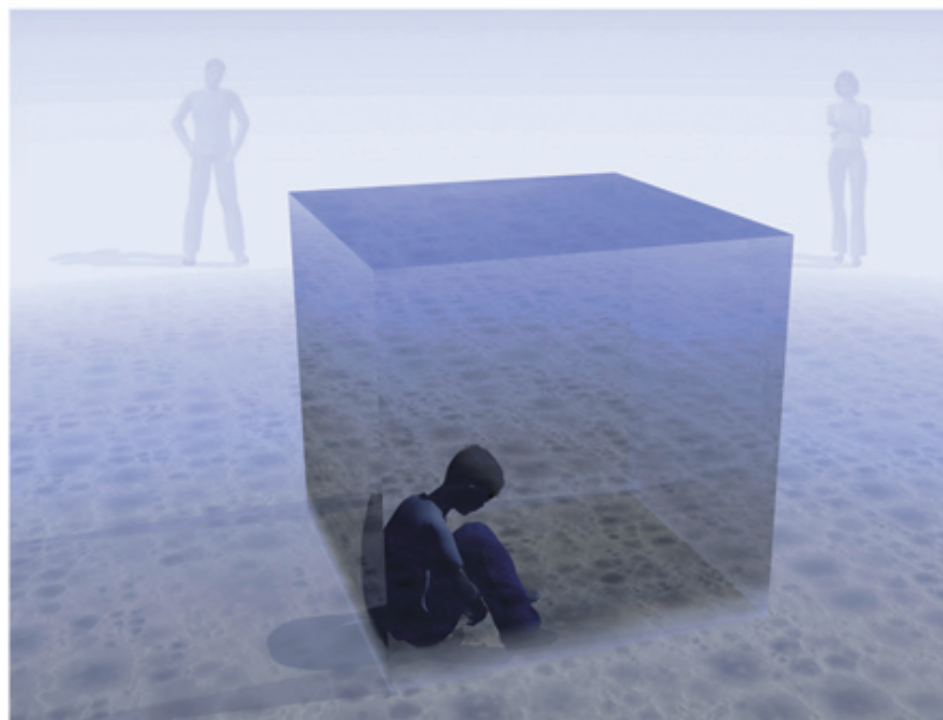


Karel Dušek, Alena Večeřová-Procházková

Diagnostika a terapie duševních poruch



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

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

Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umístování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.



Poděkování

Děkujeme za podporu, inspiraci a v neposlední řadě za nezištné svolení k využití podkladů kolegům a spolupracovníkům z Katedry psychiatrie IPVZ prof. MUDr. Karlu Chromému, prof. MUDr. Evě Češkové, prof. MUDr. Jaroslavu Boučkovi, doc. MUDr. Jiřímu Beranovi, MUDr. Radkinu Honzákovi, MUDr. Jánoši Sikorovi a zvláště MUDr. Zdence Vyhnančkové a PhDr. Nadě Kubičkové.

Osobní poděkování Aleny Večeřové-Procházkové směřuje ke kolegům z Výboru Psychofarmakologické sekce Psychiatrické společnosti (prof. MUDr. Oldřich Vinař, prof. MUDr. Jaromír Švestka, MUDr. Martin Anders a další) za inspiraci a podněty při psaní psychofarmakologické části textu.

doc. MUDr. Karel Dušek, CSc.
MUDr. Alena Večeřová-Procházková

DIAGNOSTIKA A TERAPIE DUŠEVNÍCH PORUCH

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: +420 234 264 401, fax: +420 234 264 400
www.grada.cz
jako svou 4132. publikaci

Odpovědná redaktorka Bc. Maria Arnautovová
Sazba a zlom Milan Vokál
Počet stran 632
Vydání 1., 2010

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.
Husova ulice 1881, Havlíčkův Brod

© Grada Publishing, a.s., 2010
Cover Photo © fotobanka Allphoto

Recenzoval:
prof. MUDr. Jaroslav Bouček, CSc.

ISBN 978-80-247-1620-6 (tištěná verze)
ISBN 978-80-247-7543-2 (elektronická verze ve formátu PDF)
© Grada Publishing, a.s. 2012

OBSAH

ÚVOD	13
----------------	----

Z HISTORIE ČESKÉ A SVĚTOVÉ PSYCHIATRIE	15
--	----

ČÁST I DIAGNOSTIKA DUŠEVNÍCH PORUCH

1. DIAGNOSTICKÝ PROCES	21
1.1 Obecné zásady diagnostiky v psychiatrii	21
1.2 Duševní zdraví a duševní porucha (nemoc)	22
1.3 Modely duševních (a behaviorálních) poruch	24
1.4 Rozpoznání duševně nemocného	26
1.5 Klasifikační soustavy a diagnostika	28
1.6 Diagnostika – dynamický proces	30
1.7 Subjektivní činitelé v diagnostice	31
1.8 Objektivní faktory v diagnostice	33
1.9 Získávání a zpracování informací	34
1.9.1 Rozmluva s nemocným a jeho pozorování	34
1.9.2 Anamnestické údaje	36
1.9.3 Nynější onemocnění	37
1.9.4 Zaměřené psychiatrické vyšetření	38
1.9.5 Tělesné vyšetření	39
1.9.6 Popis chování	39
1.9.7 Psychiatrické zhodnocení (psychopatologický rozbor)	40
1.9.8 Diagnostický závěr	40
2. SYMPTOMY DUŠEVNÍCH PORUCH	42
2.1 Symptom	42
2.2 Vnímání a jeho poruchy	42
2.2.1 Zvláštní projevy vnímání	43
2.2.2 Poruchy vnímání	44
2.3 Emotivita a její poruchy	52
2.3.1 Charakteristické rysy emocí	52
2.3.2 Rozdělení emocí	53
2.3.3 Somatické projevy emocí	54
2.3.4 Poruchy emotivity	54
2.3.5 Poruchy afektů	54
2.3.6 Poruchy nálad	56

2.3.7	Poruchy vyšších citů	59
2.3.8	Fobie	59
2.4	Paměť a její poruchy	62
2.4.1	Vlastnosti paměti	63
2.4.2	Poruchy paměti	64
2.5	Intelekt a jeho poruchy	69
2.5.1	Strukturální elementy	69
2.5.2	Vyšetřování intelektu	70
2.5.3	Poruchy intelektu	71
2.6	Myšlení a jeho poruchy	72
2.6.1	Poruchy myšlení	74
2.7	Vědomí a jeho poruchy	85
2.7.1	Změny vědomí	86
2.7.2	Poruchy vědomí	90
2.8	Pozornost a její poruchy	96
2.8.1	Poruchy pozornosti	97
2.9	Orientace a její poruchy	99
2.9.1	Poruchy orientace	100
2.10	Pudy, instinkty a jejich poruchy	102
2.10.1	Poruchy instinktů	103
2.10.2	Poruchy pudů	104
2.11	Jednání, vůle a jejich poruchy	108
2.11.1	Poruchy volního jednání	109
2.11.2	Poruchy vůle	109
2.11.3	Poruchy jednání	110
2.12	Osobnost a její poruchy	115
2.12.1	Snahy po třídění osobnosti	117
2.12.2	Vyšetřování osobnosti	119
2.12.3	Poruchy osobnosti	121
2.13	Somatické projevy u duševních poruch	128
2.14	Neklid	131
2.15	Agrese	135
2.16	Autoagrese a sebevražedná aktivita	137
3.	SYNDROMY DUŠEVNÍCH PORUCH	144
3.1	Syndrom	144
3.2	Abstinenční syndrom	145
3.3	Akinetický syndrom	146
3.4	Amentní syndrom	147
3.5	Anxiózní syndrom	148
3.6	Apatický a apaticko-abulický syndrom	149
3.7	Autistický syndrom	150
3.8	Deliriózní (delirantní) syndrom	151
3.9	Depersonalizační syndrom	152
3.10	Depresivní syndrom	154
3.11	Fobický syndrom	156

3.12	Halucinatorní syndrom	157
3.13	Halucinatorně paranoidní syndrom	160
3.14	Hyperkinetický syndrom	161
3.15	Hypochondrický syndrom	162
3.16	Hysterický syndrom (konverzní, disociační)	163
3.17	Katatonní syndrom	165
3.18	Manický syndrom	167
3.19	Neurastenický syndrom	168
3.20	Obnubilatorní syndrom	170
3.21	Obsedantní syndrom	171
3.22	Oneiroidní syndrom	172
3.23	Organický psychosyndrom (dementní syndrom)	173
3.24	Paranoidní syndrom	175
3.25	Paranoidně halucinatorní syndrom	176
4.	DUŠEVNÍ PORUCHY	178
4.1	F 00–09 – Organické duševní poruchy včetně symptomatických	179
4.1.1	F 00 – Demence u Alzheimerovy choroby	180
4.1.2	Psychické poruchy při cévních onemocněních mozku	182
4.1.3	F 02 – Demence u chorob klasifikovaných jinde	186
4.1.4	Psychické poruchy při zánětlivých onemocněních mozku	190
4.1.5	Psychické poruchy při expanzivních procesech nitrolebních	191
4.1.6	Psychické projevy při epilepsii	193
4.1.7	Psychické poruchy při lues	195
4.1.8	F 04 – Organický amnestický syndrom jiný než vyvolaný alkoholem a jinými drogami	198
4.1.9	F 05 – Delirium jiné než vyvolané alkoholem a jinými drogami	198
4.1.10	F 06 – Jiné duševní poruchy vznikající následkem onemocnění, poškození nebo dysfunkce mozku nebo následkem somatického onemocnění	199
4.1.11	F 06.0 – Organická halucinóza	202
4.1.12	F 06.1 – Organická katatonní porucha	203
4.1.13	F 06.2 – Organický syndrom s bludy (schizoformní)	203
4.1.14	F 06.3 – Organické afektivní poruchy	204
4.1.15	F 06.4–06.6 – Organická úzkostná porucha, organická disociační porucha, organická emoční labilita – astenická porucha	204
4.1.16	F 06.7 – Mírná kognitivní porucha	204
4.1.17	F 07 – Poruchy osobnosti a poruchy chování vyvolané onemocněním, poškozením nebo dysfunkcí mozku	204
4.2	Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek	205
4.2.1	F 10 – Poruchy vyvolané požíváním alkoholu	206
4.2.2	Drogové závislosti jiné než na alkoholu	214
4.3	F 20–29 – Schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy	218
4.3.1	F 20 – Schizofrenie	218
4.3.2	F 21 – Schizotypní porucha	228

