k nim (Neugebauer, 1978).

Středověk představoval pro vývoj psychiatrie jedno z nejčernějších období. Duševně nemocní nebyli považováni za nemocné, ale za posedlé ďáblu a zlými duchy. Péče o ně tedy nebyla svěřena lékařům, nýbrž kněžím, jejichž intervence spočívaly v náboženských obřadech a exorcizmu. Bludy a halucinace byly pokládány za projevy čarodějnickví, které nelze společností tolerovat, a postižení lidé tak byli odsuzováni k upálení (Porter, 2006). Některí „šílenci“ byli uzavíráni v tzv. klecích bláznů. Ty byly určené pro zvláštní skupinu tzv. zuřivců, o které se nikdo nechtěl starat. V době středověku se začaly objevovat také jedny z prvních předpsychiatrických institucí, tzv. věže bláznů,

kteřé byly součástí městského opevnění (Černoušek, 1980). Za jinou formu předpsychiatrické instituce, která se objevuje v období renesance, lze považovat tzv. loď bláznů. Tato loď byla jakousi svéráznou formou detence, kterou se společnost bránila proti nebezpečí duševních poruch. Duševně nemocní byli vykázáni na loď, ze které nebylo úniku. Tak byla zajištěna garance, že se „šílenec“ do města nevrátí (Foucault, 2006).

2.1.3 První pokrokové názory

Silnější odpor vůči církevním dogmatům, který se dotkl také péče o duševně nemocné, lze zaznamenat v 15. století. Města zřizovala první neklášterní azyly pro nemocné a za péči o duševně choré vybírala od cechů a příbuzných poplatky. První takové zařízení vzniklo roku 1403 při nemocnici v Bethlehemu poblíž Londýna (Porter, 2006). Rozvoj měst a budování azylů pro nemocné přinesly první snahy o sociálně právní ochranu duševně nemocných. Až do této doby byli duševně nemocní vnímáni tak, že jsou společnosti na obtíž, byli vyháněni z měst a kamenováni. V 15. století se však objevují ve většině evropských měst první pravidla pro zacházení s duševně chorými. Příbuzným bylo přikázáno držet nemocné z bezpečnostních důvodů v izolaci, třeba i násilným uzavřením v domě. Když příbuzní nemohli zvládnout projevy a neklid duševně chorého a ten ohrožoval na zdraví a životě buď je, nebo své okolí, mohl být vsazen do městského vězení (Vencovský, 1983). Tento sociálně právní aspekt byl výrazným posunem ve způsobu myšlení v péči o duševně choré. Snahy o změnu přístupu k duševně nemocným zesilovaly. Přibývalo lékařů, kteří z vlastních zkušeností usuzovali na somatogenní podklad duševních chorob a svou pozornost upírali na funkce mozku. Také se objevují první názory zdůrazňující vlídné zacházení a dovedný rozhovor s nemocným. Přestože v této době nelze ještě hovořit o plně vědeckém přístupu k duševním chorobám, začaly se zlepšovat podmínky pro duševně choré, na které stále častěji nebylo pohlíženo jako na posedlé, ale jako na nemocné. Sedmnácté století však přineslo duševně chorým další nebezpečí, které spočívalo v provádění celé řady terapeutických intervencí, mnohdy velmi bizarních, založených na spekulacích a končících často tragicky. Pouštění žilou, hladovky, žíznění, podávání projímadel a dávidel, rotační stroje, vystavování psychicky šokujícím zážitkům (např. vhození do vody) – to jsou jen příklady „terapeutických“ metod, které měly vést ke zklidnění nemocných (Černoušek, 1990). Definitivní ústup démonologie a nevědeckých terapeutických metod lze vyzorovat až koncem 18. století, kdy se začínají vytvářet podmínky pro vznik psychiatrie jako samostatného oboru.

Podmínky, ve kterých žili duševně nemocní, byly stále velmi neutěšené. Přestože se postupně měnil pohled na etiologii duševní choroby, onemocnět jí bylo stále považováno za společenskou hanbu. Duševně choří trávili své životy v nedůstojných podmínkách, ve špině, přikování ke zdem. Ti klidní pak byli vystavováni na hlavních náměstích k veřejnému posměchu. Proti této situaci se bouřili pokrokoví lékaři, ale trvalo ještě mnoho let, než se zaběhnutá praxe začala pomalu měnit (Porter, 2006).