4.3.3	F 22 Trvalé duševní poruchy s bludy	229
4.3.4	F 23 – Akutní a přechodné psychotické poruchy	230
4.3.5	F 24 – Indukovaná porucha s bludy	231
4.3.6	F 25 – Schizoafektivní poruchy	231
4.4	F 30–39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)	232
4.4.1	F 30 – Manická epizoda	232
4.4.2	F 31 – Bipolární afektivní porucha	236
4.4.3	F 33 – Rekurentní depresivní porucha	237
4.4.4	F 34 – Trvalé poruchy nálady	238
4.4.5	Výpovědi nemocných o depresi	239
4.5	F 40–49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy	242
4.5.1	F 40 – Fobické úzkostné poruchy	242
4.5.2	F 43 – Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení	247
4.5.3	F 44 – Disociační (konverzní) poruchy	250
4.5.4	F 45 – Somatoformní poruchy	254
4.5.5	F 48 – Jiné neurotické poruchy	258
4.6	F 50 – Poruchy příjmu potravy	259
4.6.1	F 50.0 – Mentální anorexie	259
4.6.2	F 50.2 – Mentální bulimie	261
4.7	F 51 Neorganické poruchy spánku	261
4.7.1	F 51.0 – Neorganická nespavost	262
4.7.2	F 51.1 – Neorganická hypersomnie	262
4.7.3	F 51.2 – Neorganické poruchy rytmu spánku-bdění	263
4.7.4	F 51.3 – Somnambulismus (náměšičnost)	263
4.7.5	F 51.4 – Noční děsy (pavor nocturnus)	264
4.7.6	F 51.5 – Noční můry (úzkostné sny)	265
4.8	F 52 – Sexuální dysfunkce nevyvolaná organickou poruchou nebo nemocí	265
4.9	F 53 – Duševní poruchy a poruchy chování spojené s šestineděním (neklasifikované jinde)	269
4.9.1	Psychické poruchy v období puberty a při menses	269
4.10	F 55 – Abúzus látek nevyvolávajících závislost	270
4.11	F 60–69 – Poruchy osobnosti a chování u dospělých	271
4.11.1	Definice, terminologie	272
4.11.2	Klasifikace	272
4.11.3	Epidemiologie	274
4.11.4	Etiologie a patogeneze	275
4.11.5	Rizikové faktory a prevence	276
4.11.6	Klinický obraz	277
4.11.7	Diagnostická kritéria a klinický obraz jednotlivých poruch osobnosti	279
4.11.8	Terapie poruch osobnosti	294
4.12	F 63 – Návykové a impulzivní poruchy	306
4.12.1	F 63.0 – Patologické hráčství (gambling)	306
4.12.2	F 63.1 – Patologické zakládání požárů (pyromanie)	307

4.12.3	F 63.2 – Patologické kradení (kleptomanie)	307
4.12.4	F 63.3 – Trichotillomanie	307
4.13	F 64 – Poruchy pohlavní identity	308
4.13.1	F 64.0 – Transsexualismus	309
4.13.2	F 64.1 – Transvestitismus	309
4.13.3	F 64.2 – Porucha pohlavní identity v dětství	309
4.14	F 65 – Poruchy sexuální preference	310
4.14.1	F 65.0 – Fetišismus	310
4.14.2	F 65.2 – Exhibilicionismus	311
4.14.3	F 65.4 – Pedofilie	311
4.14.4	F 65.5 – Sadomasochismus	312
4.15	F 70–79 – Mentální retardace	313
4.15.1	Mentální retardace na podkladě chromozomálních odchylek	315
4.15.2	Mentální retardace na podkladě metabolických poruch	316
4.15.3	Mentální retardace na bázi heredodegenerativních poruch	317
4.15.4	Sociální faktory v etiologii mentální retardace	317
4.15.5	Diagnostika mentální retardace (podle SZO)	317

ČÁST II TERAPIE DUŠEVNÍCH PORUCH

5.	PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP	323
5.1	Úvod a definice	323
5.2	Rozhovor	326
5.2.1	Rozhovor, jeho struktura a funkce	326
5.2.2	Některé specifické problémy	329
5.2.3	Sdělování diagnózy duševního onemocnění	330
5.2.4	Vedení rozhovoru s pozůstalými	331
5.3	Psychologický přístup k sobě jako zdravotníkovi	333
5.3.1	Burn-out syndrom	333
5.3.2	Prevence burn-out syndromu	335
6.	PSYCHOTERAPIE	337
6.1	Výzkum účinnosti psychoterapie	338
6.2	Psychoterapie v zobrazovacích metodách CNS	339
6.3	Kvalita života a duševní porucha	341
6.4	Hlavní směry a metody psychoterapie	342
6.4.1	Hlubinná a psychoanalytická psychoterapie	342
6.4.2	Dynamická a interpersonální psychoterapie	345
6.4.3	Rogersovská psychoterapie	347
6.4.4	Behaviorální psychoterapie	347
6.4.5	Kognitivní psychoterapie	348
6.4.6	Kognitivně behaviorální psychoterapie	349
6.4.7	Racionální psychoterapie	350
6.4.8	Sugestivní a hypnotická psychoterapie	350
6.4.9	Nácviková psychoterapie	351

6.4.10	Logoterapie a existenciální analýza	352
6.4.11	Gestalt psychoterapie (GPT)	354
6.4.12	Psychoterapeutické přístupy zaměřené na práci s tělem	355
6.4.13	Rodinná psychoterapie (RT)	358
6.4.14	Integrativní psychoterapie	360
6.4.15	Terapeutická komunita (TK) (léčebné společenství)	362
6.4.16	Některé další psychoterapeutické metody	363
6.5	Krizová intervence	366
6.5.1	Definice, spouštěče, průběh	366
6.5.2	Suicidální krize	371
6.5.3	Organizace a limity krizové intervence	374
6.5.4	Zásady psychoterapie a farmakoterapie	376
7.	PSYCHOFARMAKOTERAPIE	385
7.1	Úvod	385
7.2	Psychostimulancia	388
7.3	Hypnotika	390
7.3.1	Klasická hypnosedativa	392
7.3.2	Benzodiazepiny	394
7.3.3	Z-hypnotika, pyrazinové deriváty	396
7.3.4	Terapie poruch spánku úpravou cirkadiálního rytmu – melatonin	398
7.3.5	Agonisté melatoninových receptorů	400
7.3.6	Další léčiva využívaná v léčbě poruch spánku	400
7.4	Antidepressiva	401
7.4.1	Antidepressiva I. generace	407
7.4.2	Antidepressiva II. generace	409
7.4.3	Antidepressiva III. generace – SSRI, ASRI, SARI, NARI, DARI	410
7.4.4	Antidepressiva IV. generace: SNRI, NaSSA, DNRI	415
7.4.5	Inhibitory zpětného vychytávání – RUI, Hypericum perforatum	421
7.4.6	SRE – stimulanty zpětného vychytávání serotoninu	421
7.4.7	MASSA – agonisté melatoninových receptorů a antagonisté serotoninových receptorů	421
7.4.8	Inhibitory monoaminoxidázy (MAO)	422
7.4.9	Závěr	423
7.5	Anxiolytika	423
7.5.1	Propandiolová anxiolytika	425
7.5.2	Benzodiazepinová anxiolytika	425
7.5.3	Nebenzodiazepinová anxiolytika	430
7.6	Thymoprofylaktika	433
7.6.1	Lithium	434
7.6.2	Antiepileptika II. generace – valproáty a karbamazepin	436
7.6.3	Novější thymoprofylaktika – antiepileptika III. generace, lamotrigin, gabapentin, pregabalin, topiramát	437
7.7	Antipsychotika	440
7.7.1	Kontraindikace podání antipsychotik	442
7.7.2	Akutní podání	442

7.7.3	Antipsychotika první generace (AP I. generace)	443
7.7.4	Antipsychotika II. generace	449
7.7.5	Depotní antipsychotika – prevence relapsu	462
7.7.6	Interakce antipsychotik	463
7.8	Neuroprotektiva a kognitiva	464
7.8.1	Kognitiva	466
7.8.2	Další látky využívané k léčbě demence.	474
7.9	Léčiva používaná v léčbě závislosti na opioidech, alkoholu a tabáku	479
7.9.1	Detoxikace a detoxifikace	480
7.9.2	Substituční terapie	484
7.9.3	„Anti-cravingová léčba“	487
7.9.4	Senzibilizační léčba	488
7.9.5	Terapie závislosti na tabáku	490
7.10	Léčba erektilní dysfunkce	493
7.10.1	Stanovení diagnózy	494
7.10.2	Perorální léčba s centrálním účinkem, tzv. sexuální tonika, centrální alfa-2 adrenergní antagonisté	495
7.10.3	Perorální léčba s periferním účinkem	496
7.10.4	Další možnosti léčby	499
7.11	Fytoterapie v psychiatrii	502
7.11.1	Hypnotika a sedativa	502
7.11.2	Antidepresiva	506
7.11.3	Nootropika a prokognitiva	507
7.11.4	Ženšen	507
7.11.5	Bachovy květy nejsou byliny, ale homeopatika	507
7.12	Interakce psychofarmak, výhodné a nevýhodné kombinace psychofarmak	508
7.12.1	Farmaceutické interakce	511
7.12.2	Farmakokinetické interakce	511
7.12.3	Interakce na úrovni farmakodynamické	518
7.12.4	Některé vhodné a nevhodné kombinace antidepresiv a antipsychotik	521
7.12.5	Závěr	523
7.13	Intoxikace psychofarmaky	523
7.14	Psychofarmaka v nepsychiatrických indikacích	526
7.15	Volba psychofarmaka u definovaných skupin pacientů	529
7.15.1	Volba psychofarmaka v dětském věku	529
7.15.2	Volba psychofarmaka ve stáří	532
7.15.3	Volba psychofarmaka v graviditě a laktaci	534
7.15.4	Volba psychofarmaka při současné hyperplazii prostaty	542
7.15.5	Volba psychofarmaka při současné kardiopatii	543
7.15.6	Volba psychofarmaka při současné nefro- a hepatopatii	545
7.15.7	Volba psychofarmaka při současné nadváze	546
7.15.8	Volba psychofarmaka při současné sexuální dysfunkci	548
7.15.9	Volba psychofarmaka při současné Parkinsonově nemoci	551
7.15.10	Volba psychofarmaka při současné zvýšené záchvatové pohotovosti	555