2.1.4 Uzavírání duševně nemocných a první snahy o jeho regulaci

Také v 17. a 18. století byly problémy spojené s duševně nemocnými řešeny zejména jejich uzavíráním a izolací od společnosti. To se dělo za absence jakýchkoliv právních norem a ospravedlňovalo potřebou ochránit společnost. První pokusy o regulaci se

objevují v britské legislativě. V Anglii opravňoval zákon z roku 1714 jednoho nebo dva soudce zadržet a zavřít každou osobu „divoce šílenou a nebezpečnou“ a držet ji pod zámek, dokud se její stav nezlepšil. Tento zákon byl novelizován v roce 1744, kdy také umožňoval držet nebezpečné jedince v řetězech (Porter, 2006). Rozhodování o zadržení duševně nemocných měly na starosti soudy. Duševně choří představovali pro společnost problém pouze v případech, když byli nebezpeční. Převládala názor, že nebezpečného šílence dokáže rozpoznat i soudce, tudíž se nevyžadovala přítomnost lékaře. Nebezpeční duševně choří pak byli uzavíráni na různá místa, např. do cel, žalářů a sklepů. Řada z nich skončila přivázána k nohám od stolu, ke kovovým tyčím, nebo dokonce zastřelením v neobydlených částech města. Nemocní, kteří nikoho neohrožovali, byli ponecháni napospas, polonazí a hladoví bloudili po ulicích, vystaveni posměškům okolí. Pro tyto nemocné začaly postupně vznikat městské azyly. Proslulá pařížská nemocnice Hospital General byla typickým příkladem represivního přístupu k duševně nemocným. V Paříži byli do nemocnice uzavíráni spolu s žebráky, tuláky a jinými pochybnými existencemi, které by mohly narušovat veřejný pořádek. V době rozkvětu bylo v Hospital General umístěno až 1 % tehdejší pařížské populace. Hlavním mottem péče o duševně nemocné bylo jejich odklizení z ulic a uzavření tak, aby nerušili a neohrožovali ostatní. Michel Foucault označuje období od poloviny 17. století do 18. století za období velkého uzavírání duševně chorých, tzv. *great confinement* (velké uvěznění) (Foucault, 2006). Společenská spodina, žebráci, povaleči, podivíni a šílenci měli být v rámci zajištění klidu pro slušné a spořádané občany „odklizeni z ulic“. V tomto období také po celé Evropě vznikala nejrůznější zařízení k tomu určená – nemocnice, azyly, vězení aj. (Donnelly, 1973).

2.1.5 Přínos Phillipa Pinela

Francouzská revoluce a její humanistické ideje ovlivnily také rozvoj psychiatrie. Radikální změna v organizaci péče o duševně choré je spjata především se jménem pařížského lékaře Phillipa Pinela, který působil na přelomu 18. a 19. století. Pinel zavedl do psychiatrických zařízení lidsky důstojný ošetrovatelský režim. Vystoupil proti používání omezovacích opatření a násilí a prosazoval zavedení terapeutického režimu a léčbu prací. Projevil velkou osobní odvahu, protože vystupoval proti tehdejší ustálené praxi. Když osvobozoval duševně nemocné z okovů, neobešlo se to bez odezvy ve společnosti. Jeden z tehdejších zástupců justice mu hrozil: „*Občane, svou hlavou mi za to ručíš, jestli ty bestie něco udělají*“ (Baudiš, 2002, s. 22). Prosadil stejné hygienické podmínky, jaké do té doby platily pro tělesně nemocné, a prokázal, že duševní choroby jsou léčitelné. Své přelomové názory Pinel shrnul v rozsáhlé knize, kde popisuje svou představu, jak by měla fungovat psychiatrická nemocnice. Velký důraz kladl na správné členění pacientů, kdy například ti neklidní a zuřiví měli být umístováni do nejdolejších částí budovy, kde neměli svými projevy nikoho rušit a kde zároveň byly minimalizovány vnější podněty, které by je mohly dráždit (Pinel, 1806). Pinel se stal vzorem pro své následovníky a výrazným způsobem ovlivnil společenské nazírání na duševní choroby. Podobné názory, bez znalosti Pinelova díla, lze zaznamenat i v jiných evropských zemích, např. v Anglii (Tuke, Conolly).

Pro psychiatrii se středověk prodloužil až do 18. století. Do té doby se duševně nemocným příliš humánního zacházení nedostalo. Převládalo věznění, mučení, exorcismus, hladomorny, vystavování v kleci, trestání za čarodějnictví a léčba nejrůznějšími

bizarními postupy. Teprve pod vlivem francouzského osvícenství se situace duševně nemocných začala obracet k lepšímu. Názory o posedlosti ďáblem, božím trestu a jiných nadpřirozených původech nemocí definitivně ustoupily vědeckým pokusům o vysvětlení příčin nemoci. Také přístup k nemocným se přesunul od věznění, izolace a bití k humánnějším praktikám založeným na pozorování a zkušenostech. Předpine-lovské období v péči o duševně nemocné rozděluje a tím také shrnuje Foucault (2006) do několika linií:

- Středověk: exorcismus a démonologie.
- Období renesance: „svoboda“ nalodění (lodě bláznů).
- 17.–18. století: velké uvěznění (tzv. *great confinement*).
- 19. století: osvobození duševně nemocných spolu se vznikem specializovaných nemocnic pro duševně choré.

Duševní nemoci se staly oblastí, která spadá výhradně do rukou lékařů, a další rozvoj péče o duševně nemocné na sebe nenechal dlouho čekat.

2.2 Formování psychiatrie jako samostatného medicínského oboru

2.2.1 Medicínský výklad duševních poruch

V 19. století měla na rozvoj oboru psychiatrie největší vliv zejména německá a francouzská škola. Působila zde celá řada významných osobností a začaly být vydávány mnohasetstránkové odborné publikace o léčbě duševních chorob. V 19. století začaly pravidelně vycházet také první odborné psychiatrické časopisy, např. *The Journal of Mental Science* nebo *Allgemeine Bezeitschrift für Psychiatrie* (Freeman, 1999). Duševní nemoci se definitivně staly předmětem vědeckého bádání. První představitel vědecké psychiatrie v Německu W. Griesinger prosazoval názor, že „*šílenství je projevem nemoci těla, nemoci duše jsou nemocemi mozku*“, a že „*poetizování a moralizování do medicíny nepatří*“ (Vacek, 1996, s. 18). Griesinger patřil do skupiny tzv. „*somatiků*“, kteří vysvětlovali původ duševních chorob onemocněním mozku. Druhá názorová skupina „*psychiků*“ pak spíše filozofovala a spekulovala nad vznikem duševních chorob, a to bez valných výsledků. Snahy vědců směřovaly k odhalení tělesných i jiných příčin duševních nemocí. Z významných osobností této doby lze jmenovat např. profesora Arnolda Picka, Aloise Alzheimer, Johna Conollyho a Emila Kraepelina. Emil Kraepelin vnesl do psychiatrie systém. Existovala totiž celá řada různě popsáných symptomů, syndromů a duševních poruch, mezi nimiž se dalo jen těžko zorientovat. Černoušek zhodnotil význam Kraepelinova díla, když napsal, že spočívá ve vytvoření velkých nozologických skupin a ve smysluplném rozdělení duševních nemocí, které je platné dodnes (Černoušek, 1990).

Na konci 19. století, ale zejména pak ve století 20. přibývá vědeckých podkladů pro léčbu duševních nemocí. Rozvoj neurologie, psychologie, mikrobiologie a jiných medicínských oborů pozitivně ovlivnil též rozvoj psychiatrie. Velmi významný byl zejména objev a izolace *Treponema pallidum* v roce 1905. Tento objev pomohl k potvrzení medicínského modelu duševní choroby. Potvrdilo se totiž podezření, že lues a progresivní paralýza spolu souvisejí a že lze původ duševních chorob vysvětlit přítomností organické či tělesné příčiny (Vacek, 1996). Následovaly i první léčebné úspěchy. Profesor