8. FYZICKÉ OMEZENÍ A OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY	559
8.1 Omezovací prostředky v psychiatrii	559
8.2 Přijetí do lůžkového psychiatrického zařízení bez souhlasu nemocného	562
8.3 Aplikace psychofarmak bez souhlasu pacienta a umělá výživa sondou	564
9. BIOLOGICKÉ TERAPIE	566
9.1 Elektrokonvulzivní terapie (EKT)	567
9.1.1 Metodika postupu při EKT	568
9.1.2 Frekvence EKT	572
9.1.3 Nežádoucí účinky po EKT	572
9.1.4 EKT u speciálních populací	573
9.1.5 Souběžná farmakoterapie	573
9.1.6 EEG	574
9.1.7 Mechanismus účinku	574
9.1.8 Závěr	575
9.2 Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS)	575
9.2.1 Mechanismus stimulace	576
9.2.2 Mechanismus účinku	576
9.3 Vagová stimulace (VNS)	577
9.4 Fototerapie	578
9.5 Experimentální metody	580
9.5.1 Magnetická konvulzivní terapie (magnetic seizure therapy, MST)	580
9.5.2 Hluboká mozková stimulace (DBS)	580
10. PSYCHIATRICKÁ REHABILITACE A SOCIOTERAPIE	582
10.1 Cíle	582
10.2 Historie	583
10.3 Rehabilitace pracovní	584
10.4 Rehabilitace léčebná	585
10.5 Rehabilitace sociálně-psychologická a pedagogická	586
10.6 Rehabilitace sociálně-psychologická	587
10.7 Lázeňská léčba v psychiatrii	589
11. TERAPEUTICKÉ POSTUPY V LÉČBĚ DUŠEVNÍCH PORUCH	591
LITERATURA	592
REJSTŘÍK	613

ÚVOD

Když se setkáme s člověkem, který přijde do psychiatrické ordinace, je naší snahou rozpoznat, zda a jakou psychickou poruchou trpí. Hledání a rozpoznání dávno nebo nedávno objevených, zjištěných a pojmenovaných psychických poruch je vrcholem psychiatrovny činnosti. Prokazuje tím jak své odborné znalosti, tak i osobní inteligenci. V každém medicínském oboru v současné době existuje řada knih a příruček, které napomáhají nejen ke správné diagnostice, ale i co nejvhodnějšímu způsobu léčby. V současnosti je vývoj ve všech medicínských oborech, proto i v psychiatrii, velmi rychlý. Zvláště v terapii jsou změny tak rychlé, že při vydávání odborné literatury většího rozsahu dojde někdy již v průběhu jejího vydání k zastarání. Proto stručnější příručky mohou rychleji zachytit tyto změny.

S první snahou sepsat pomůcku pro správnou diagnostiku v psychiatrii přišel na počátku 20. století Antonín Heveroch, přestože v té době vyšla již učebnice psychiatrie Karla Kuffnera. Heveroch na podrobných a „klasických“ kazuistikách ukazuje, jak postupovat při hledání správného diagnostického závěru. Naučil tehdejší generaci psychiatrů, jak získat od pacienta informace, jak tvořit diagnostické závěry, jak diferenciatně diagnosticky uvažovat. I v současné době jsou jeho postupy příkladem. V průběhu let se ukázalo, jak psychiatr, stejně jako lékař jiného oboru, potřebuje své znalosti a vědomosti neustále doplňovat a aktualizovat. Od dob Heverochových byla několikrát změněna psychiatrická terminologie i nosologická koncepce. Již Heveroch na základě srovnání tehdejších různých klasifikačních systémů, které ve své knize v přehledu uvádí, tušil, že další vývoj stávající názory překoná.

Mnozí psychiatři upozorňovali, že mezi dobou vzniku nosologické koncepce a současností uplynula značná doba, psychiatrie se vyvíjela, a proto se klasická nosologie stává brzdou její další diferenciaci. Nosologická schémata byla odvozena z obrazů typických pro období azylové psychiatrie a nevyhovují proto současné psychiatrii především v její ambulanti a extramurální péči. Namítá se, že nosologická koncepce při neznalosti etiologie a patogeneze duševních poruch je konvence a měla by se měnit a vyvíjet současně s tím, jak se vyvíjí a mění psychiatrie.

Psychiatrie má v teorii medicíny významné místo na pomezí věd biologických a společenských. Ve vztahu k filozofii je ve svých abstrakcích ještě příliš konkrétní a bylo by nesprávné se domnívat, že znalost teorii psychiatrie znamená být filozoficky erudován. Někteří ambiciózní psychiatři a filozofové se snaží stavět psychiatrii do blízkosti filozofie. Jde o nepochopení místa a úlohy psychiatrie a její diskreditaci mezi ostatními medicínskými obory. Psychiatrii se tak přisuzují nespílitelné úkoly, pro které není teoreticky připravena a metodicky vybavena.

V posledních letech se stále více pozoruje útek od teorie oboru dovedené na příliš obecnou úroveň a návrat k psychiatrické praxi, k pacientovi jako zdroji poznání jak v psychoterapii, tak v psychiatrické praxi vůbec. Nově se má řešit vztah mezi vývojem

osobnosti a rozvojem duševní poruchy. Zjistit, jak je chorobný proces od svého vzniku včleněn do dynamiky osobnosti, jaký je vztah mezi premorbidní osobností a duševní poruchou, jak jsou tyto vztahy a jejich vývoj ovlivňovány terapeutickými zásahy. K řešení takových otázek napomáhá správná diagnostika a terapie, jak se je snažíme v této příručce ukázat.

Z HISTORIE ČESKÉ A SVĚTOVÉ PSYCHIATRIE

O psychických poruchách jsou zmínky jak ve starém Egyptě, tak Mezopotámii a později v Řecku. Za nejvýznamnějšího lékaře antické kultury je považován Hippokrates (460–377 př. Kr.), který se ve svých teoretických i praktických názorech na duševní poruchy odpoutal od dosavadního mystického pojetí. Jako první zastával názor, že duševní poruchy jsou chorobami mozku, ale byl zastáncem jen somatické terapie. Jeho hlavním léčebným postupem bylo vymýtít z těla nahromaděné tělesné šťávy.

Platon (427–347 př. Kr.) stejně jako jeho pokračovatel Aristoteles (384–322 př. Kr.) vycházeli z předpokladu, že člověk jako „tvor společenský“ (zoon politicon) se při poruše vztahu člověk a společnost dostává do krizových situací, které mohou vést k narušení jeho duševního stavu. Erasistratos (320–250 př. Kr.) zavedl uklidňující léčbu opiem. Asclepiades (124–56 př. Kr.) obohatil psychiatrickou léčbu muzikoterapií, rehabilitačním cvičením, vodoléčbou a pracovní terapií. Celsus (30 př. Kr. až 30 po Kr.) spojil Hippokratovo somatické léčení s terapeutickými snahami Asclepiovými a doporučoval u melancholiků hudbu, rozhovor, předcítání a naopak u „vzrušených“ cvičení do únavy.

Slavný Galenus (130–200) se o terapii duševně nemocných příliš nezajímal, byl spíše založen somaticky a nebyl ani pro psychologický přístup. Tato jeho zásada spolu s Hippokratovými „somatickými postupy“ se stala zákonem pro příštích čtrnáct století. Teprve od 16. století se postupně začínají v léčbě duševně nemocných uplatňovat i snahy psychologické a rehabilitační.

Když se ve 4. století rozpadla římská říše, v byzantské části se i nadále udržovaly postupy klasické starořecké terapie u duševně nemocných. Významným představitel lékařské vědy se stal Avicena (Abu Ali ibn Sina 980–1037), který mimo jiné zjistil, že malarickou horečkou lze vyléčit epilepsii.

Johanneus Wierus (1515–1588) spolu s dalšími spolupracovníky odmítal náboženský exorcismus a zaváděl farmakologickou léčbu opiem, některými rostlinami (blín, kozlík aj.). Felix Plater (1536–1614), který popsal *flexibilitas cerea*, používal v léčbě duševně nemocných uspávací, vodoléčbu, masáže a tělesná cvičení. Antonio Valsalva (1666–1725) v Itálii zdůrazňoval vlídné zacházení s duševně nemocnými a pravidelný pracovní režim.