Wagner-Jauregg si v průběhu své praxe všiml, že se stav některých duševně nemocných zlepšil po prodělání horečnatého onemocnění. Rozhodl se tedy nemocné s progresivní paralýzou naočkovat malárií, vyvolat malarickou horečku a pak je uzdravit chininem. Výsledky byly překvapivě velmi dobré a vznikla tak první biologická léčba nemocí duše, za kterou Wagner-Jauregg získal v roce 1927 Nobelovu cenu. Následoval objev penicilinu a léčba progresivní paralýzy spatřila světlo světa. Tyto objevy a medicínský model duševních nemocí byly příslibem optimistické budoucnosti pro obor psychiatrie (Freeman, 1999). Očekávalo se, že podobným způsobem půjde zvládnout i ostatní duševní nemoci, zejména schizofrenii.

Péče o duševně nemocné v tomto období se odehrávala v psychiatrických zařízeních privátních i veřejných. Rozhodující pro změnu v přístupu k duševně chorým se stala skutečnost, že byli uznáni nemocnými. Nebyli tudíž uvrhováni do žalářů a věznění v okovech, ale umísťováni do nemocnic, kde byl přítomen lékař a kde o ně pečovali opatrovníci a sestry. Tehdejší psychiatrie ještě neměla mnoho co nabídnout a řada lékařů zažívala velmi často pocity zmaru. Když v roce 1878 nastoupil Kraepelin jako sekundář do ústavu v Mnichově, popsal své dojmy podle Vacka takto: „...*zmatené hemžení nesčetných zdementnělých, jindy zase nepřístupných nebo dotěrných nemocných, kteří na sebe upozorňovali svými směšnými, hnus vyvolávajícími podivnástky. Šokovala mě naprostá bezmocnost všeho lékařského počínání. Omezovalo se nanejvýš na pozdravy a na nejnutnější tělesnou péči. Naprostá bezradnost tváří v tvář všem roztodivným projevům šílenství byla pro mne nesnesitelná. Neexistoval pro ně žádný vědecký výklad...*“ (Vacek, 1996, s. 45). I přes přetrvávající neschopnost psychiatrie vyléčit duševní nemoci se životní podmínky nemocných mnohonásobně zlepšily. Prosazoval se humánní přístup k nemocným, kteří tak byli ušetřeni bití svých dozorců a posměšků veřejnosti.

Jak to v psychiatrickém ústavu v tomto období vypadalo, lze ilustrovat na příkladu vyhlášeného londýnského ústavu Bethlehem. *Jednalo se o čtyřpatrovou budovu. Na každém patře byla široká chodba, ze které se vcházelo do jednotlivých pokojů. Pacienti, kteří nebyli nebezpeční, se mohli volně procházet po chodbách. Přízemí bylo určeno pro nebezpečné a nespolupracující pacienty. Umístění na oddělení v přízemí se pacienti obávali a snažili se mu vyhnout. Personál tam byl přísnější a také hrozilo použití omezovacích prostředků. Spolupracující pacienti mohli chodit samostatně na vycházky a také se mohli účastnit pravidelně organizovaných tanečních zábav* (volně podle Gale, 2003).

Koncem 18. a počátkem 19. století se začíná problematika duševně nemocných stále častěji objevovat v národních legislativách a vznikají první systematictější normy, které se snaží vnést do péče o duševně nemocné alespoň základní pravidla, např. v Irsku (1812), Francii (1838), Belgii (1850) (Salize et al., 2002). Do té doby se problémy spojené s duševně nemocnými řešily spíše nahodile. Také se poprvé objevují tzv. dobrovolné hospitalizace a vznikají ústavy pro nemocné, kteří se přicházejí léčit z vlastního rozhodnutí. Hospitalizace se souhlasem nemocného byla něčím novým a do té doby nepředstavitelným (Gale, 2003).