K výrazným změnám v péči o duševně nemocné dochází v druhé polovině 18. století. Začínají se ve větší míře uplatňovat psychologické a rehabilitační snahy. Ve Francii je to Filip Pinel (1745–1826), který v pařížském Bicetre prosazuje nové léčebné postupy, má humanitní přístup (zbavuje pacienty pout), zavádí terapii zaměstnáním a řadu dalších opatření. V jeho šlépějích pokračuje jeho žák J. E. D. Esquirol. V Itálii má podobné snahy Vincenzo Chiarugi (1759–1820), v Anglii John Conolly (1794–1886), v Rusku V. F. Sabler (1790–1870), v Německu Johann Langermann

(1768–1832), v Americe Benjamin Rush (1745–1813) a v Čechách Jan Theobald Held (1770–1851).

V českých zemích se o péči o duševně nemocné nejvíce zasloužil řád Milosrdných bratří, který od druhé poloviny 18. století budoval v řadě měst své nemocnice. Pro duševně nemocné ženy bylo v roce 1784 zřízeno samostatné oddělení v nemocnici u sv. Alžběty (dnes Na slupi 448/6, Praha 2). V roce 1790 byl v rámci Všeobecné nemocnice v Praze otevřen samostatný „ústav“ pro duševně nemocné (Tollhaus), který měl 60 lůžek. V roce 1822 byl otevřen další ústav pro duševně nemocné v bývalém klášteře sv. Kateřiny (dnes budova neurologické kliniky v Praze 2). V roce 1821 bylo zavedeno na pražské lékařské fakultě vyučování „choromyslnictví“. Vyučoval Held, který se stal zároveň přednostou nově zřízeného kateřinského ústavu.

Významným představitel reformních snah v péči o duševně nemocné se stal Heldův žák Josef Riedl (1803–1870), který byl od roku 1836 ředitelem ústavu u sv. Kateřiny. Uplatňoval nový přístup k nemocným, zavedl léčbu prací a řadu dalších rehabilitačních i lázeňských metod. Jeho léčebné snahy byly v té době známy v celé Evropě a řada psychiatrů se k němu jezdila učit. V roce 1840 se stal prvním docentem psychiatrie v Čechách. Zasloužil se o vybudování „Nového domu“, nynější psychiatrické kliniky v Praze 2. V roce 1851 odešel do Vídně. Po něm se stal ředitelem František Köstel (1812–1883), který ústav vedl do roku 1869. Uplatňoval názor, že duševní choroba je ve většině případů patologickým procesem mozku, je proto nutný tělesný klid na lůžku, protože tak se mozek lépe prokrvuje. Toto období bylo poplatné rozvoji patologické anatomie představované hlavně Rudolfem Virchowem (1821–1902, od roku 1856 přednosta patologicko-anatomického ústavu v Berlíně). Tomuto období je poplatná i Kraepelinova klasifikace, ve které splývá psychiatrie s ostatní medicínou.

Emil Kraepelin (1856–1926) zdůrazňoval pozorovací techniku, hledá korelaci základních příznaků s průběhem onemocnění, vyčleňuje určité jednotky onemocnění, zdůrazňuje význam prognózy. Položil základy psychiatrické nosologie a systematiky, v léčebných postupech byl „somatickem“. Česká psychiatrie byla úzce spjata s psychiatrií německou a švýcarskou, a proto i její názory se o tyto oblasti opírají. Zcela jiným postupům odpovídá Freudova psychoanalýza (Sigmund Freud 1856–1939).

Koncem 19. století dochází k budování psychiatrických ústavů v českých zemích (Brno–Černovice 1863, léčebna v Dobřanech 1881). V roce 1886 je zřízena česká lékařská fakulta v Praze. V té době došlo i k rozdělení psychiatrické kliniky v Praze na část českou a část německou (na té pracoval mimo jiné Arnold Pick, dřívější ředitel léčebny v Dobřanech, kde popsal po něm nazvanou formu demence). Po Köstelovi je přednostou pražského ústavu Jakub Fischel (od r. 1869 do r. 1885). Prvním přednostou české psychiatrické kliniky v Praze se stává profesor Benjamin Čumpelík v letech 1886–1891, který mimo jiné zřídil i chemickou a histologickou laboratoř. Tím se prohlubuje somatické pojetí duševních chorob na tomto pracovišti. Pokračuje v tom i jeho nástupce Bohuslav Hellich v letech 1891–1895, jehož speciálním oborem byla histopatologie. Dalším pokračovatelem „somatických“ tradic se stává profesor Karel Kuffner (1858–1940). Byl stoupencem psychiatrické koncepce Meynertovy, jehož byl žákem (Theodor Hermann 1833–1892, rakouský neuropsychiatr, „otec architektiky mozku“). Kuffner napsal dvoudílnou učebnici psychiatrie, obecná část vyšla v roce 1897, v roce 1900 vyšla část speciální, ve které rozdělil duševní choroby na

Psychosy prostě symptomatické (melancholie, manie, paranoia, amence, dementia) a Psychosy modifikované (např. paralysis progressiva).

Kuffnerovými žáky byla celá řada významných psychiatrů: Ladislav Haškovec (1866–1944, začal vydávat Revue v neurologii a psychiatrii, věnoval se neurologii), Antonín Heverech (1869–1927, autor Diagnostiky chorob duševních), Hubert Procházka (1885–1935, věnoval se soudní psychiatrii, přednosta psychiatrické kliniky v Brně po Bělohradském, byl zastřelen svým pacientem, paranoidním schizofrenikem, v den svých narozenin), Zdeněk Mysliveček (1881–1974, založil psychiatrickou kliniku v Bratislavě, po Kuffnerovi se v roce 1929 stal přednostou psychiatrické kliniky v Praze, napsal učebnici psychiatrie, věnoval se především histopatologii), Karel Bělohradský (1889–1929, založil psychiatrickou kliniku v Brně, věnoval se pedopsychiatrii).

Uvedení psychiatrii vchovali řadu významných žáků. Po Myslivečkovi se v roce 1956 stal přednostou psychiatrické kliniky v Praze Vladimír Vondráček (1895–1978, napsal řadu publikací, byl spíše pokračovatelem koncepce Heverocha). Dalšími přednosty psychiatrické kliniky se stali Jan Dobiáš (napsal Úvod do lékařské psychologie a společně s E. Vencovským učebnici psychiatrie), Jan Mečtř, Petr Zvolský a v současné době Jiří Raboch. Mezi významné žáky Myslivečka patřil i Lubomír Hanzlíček (1916–1984, první přednosta Výzkumného ústavu psychiatrického v Praze, který vznikl v roce 1960). Nástupci Hanzlíčka byli Jaroslav Gebhart a současný ředitel Cyril Höschl.

V Brně se po smrti Procházky stal přednostou J. Křivý (zemřel v roce 1942), dalším významným brněnským psychiatrem byl Josef Hádlík, který vedl kliniku od roku 1955 a zasloužil se o vybudování nové moderní psychiatrické kliniky. Jeho nástupci byli Karel Náhunek, Jaromír Švestka a současná vedoucí Eva Češková.

Po II. světové válce vznikly psychiatrické kliniky v dalších městech. V Olomouci kliniku vedl nejprve Josef Hádlík, který v roce 1955 přešel do Brna (současným přednostou je Ján Praško). V Hradci Králové v roce 1946 zřídil psychiatrickou kliniku Stanislav Krákora (1892–1959), po něm ji vedl Vilém Pelikán (1916–1980), Miroslav Zapletalek (nar. 1926), Herbert Hanuš (nar. 1934) a současným přednostou je Jan Libiger. V Plzni bylo po válce nejprve zřízeno E. Vencovským psychiatrické oddělení, které bylo později změněno na psychiatrickou kliniku. Tu v letech 1948–1950 vedl docent Václav Čedík, potom převzal vedení Eugen Vencovský (1908–1998). Ten se organizací mezinárodních konferencí (československo-polské, československo-jugoslávské) zasloužil o rozšíření mezinárodních kontaktů československých psychiatrů se zahraničními. Věnoval se mimo jiné historii psychiatrie jak české, tak zahraniční (viz jeho publikace na toto téma). Vychoval své následovníky: Vladislava Šedivce (nar. 1920), Milana Kolomazníka (nar. 1930). Současným vedoucím psychiatrické kliniky v Plzni je Jiří Beran.

Významným krokem v psychiatrickém školství bylo zřízení psychiatrické katedry IPVZ v roce 1955. Zakladatelem byl Josef Prokůpek (1906–1983), dalším vedoucím se stal Alojz Janík (1926–2001), který se zasloužil o její moderní koncepci. Po něm převzal vedení Karel Chromý.

Představiteli klinické psychiatrie na Slovensku byli Zoltán Klimó (1905–1974) v Košicích, Karol Matulay v Martině, Ernest Guensberger v Bratislavě. V Bratislavě

byli pokračovateli Guensbergera Ján Molčan, Eduard Kolibáš, Ivan Žucha a současný přednosta Vladimír Novotný.

Psychiatrická péče se ve značné míře odehrávala v psychiatrických léčebnách. Začátkem 20. století byla zřízena psychiatrická léčebna v Bohnicích u Prahy, později nově vybudovaná psychiatrická léčebna v Havlíčkově Brodě, jiné léčebny vznikly z klášterů. I v současné době je hlavní tíha psychiatrické péče na psychiatrických léčebnách. V našich podmínkách se zřizovaly léčebny o menší kapacitě (obvykle kolem tisíce lůžek, nepřesahovaly dva tisíce lůžek), oproti zahraničním léčebnám, např. v USA, kde se kapacita léčen pohybovala kolem pěti tisíc lůžek.

Přínosem pro terapii duševně nemocných se koncem 19. století stal rozvoj psychoanalýzy a dynamické psychiatrie. Zasloužil se o to Sigmund Freud a jeho následovníci. Znamenalo to zcela nový přístup k duševně nemocným a k novým terapeutickým postupům. Začátkem 20. století se začínají uplatňovat nové biologické formy terapie. Manfréd Sakel (1900–1957) zavedl inzulinovou terapii, o rozvoj šokových terapií se zasloužil Laslo von Meduna, který ve 30. letech minulého století začal používat kardiazolové šoky. V roce 1937 zavedli italsí psychiatři Cerletti a Lucio Bini elektrošokovou léčbu. Přelomem v léčbě duševně nemocných se stal rok 1952, kdy Deniker a Delay použili léčbu psychofarmaky (promethazin, chlorpromazin, reserpin a později další).

Evropská psychiatrie měla vliv i na rozvoj psychiatrie americké. Adolf Meyer (1866–1950) původně švýcarský psychiatr, odešel do USA v roce 1892 a stal se významnou osobností americké psychiatrie a jedním z těch, kteří změnili psychiatrii v dynamickou. Jeho názory se oprostily od koncepcí Kraepelinových a rozvinul sociální stránku psychiatrie, měl zájem o problémy člověka a konflikty v životě. Je pokládán za otce interpersonálního hlediska.

Mayer-Gross (nar. 1889) původně německý, později anglický psychiatr, který od roku 1934 pracoval v Maudsley Hospital v Londýně, se zabýval psychopatologií a terapií psychóz. Je spolu s dalšími autorem významné psychiatrické učebnice *Clinical Psychiatry* (Londýn, 1954).

Část I

DIAGNOSTIKA DUŠEVNÍCH PORUCH

1. DIAGNOSTICKÝ PROCES

1.1 OBECNÉ ZÁSADY DIAGNOSTIKY V PSYCHIATRII

Diagnostika v psychiatrii patří mezi nejobtížnější ze všech medicínských oborů. Je to dáno tím, že klinické obrazy psychických poruch jsou mnohotvárné a proměnlivé. U velké části psychických poruch neznáme etiologii a patogenezi. Zvláště obtížná je proto iniciální diagnostika – kdy jde o počínající psychickou poruchu a kdy jde o projevy, které mají obecný charakter, a není nutno předpokládat, že půjde o psychickou poruchu. Pro iniciální období rozvoje psychické poruchy obvykle postačuje diagnostika na úrovni syndromologické. Také většina psychofarmak je konstruována pro léčbu na úrovni syndromů. Přesto i v psychiatrii je hlavním cílem diagnostikovat na úrovni psychické poruchy.

V předchozích obdobích nebyla v psychiatrii diagnostika jednotná, což vedlo k diagnostickým neshodám nejen mezi psychiatry v různých zemích, ale i mezi psychiatry v jedné zemi. Vznikaly proto snahy sjednotit diagnostická kritéria. Probereme-li učebnice a učební texty vydávané v minulosti u nás, vidíme nejednotnost chápání psychických poruch. Současné vývojové trendy a trendy realizované v minulosti se někdy dostávají do rozporu. Příkladem jsou rozpory v klinické psychiatrii a ústavní psychiatrii. V době vzniku termínu klinická psychiatrie měla reprezentovat vrchol odborného snažení a dělalo se rovnítko mezi klinickým a vědeckým.

Během doby došlo k vyrovnání rozdílů mezi klinickou psychiatrií a psychiatrií realizovanou v ústavních psychiatrických zařízeních a stejně tak došlo k odeznění rozdílů v diagnostice. Postupně se diagnostika v psychiatrii sjednotila i na mezinárodní úrovni. Hlavním mezníkem se stala desátá revize mezinárodní klasifikace nemocí. Již v minulosti se rozvinul nový směr v psychiatrii, který začal vystupovat proti tzv. vysokoškolské neboli učebnicové psychiatrii a jako protiklad k ní stavěl tzv. **dynamickou psychiatrii**. Dynamická psychiatrie je svými počátky stará, ale ke konci 19. století se nechala potlačit a později se nechala vyzvednout psychoanalytickým hnutím, ale bohužel jednostranně.

Zastánci dynamického směru používají pro označení vysokoškolské psychiatrie termíny jako rigidní, statická. S jiným pojetím přichází sociální psychiatrie, která pod pojmem vysokoškolská psychiatrie rozumí výskyt duševních poruch u studentů vysokoškolských. S odbornou literaturou z různých oblastí (anglosaská, americká, švýcarská aj.) se zavedla do naší psychiatrie řada nových pojmů, které mají blízko k různým oblastem psychiatrie. Proto je třeba rozlišovat mezi základními kategoriemi poruch a těmi, které na tyto základní navazují. Tyto pojmy a termíny jsou volně včleňovány do psychiatrické nomenklatury. Jejich ohraničení nebývá vždy dost přesné. Jednotliví psychiatři je podle své orientace užívají odlišně a subjektivně jim přikládají jiný význam. Např. termín senzitivní vztahovačnost (německy: der sensitive Beziehungs-

wahn) je někdy chápán jako úchylka ve struktuře osobnosti, jindy jako rozvoj paranoidního bludu. Přitom jen toto druhé je totožné s Kretschmerovým pojetím, který termín do psychiatrie zavedl. Podobně některé dřívější pojmy užívané v psychiatrii mizí a jsou nahrazovány novými.

Oficiální nomenklatura v psychiatrii je proto dána koncepcí oboru psychiatrie a vychází z mezinárodní klasifikace nemocí reprezentované Světovou zdravotnickou organizací. Garanty jisté jednotnosti psychiatrické nomenklatury u nás jsou vysokoškolské učebnice, výzkumná pracoviště, specializační průprava a další vzdělávání. Nelze proto rigidně lpět na tradici, ale obohacovat ji, rozšiřovat a modifikovat.

Podle expertů Světové zdravotnické organizace znamená pojem psychická porucha poruchu duševní činnosti specifickou v klinických projevech, kterou lze spolehlivě rozeznat jako definovaný standardní soubor znaků a je tak závažná, že vede ke ztrátě pracovní schopnosti, sociální kapacity nebo obojího. Navíc definice případu duševní poruchy musí být založena na kritériích, která jsou sociálně a kulturně pro danou populaci přiměřená.

1.2 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ A DUŠEVNÍ PORUCHA (NEMOC)

Abychom mohli diagnostikovat duševní poruchu, musíme znát nejen diagnostická kritéria, ale i normu psychického zdraví. Pohledy na tuto otázku se však různí. Tento vztah musí řešit každý, kdo se zabývá duševními poruchami a jejich diagnostikou. Jde o včasné rozpoznání duševní poruchy, její diagnostiku a výběr optimálního terapeutického postupu. Problematicke identifikace jedince s duševní poruchou a kompetence psychiatra k zásahu předchází diagnostický proces. Tyto otázky mají svou sociální, odbornou a laickou stránku. Začínáme vlastně až tam, kde proběhla konfrontace laického a odborného přístupu a jejím výsledkem je rozpoznání poruchy nebo abnormality.

Úvodnímu období rozvoje duševní poruchy věnuje psychiatrie zvýšenou pozornost. Jde o diagnostiku v **iniciálním období**. Pro tuto diagnostiku máme k dispozici iniciální symptomatiku duševních poruch, která je jiná, než se projevuje v rozvinutém období psychické poruchy. Směr vývoje v tomto úseku spočívá v postihování stále včasnějších příznaků a projevů. Při sledování stále včasnějších příznaků se dostáváme k určitému bodu, kdy se tyto příznaky prolínají s projevy zdravé osobnosti. Jde o základní protiklad vztahu *duševní zdraví – duševní porucha*. Psychiatr vidí rozpor v návaznosti na praktická opatření, kterými by měl do tohoto vztahu zasahovat: *zdraví – upevňování zdraví – prevence – psychoprofylaxe – léčba – nemoc*. Zjišťujeme, že psychiatrická diagnostika má dynamický charakter.

Pojem zdraví nelze chápat negativně (zdraví je tam, kde není nemoc), ani pomocí kritérií normalnosti. Kritérium normalnosti samo o sobě neexistuje, je to vždy vztah k něčemu. Také na zdraví se nelze dívat jako na daný stav, ale jako na *proces*, který má svou dynamiku. Nevyvíjí se sám o sobě, ale vždy v určitém vztahu k prostředí. Organismus je vybaven určitým rozsahem přizpůsobivosti k prostředí a prostředí klade na organismus jistý rozsah nároků. Podobný problém je mezi normalitou a zdravím. Při normalitě máme na mysli projevy, které v určité etnické oblasti zaznamenáváme

u většiny lidí. Zdraví je zvláštní případ normálního, má svůj subjektivní a objektivní aspekt. **Choroba (porucha)** je zvláštní případ abnormního, který se již kvalitativně liší od zdraví. Projevuje se příznaky v určitém seskupení a pořadí výskytu.

Když přizpůsobivost organismu převyšuje hranici nároků prostředí, jedinec se nachází ve stavu zdraví. Když rozsah nároků prostředí přesáhne hranici adaptability organismu, dojde k poruše rovnováhy a vzniká nemoc. Pojmem **pozitivní zdraví** se rozumí stav, kdy je jedinec schopen se vyrovnat s nároky, které značně převyšují běžné požadavky. Podle toho, jak je jedinec schopen se vyrovnat s různými nároky prostředí, se hovoří o různých stupních zdraví.

O **subjektivním zdraví** hovoříme tehdy, když jedinec prožívá pocit zdraví v určité vývojové fázi chorobného procesu, v remisích onemocnění apod. Pojmem subjektivní zdraví rozumíme prožitkovou stránku – pocit zdraví. **Objektivním zdravím** myslíme jeho vnější projevovou stránku. U zdravého člověka mezi oběma stránkami zdraví nedochází k disociaci – prožitková i projevová stránka jsou zachovány. Disociace signalizuje rozvíjející se nebo vzniklý patologický stav.