2.2.2 Nástup psychoanalýzy a shell shock

Psychiatrii v počátcích 20. století nejvíce ovlivnil nástup psychoanalýzy a poté zkušenosti z 1. světové války. Freudova psychoanalýza měla význam zejména jako praktický návod pro léčení neuróz, s nimiž si medicína v tomto období stále nevěděla rady. Později se Freudova teorie začala uplatňovat také při léčbě psychóz. Psychoanalýza pro-

nikla i do oborů s medicínou nesouvisejících, jako je pedagogika, sociologie, historie, a silně ovlivnila tehdejší myšlení. Přístup společnosti k duševně nemocným byl však mnohem více ovlivněn zkušenostmi s vojáky v 1. světové válce. Pojem *shell shock* se objevil v roce 1914 a velmi rychle byl medicínou akceptován (Freeman, 1999). Tento pojem zahrnoval rozmanité psychické potíže vojáků, které vznikly na základě jejich působení ve válce. V současné medicínské terminologii se hovoří o posttraumatické stresové poruše. Na rozdíl od tehdejší představy o původu duševních chorob se ukázalo, že i plně zdravý jedinec, třeba středního i vyššího společenského postavení, může být postižen duševní nemocí. Nejde tedy jen o dědičné vloh, které se podílejí na vzniku nemoci. Stejně tak je důležité prostředí, ve kterém člověk žije, a míra stresu, jíž je vystaven. Pod vlivem tohoto poznání musela společnost začít brát psychiatrii mnohem seriózněji a přehodnotit svá dosavadní dogmata. Vědomí, že nejen společenská spodina, žebráci nebo lidé s rodovou genetickou zátěží, ale každý z nás může být ohrožen duševní nemocí, silně ovlivnilo společenský náhled na psychiatrii.

2.2.3 Rozvoj psychiatrie ve 20. století

Počátek 20. století byl ve znamení snah o aktivní biologické ovlivňování duševních chorob. Nejprve se jednalo o umělé vyvolávání horečky, následovalo období léčby tzv. trvalým spánkem, také léčba dietní a hormonální. Praktické výsledky se však ne vždy dostavovaly v míře, kterou by psychiatři očekávali. Výraznější zlom nastal zavedením konvulzivní léčby, která se začala provádět kolem roku 1930. První metodou šokové léčby byla léčba inzulinová, při které se vyvolávaly stavy bezvědomí následkem poklesu hladiny krevního cukru. Vzápětí byla šoková léčba rozšířena o šoky kardiazolové a acetylcholinové, od kterých však bylo kvůli častým komplikacím relativně brzy upuštěno. Poslední metodou šokové léčby, která se používá dodnes, byly šoky elektrické. Ve 40. letech byla zavedena chirurgická léčba duševních nemocí, která měla v určitých případech velmi příznivé výsledky, pro její invazivnost a nešetrnost však nedošlo k většímu rozšíření (Černoušek, 1988). Také objevení antibiotik nemohlo zůstat bez ohlasu v psychiatrii, zejména v léčení progresivní paralýzy. Rozvoj zaznamenala i psychoterapie, která byla uznána jako významná metoda v léčbě duševních chorob a stala se nedílnou součástí komplexní péče o duševně nemocné. Největší zlom ve vývoji psychiatrie přišel s objevením prvních psychofarmak, a to v 50. letech 20. století (Benson, 2009). První úspěchy léčbou chlorpromazinem byly popsány v roce 1952 a objevování dalších psychofarmak (reserpin, imipramin, inhibitory monoaminoxidázy) následovalo v dalších letech. Používání těchto nových léků mělo zásadní dopad na péči o duševně nemocné. Došlo k výraznému snížení používání omezovacích prostředků, vznikalo stále více psychiatrických zařízení s otevřeným režimem a řada duševně nemocných mohla být nyní léčena ambulantně, bez nutnosti hospitalizace (Freeman, 1999). Úspěchy prvních psychofarmak inspirovaly farmakologický průmysl k zaměření pozornosti na vývoj nových preparátů sloužících k ovlivňování rozmanitých duševních symptomů a léčba psychofarmaky se stala ústředním kamenem při léčbě duševních nemocí, doplňována psychoterapií a resocializací. Rozvoj medicíny ve druhé polovině 20. století pak samozřejmě ovlivnil také psychiatrii. Velký vliv měl zejména rozvoj zobrazovacích metod, laboratorní diagnostiky a genetiky.