Duševní poruchu v rámci existence člověka lze posuzovat dvojím způsobem:

- Duševní zdraví a duševní porucha jsou hodnoceny v kontinuální jednotě. Porucha je včleněna do dynamiky rozvoje osobnosti. S poruchou se kalkuluje jako s jednou vývojovou etapou osobnosti. Poruchou pokračuje vývoj osobnosti do období duševního zdraví. Tento přístup považuje poruchu za zákonitě vyústění vývoje osobnosti, je do jejího vývoje včleněna.
- Na duševní zdraví a duševní poruchu se lze dívat jako na dva protikladné jevy. Porucha není včleněna do dynamiky vývoje osobnosti. Těžiště je na rozhraní mezi premorbidním syndromem a incipientním stadiem poruchy. Zde dochází ke kvalitativní změně ve vývoji osobnosti a začíná se prosazovat vývoj chorobného procesu. Chorobný proces není přímým pokračováním vývoje osobnosti, vývoj se chorobným procesem narušuje a zastavuje.

Poněkud odlišný pohled na otázku zdraví a nemoci (poruchy) mají sociologové. Ti považují duševní poruchu za projev **deviantního chování**. Pro společnost nebo různé společenské skupiny platí, že jedinec, který svým chováním překračuje v nežádoucím směru stanovené normy, představuje pro stabilitu společnosti nebo skupiny nebezpečí, a je proto negativně sankcionován. Sankcí se v tomto případě rozumí každé donucování jednotlivce ze strany společnosti. Otázka sankcí podléhá socioekonomickému rozvoji dané společnosti. Proto v určitých historických dobách byl takovému deviantovi připsán status proroka, jindy status vyvrženého. Doba renesance označila takové jedince za duševně nemocné, aby je vymanila z rukou inkvizitorů. Tento výraz se pak dostal do slovníku medicínského modelu regulace reziduálního deviantního jednání.

Sociologové chápou nemoc jako úchylku. Důvodem takového chápání je společenská nežádoucnost nemoci a odchýlení se od chování, které od jedince společnost očekává. To znamená, že jde o odchylku plnění obvyklých společenských úloh a rolí. Podle Parsona (1965) a Freidsona (1970) má role nemocného čtyři charakteristické rysy:

- Nemocný je považován za nezodpovědného za vznik svého stavu a za neschopného odstranit jej svou vůlí.
- Nemocný je zproštěn svých dosavadních povinností.
- Nemocný je povinen dávat najevo vědomí nežádoucnosti svého stavu a jeho přechodnosti.
- Nemocný je povinen vyhledat odborníky a spolupracovat s nimi, nedojde-li ke spontánní úpravě stavu.

První dva znaky vyjadřují spíše výsady nemocného, další mají charakter povinnosti a mají i sankční charakter. Později se ukázalo, že tento model má omezenou platnost a vztahuje se v podstatě na krátkodobé, těžší, ale prognosticky nadějnější poruchy.

1.3 MODELY DUŠEVNÍCH (A BEHAVIORÁLNÍCH) PORUCH

Modely duševních a behaviorálních poruch představují zjednodušenou abstrakci jednotlivých teorií, které se v současné či minulé psychiatrii uplatňovaly. Teorie, které se v psychiatrii uplatňují či uplatňovaly, lze rozdělit do tří skupin:

- teorie založené na morfologii nebo činnosti mozku,
- teorie, které se odvolávají na programování chování (behaviorismus, etologie),
- teorie, které zdůrazňují účelovou podmíněnost příznaků (psychoanalýza).

Mezi nejznámější modely, které se v psychiatrii uplatňovaly, patří model morální, biomedicínský (lékařský), psychoanalytický, defektní a rodinný interakční.

■ Morální model

Jeden z modelů, které se v psychiatrii uplatňovaly v první polovině 19. století. Termín morální lze chápat jako psychologický nebo interpersonální. V současné době je chápán jako behaviorální. Byl to přístup, který se realizoval v azylových zařízeních původně nelékařským personálem. Azyl byl organizován na principu měšťanské rodiny a na choromyslného bylo nazíráno jako na dítě, které si může osvojit náležité chování. Některé léčebné procedury byly trestem, ale trest byl aplikován v dobrém přesvědčení, že šílenství lze tímto postupem odstranit. Mezi zastánce tohoto přístupu patřil Pinel ve Francii a Tuke v Anglii.

Soudobá behaviorální verze tohoto modelu chápe duševní poruchu jako naučené narušené chování. Náprava chování podle tohoto modelu spočívá v odstranění nežádoucího chování pomocí pozitivních a negativních podnětů. Dobrovolný nebo nedobrovolný pobyt v ústavu trvá do dosažení změny chování.

■ Model biomedicínský (lékařský)

Model, který postiženým jedincům přiděluje statut nemocného, což se podporuje tvrzením, že nemoc je výsledkem mozkové poruchy. Náprava se spatřuje v léčení a ošetřování. Nemocný je léčen ve zdravotnických zařízeních a jeho práva vyplý-

vají z role nemocného. Rodina má právo na informaci o jeho zdravotním stavu a má spolupracovat se zdravotníky, aby bylo dosaženo zdraví postiženého. Společnost se může chránit před nebezpečnými jedinci. Cílem je nemocného vyléčit a zabránit zhoršování jeho zdravotního stavu.

Lékařský model vystřídal morální model, ale oba modely koexistují v současných psychiatrických zařízeních. V této koexistenci stále převládá paternalistický princip: lékař nejlépe ví, co je pro nemocného dobré.

■ **Model biopsychosociální**

Tento model byl v psychiatrii zaveden v 70. letech minulého století (G. L. Engel, 1977). Byl aplikován hlavně u psychosomatických poruch (behaviorální medicína). Je podobný předchozímu modelu, ale obohacuje jej o psychologický a sociální prvek v etiologii, patogenezi, terapii, prevenci a rehabilitaci ve všech lékařských oborech včetně psychiatrie.

■ **Model psychoanalytický**

V tomto modelu má diagnóza podružný význam, protože duševní porucha je vždy jedinečná, a má proto individuální etiologii. Rodině se ukládá, aby nezasahovala do léčení, a nepřiznávají se jí stejně jako společnosti žádná práva. Cíl léčení je v řešení nevědomých konfliktů. Tento model se poněkud distancuje od paternalistického pojetí lékařského modelu.

■ **Model handicapový (handicapový-defektivní)**

Duševně postižený jedinec je chápán jako trvale narušená osoba a nepřihlíží se k původu jeho současného stavu. Chování je vykládáno jako přiměřené stupni defektu. Neočekává se možnost vyléčení, význam má spíše rehabilitace. Cílem je ochrana postiženého a jeho rehabilitace k výkonu omezeného fungování ve společnosti.

■ **Rodinný interakční model**

Základem jsou výzkumy komunikace v rodině s duševně nemocným jedincem. Vychází z rovnoměrně rozložené poruchy komunikace v rodině, kdy je jeden člen rodiny vytipován jako duševně nemocný. Rodinné léčení zahrnuje všechny členy rodiny s cílem ukončení dosavadní interakce. Nemoc musí vztahovat na sebe všichni a všichni jsou povinni spolupracovat s odborníkem v rodinném léčení. Cílem je vrátit zdraví celé rodině.

Existuje řada dalších modelů, které se v posledních letech vytvářely a které jsou uplatňovány v menší míře, například model sociální, konspirační (viz K. Chromý: Sociologie duševních poruch) či model psychedelický, který rozvinul v transpersonální psychologii S. Grof.

1.4 ROZPOZNÁNÍ DUŠEVNĚ NEMOCNÉHO

Výše uvedené modely mají různý přístup k označování jedince za duševně nemocného. Když hodnotíme duševní poruchu jako kvalitativní změnu v životě jedince, pak chorobný proces a vývoj osobnosti hodnotíme paralelně, a ne kontinuálně. Osobnost se musí nějakým způsobem s poruchou vyrovnat. Kontinuita jejího vývoje byla psychickou poruchou narušena a tuto skutečnost nelze anulovat.

Etapy rozvoje ataky duševní poruchy (onemocnění) bývají různě intenzivně vyjádřeny, a proto není možné je někdy přesně postihnout. Proti somatickým onemocněním mají tyto etapy některé odlišnosti.

Obvykle se rozlišují tyto etapy:

■ Období zdraví

Vyznačuje se projevy charakteristické struktury osobnosti člověka, které jsou výsledkem vrozených a zděděných faktorů (konstituce, temperament) a faktorů získaných vlivem prostředí, výchovy a vzdělání. Projevují se v zájmech, zálibách, charakterových vlastnostech a formátu osobnosti. Ve vztahu k duševní poruše (nemoci) se toto období označuje jako **premorbidní osobnost**. Předpokládá se, že charakter duševní poruchy neurčují pouze psychické a somatické změny, ale i pacientova reakce na tyto změny. Znalost premorbidní osobnosti pomáhá určovat prognózu poruchy.

■ Období premorbidních projevů

Před vlastním rozvojem psychické poruchy se mohou i dlouhou dobu vyskytovat různé psychické a somatické obtíže. V tomto období ještě nelze rozpoznat, že u jedince dochází k rozvoji psychické poruchy. Obtíže mají nespecifický charakter a mohou se vyskytovat u různých onemocnění a poruch – např. pocit únavy, narušený spánek.

■ Prodromální stadium

V tomto období se již formují úvodní projevy rozvíjející se poruchy. Od předchozích příznaků se liší tím, že již nabývají charakteru chorobných příznaků – i když nespecifických a ještě neskloubených do rozvinutého chorobného obrazu. Pro tyto potíže postižený buď vyhledá sám lékaře, nebo je upozoruje jeho okolí a snaží se zasáhnout. Toto stadium může být reverzibilní – zásahem lékaře se podaří proces zastavit nebo zvrátit, nebo přejde do následujícího stadia.

■ Úvodní akutní nebo subakutní stadium

V tomto období rozvoje poruchy se vedle nespecifických příznaků objevují i příznaky specifické a je již možno diferencovat mezi základními kategoriemi psychických poruch. Je možná syndromová diagnostika nebo dokonce diagnostika některých psychických poruch. To umožňuje i lépe terapeuticky zasáhnout. Lze již rozlišit neklid, agitovanost, nediferencovanou paranoiditu, halucinatorní projevy aj. Ze somatických projevů se mohou vyskytovat takové, které napomáhají diagnostice – např. poruchy spánku, nechutenství, úbytek hmotnosti u depresí.

■ **Období manifestace poruchy**

Nediferencované příznaky začínají ustupovat a objevují se příznaky charakteristické pro danou psychickou poruchu. Příznaky jsou natolik výrazné, že umožňují diagnostiku psychické poruchy. Manické nebo depresivní projevy jsou natolik zřejmé, že můžeme diagnostikovat epizodu manické či depresivní poruchy; halucinatorní projevy, vztahovačnost, úkorné a perzekuční bludy signalizují, že jde o psychickou poruchu z okruhu schizofrenie apod. Údaje z okolí postiženého umožňují upřesnit diagnostiku. V tomto období už nejde jen o léčení syndromů, ale o léčení určité psychické poruchy.

■ **Období doznívání příznaků**

Projevy psychické poruchy po dosažení vrcholu začínají ustupovat a opět jsou výraznější nespecifické projevy poruchy, specifické příznaky se oslabují. Začínají se zvýrazňovat projevy premorbidní osobnosti. U řady poruch se objevují příznaky v opačném sledu, než v jakém narůstaly. Výrazněji se liší nespecifické příznaky – např. bolesti hlavy a poruchy spánku ustoupily, ale mohou se objevovat projevy reziduální (změny osobnosti aj.).

■ **Období rekonvalescence**

Specifické příznaky odezněly, mohou přetrvávat některé nespecifické projevy (únava, slabost) a vedle toho projevy způsobené biologickými terapiemi (parkinsonské projevy některých antipsychotik, poruchy paměti po elektrošokové léčbě). V tomto období se zlepšuje i sociabilita nemocných, komunikace, péče o vlastní osobu.

■ **Období obnoveného zdraví**

V optimálních případech dojde k úplnému odeznění jak specifických, tak nespecifických projevů psychické poruchy. Ne u všech psychických poruch tomu tak je. U některých přetrvávají postprocesuální změny, ke kterým došlo narušením osobnosti postiženého psychickou poruchou. Včasné rozpoznání a správné léčení snižuje toto riziko na minimum.

Psychiatrická sociologie považuje za velmi důležitou otázku označení jedince za duševně nemocného. Tento proces je někdy označován jako **kariéra duševně nemocného**. Jde o otázku vztahu mezi chováním jedince a společenskou odezvou. Toto iniciální narušené chování je velmi různorodé a nestrukturované, jeho příčiny jsou sociálně psychologické nebo biologické. Kultura je jednou z řady určujících charakteristik společenského hodnocení narušeného chování. Co je v jednom etniku považováno za normální, v jiném etniku se může považovat za abnormní. Např. chování jižních národů ve srovnání s chováním severských. Proto se většině narušeného jednáni nedostane označení duševní porucha. Z toho vyplývá i rychlost a snadnost dostupnosti lékařské pomoci. I hluboce dementní jedinci mohou být svým okolím považováni za přijatelné.

Značkovací proces, značkovací, nálepkovací teorie je jednou z novějších orientací v lékařské sociologii. Základní myšlenky této teorie se objevují v kriminologii již v období před druhou světovou válkou. Jde o obecnou teorii deviantního chování. Pro

duševní poruchy byl rozpracován tzv. **normativní přístup**. Mezi základy této teorie patří koncepce primární a sekundární deviace. **Primární deviace** je rozpoznané porušení pravidel, které je buď tolerované, nebo označeno nálepkou bez trvalých následků. **Sekundární deviace** znamená deviantní roli, ve které jedinec může používat deviantní jednání jako prostředek přizpůsobení se a jako osobní strategii. Většinou jde o jedince s vleklou psychickou poruchou.

Když lékař potvrzuje status duševně nemocného, musí přihlížet i k tomu, do jaké míry je to v daném prostředí (společnosti) únosné vzhledem k pozdějším problémům se sociální readaptací. Je zřejmé, že mladší občané chápou roli duševně nemocného jako méně stigmatizující než starší populace. Běžně v populaci převládá názor, že odpovědnost za celou situaci a další průběh poruchy přebírá lékař, zvláště jsou-li k tomu lékařem vedeni.

1.5 KLASIFIKAČNÍ SOUSTAVY A DIAGNOSTIKA

V psychiatrii, stejně jako v ostatních jak medicínských, tak nemedicínských oborech, je snaha třídit získané zkušenosti a vědomosti. Vytvářejí se různé klasifikační systémy. Vychází se ze zkušenosti, že v každém konkrétním jevu lze odkrýt jak vlastnosti zvláštní, tak vlastnosti obecné. Na obecných vlastnostech je založeno jejich třídění. Zobecňování a třídění poznatků v psychiatrii spočívá ve vytváření klasifikací a systémů.

Klasifikační systémy se vyznačují konvencí. Stejný problém lze posuzovat z různých hledisek a to zejména v psychiatrii, kde často nelze závěry podložit laboratorními metodami či jinak. Co pod pojmem schizofrenie rozuměli naši předchůdci, nemusí být totožné s tím, co tím rozumí současní psychiatři. Rozvoj klasifikace duševních poruch představuje i historický proces. To, co dříve představovalo vrchol třídění, je v dalším období překonáno. Např. Kraepelinova klasifikace z roku 1886 byla překonána klasifikací Bleulerovou z roku 1911. Je to pochopitelné, protože nové poznatky o duševních poruchách to umožnily.

Je však pravda, že proces psychiatrické klasifikace je rozporný. Rozpornost se projevuje odlišnými klasifikačními přístupy: nosologická koncepce a antinosologický přístup. Rozpory mezi „psychicky“ a „somaticky“, rozpor mezi psychopatologickým a patofyziologickým přístupem, mezi materialistickým a idealistickým, mezi monistickým a dualistickým přístupem psychiatrů. Poznatky získané při diagnostice a terapii duševních poruch zobecňujeme na různých úrovních. Nejkonkrétnější jsou symptomy, obecnější je syndromologická a nosologická úroveň.

Diagnostika na úrovni symptomů nebo syndromů představuje malý stupeň abstrakce. Pragmatický přístup vychází z konkrétnějšího – z jednotlivého pacienta. Pacient je ta jednotka, na kterou se má soustředit. Když však vycházíme jen z pacienta a jeho poruchu považujeme za zvláštní a neopakovatelný jev, pak nemůžeme zkušenost zobecnit. Naproti tomu nosologická klasifikace třídí jevy na nejobecnější úrovni. Nevychází jen ze symptomů a syndromů, ale přihlíží k etiologii, patogenezi, průběhu a výsledku poruchy.

Příkladem složitosti celého diagnostického a klasifikačního systému může být Bonhoefferovo učení (1910, 1912) o akutních exogenních reakčních typech. K tomu, aby mohl svá zjištění u infekčních nemocí včlenit do klasifikačního systému, musel nejdříve oslabit Kraepelinův systém, který byl založen na endogenitě a nepřipouštěl vznik depresivních, paranoidních a jiných obrazů jinak. Proto Bonhoeffer vytvořil teorii o nespecifičnosti syndromů. Psychopatologický syndrom mohou vytvořit různí činitelé a naopak při stejné etiologii vznikají u různých jedinců různé psychopatologické obrazy. Tím byl rozbit Kraepelinův systém založený na endogenitě a v dalším období se mohly vytvářet systémy jiné.

V psychiatrii v průběhu 19. a 20. století vzniklo mnoho různých klasifikací a diagnostických systémů, které vycházely z různých modelů psychických poruch:

- **Psychosociální model**, který byl zaveden na počátku 19. století. Tento model byl později rozpracován Freudem jako psychodynamický a později na základě učení Pavlova J. B. Watsnem jako behaviorální. V podstatě šlo o odmítání medicínského modelu duševní poruchy.
- **Organický model** byl zaveden W. Griesengerem v polovině 19. století a později rozpracován T. Meynertem, C. Wernickem a K. Kleistem (neuro-anatomický model), který později převzaly a dále rozpracovaly neurovědy.
- **Agnostický (ateoretický) model** byl zaveden v polovině 19. století H. Neumanem, který nevěřil v možnost jakékoli diferencíální diagnostiky v psychiatrii a doporučoval koncepci jednotné psychózy. Tento názor byl překonán klasifikací E. Kraepelina na přelomu 19. a 20. století. Do této skupiny se řadí i klasifikace MKN-10 a DSM.
- **Farmakomorfní model** má základy v 50. a 60. letech 20. století, když se objevila první účinná psychofarmaka (J. Delay a P. Deniker zavedli v roce 1952 chlorpromazin do terapie duševních poruch). Zavedení psychofarmak do terapie duševních poruch a jejich úspěchy vedly k domněnce, že by mohla být objevena příčina vzniku duševních poruch.

(Blíže o klasifikaci v psychiatrii viz P. Smolík 1996 a novější vydání.)

Podobně tomu bylo i v současnosti. Když v roce 1948 vznikla Světová zdravotnická organizace, došlo k vydání International Statistical Classification of Diseases. Tato klasifikace byla zpočátku používána jen některými zeměmi. Proto v dalším průběhu dochází k různým úpravám. Původní klasifikace označená jako MSK – Mezinárodní statistická klasifikace (ICD-6) doznala větších změn v roce 1959. Nejdůležitějším doporučením bylo zbavit všechny diagnózy etiologických závěrů a vytvářet „jednoduché operacionální definice“. V roce 1965 vyšla 8. revize a její užívání vstoupilo v platnost v roce 1969. Postupně se pak uplatňovaly další „decenální revize“. O sjednocení psychiatrické diagnostiky se nejvíce pokusila současná 10. revize MKN (Mezinárodní klasifikace nemocí, ICD-10), ke které byl v oblasti psychických poruch vytvořen glosář. Tato klasifikace se snažila co nejvíce přiblížit i americké klasifikaci (DSM – Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders).

Současná MKN-10 se začala začátkem 90. let 20. století zkoušet ve dvaceti zemích v různých částech světa. Přibližně devadesát procent klinických pracovníků,

kteří se na zkoušení podíleli, shledalo tento systém jako použitelný. Zkušební práce byly dokončeny v roce 1994 a v roce 1996 vyšlo první vydání této víceosé klasifikace. V současnosti je nesporné, že použití nové decenální revize se osvědčilo i v našich podmínkách a stalo se základem pro diagnostiku duševních poruch.

1.6 DIAGNOSTIKA – DYNAMICKÝ PROCES

Dynamické pojetí psychické poruchy jako průběhového tvaru klade náročné požadavky na její diagnostiku, která musí její vývojové etapy zachytit. Jde např. o to, zda se duševní porucha od počátku rozvíjí jako nosologická jednotka, nebo různé poruchy mají zpočátku nespécifický charakter a příslušnost k určité nosologické jednotce se zvýrazní až v dalším průběhu.

Kdyby se psychická porucha od počátku rozvíjela jako určitá nosologická jednotka, měli bychom být schopni ji od počátku diagnostikovat. Ve skutečnosti tomu tak není. Počáteční projevy bývají nespécifické a specifický charakter získávají v průběhu vývoje. Tato neschopnost diagnostikovat psychickou poruchu hned na počátku je dána objektivními činiteli, možnostmi současné diagnostiky i subjektivními činiteli. Průběh dalších atak psychické poruchy bývá obdobný jako při prvních projevech, což nám ulehčuje diagnostiku. Stává se však, že první ataka poruchy nebyla dobře diagnostikována a v omylu se pak pokračuje. Proto v minulosti byly tendence diagnostikovat jednotnou psychózu, která v různých obdobích může mít různé klinické obrazy.

Znalost premorbidní osobnosti je dalším činitelem, který napomáhá diagnostice. V klinickém obraze psychické poruchy se často prolínají projevy premorbidní osobnosti s vlastními příznaky poruchy. Dřívější klasická psychiatrie vycházela především z aktuálního stavu pacienta. V současnosti se klade důraz na dynamiku chorobných projevů. Porucha má své preklinické období (včetně premorbidní osobnosti), období klinické manifestace, období remise a rekonvalescence, případně relapsu. Podle toho, ve kterém stadiu poruchy postiženého vyšetřujeme, získáváme odpovídající množství informací a podle toho se směřuje i naše diagnostika. V rámci diferenciální diagnostiky se rozhodujeme mezi jednotlivými psychickými poruchami. V časných obdobích většinou dospíváme k diagnostice na úrovni syndromů.

Z hlediska diagnostického procesu se zabýváme typy diagnostických závěrů, podle toho, jaké množství jsme získali informací, subjektivních a objektivních údajů, údajů z okolí postiženého, případných vyšetření psychologických a laboratorních. Čím více údajů máme k dispozici, tím je diagnóza snadnější a přesnější.

Zjištění jevu v normě nepřítomného: nejde vždy jen o projevy, které u zdravého jedince nenacházíme, ale může jít i o projevy u dotyčného jedince neobvyklé, které u jiných považujeme za normální. (Např. u jedince vážné povahy je neobvyklé nápadně familiérní chování.) Proto ne vždy můžeme brát určitou normu jako charakteristickou pro všechny jedince – nejde o „všeobecnou normu“. Je důležité přesné popsání takového symptomu, aby bylo zřejmé, že jde o symptom psychické poruchy, a vytvoření předběžného závěru nás vede k úsilí zpřesňovat diagnózu.

Zjištění určitého seskupení odchylek od normy: když máme k dispozici větší množství údajů, docházíme i k vyššímu stupni diagnózy – na úrovni syndromu (syn-

dromologická diagnóza). Ta nám obvykle již umožňuje přesnější zaměření terapie i dalšího směřování k diagnostice psychické poruchy. Podle Griesingera (1871) se příznaky v psychiatrii neseskupují do příznakového komplexu (syndromu) náhodně, ale podle určitých zákonitostí. Určité příznaky vylučují přítomnost příznaků jiných a naopak, podle přítomnosti určitých příznaků lze jiné očekávat. Syndromová diagnostika se jinak nazývá **diagnóza prvního kontaktu**. Takovými diagnózami jsou např. paranoidní psychóza, anxiózně depresivní syndrom, paranoidně halucinatorní syndrom.

Zařazení poruchy do obecné kategorie: v psychiatrii jde o konečnou diagnózu, ke které jsme dospěli diferenciatně diagnostickými úvahami (nosologická diagnóza). Ne vždy jde o diagnózu konečnou, protože, jak jsme již uvedli, v další atace poruchy mohou být projevy odlišné. Proto „konečná diagnóza“ platí jen pro dané stadium poruchy. Např. při první epizodě deprese nemůžeme ještě říci, zda jde jen o depresi, či rekurentní afektivní poruchu. Teprve další průběh naše závěry upřesní. Proces zpřesňování a přizpůsobování aktuálního stavu postiženého trvá plynule, dokud nedojde k úplnému uzdravení.

1.7 SUBJEKTIVNÍ ČINITELE V DIAGNOSTICE

Když lékař provádí rozpoznání psychické poruchy a její zařazení do systému psychických poruch a klasifikace, činí tak na základě svých odborných znalostí. Musí posoudit všechny získané informace a rozhodnout. V tom se odráží jeho subjektivní přístup. I když dva psychiatři získají stejné množství údajů o pacientovi, jejich rozhodování je odlišné. V psychiatrii existuje řada teorií o vzniku a vývoji psychických poruch, záleží na tom, které diagnostikující psychiatr věří, stejně jako na tom, o jakých závěrech je přesvědčen: zda mu postačí zjištění poruchy na úrovni syndromu, nebo zda je přesvědčen o nutnosti nosologické diagnostiky. Tyto rozpory jsme mohli pozorovat i ve vytváření klasifikačních systémů. Diagnostické rozborů ukázaly na vztah mezi erudovaností a teoretickým postojem.

Velký internosologický rozptyl je známkou malé erudovanosti a malé zkušenosti lékaře. Svědčí o tom nejen tápání mezi nosologickými skupinami (např. reaktivní deprese a velká deprese), ale i mezi základními chorobnými kategoriemi – neurotické a psychotické poruchy či poruchy osobnosti. Naopak zvažování mezi psychickými poruchami uvnitř nosologického okruhu je známkou erudovanosti. Při takových diferenciatně diagnostických úvahách se uplatňují individuální teoretické postoje hodnotícího. Např. po zavedení MKN-10 se většina psychiatrů u nás přidržuje shodných kritérií, zatímco v některých zemích se uplatňují jiné koncepce. Ovšem i v rámci jednoty našich psychiatrů zjišťujeme diagnostické rozptyly. Byla provedena řada diagnostických studií, ze kterých spíše vyplynulo, že diagnostický rozptyl je založen na nestejně erudovanosti a zkušenostech.

Protože ne každý psychiatr má stejný postoj k diagnostice, bylo popsáno několik odlišných **diagnostických stylů** (Gauron a Dickinson 1966, Janík, 1987, 2001). Bylo popsáno několik variant, z nichž některé zde uvádíme:

■ Intuitivní přístup

Vyšetřující lékař dochází k závěrům na základě poměrně malého množství informací a závěr vychází z jeho prvního dojmu. Tento typ se vyskytuje velmi často, až v polovině případů. Je však mnoho případů, kdy takové unáhlené závěry nebyly správné. I k takovému intuitivnímu přístupu je potřebná řada znalostí a zkušeností. Z pozorování mnoha duševně nemocných a z teoretických studií si psychiatr vytváří abstrakcí schémata typů psychických poruch. Tyto své abstrahované zkušenosti pak mimovolně srovnává s konkrétním případem. Potom na základě několika postřehnutých příznaků zařadí „případ“ do zkušenostní šablony. Důležité je i to, jak je případ typický a nakolik zapadá do zkušenostního schématu. Někteří psychiatři intuitivní přístup odmítají, jiní naopak preferují.

■ Vylučovací postup

Obvykle jej používají málo zkušení psychiatři, nebo naopak vědečtí pracovníci. Přístup počítá s mnoha eventualitami, které se postupně na základě dalších informací vylučují, až se dospěje k závěrečné diagnóze. Důležité je dodržet správný postup v získávání informací – nejprve vlastní vyšetření, potom údaje z okolí postiženého atd.

■ Nerozhodný přístup

Lékař v tomto případě není schopen rozhodnout se pro jednu diagnózu. Dochází ke sporným závěrům nebo ke kombinovaným diagnózám, jindy k impulzivnímu rozhodnutí. Tento přístup se také označuje jako paralýza logiky. Lékař vyžaduje stále nové informace a nezáleží mu na pořadí informací. S podobnými případy se setkáváme i u psychologických vyšetření.

■ Knižní přístup

Je častý u psychiatrů, kteří sice mají dobré předpoklady, ale málo rozvinuté. Hovoří se o rigidním přístupu. Vyšetřující vyžaduje maximum informací podle toho, jak jsou popsány v učebnicích, a také vyžaduje, aby se dodrželo jejich pořadí. Vyskytuje se u nedostatečně zkušených pracovníků.

■ Adaptační přístup (zpětnovazební)

Při tomto postupu získané informace modifikují myšlení a nezáleží na pořadí informací. Jde o detektivní způsob přístupu, při kterém lékař pátrá po nejmenších detailech.

Diagnostické styly se v takto čisté podobě většinou nevyskytují, obvykle jde o jejich kombinaci. Záleží na subjektivním pocitu diagnostické jistoty. Tento pocit jistoty zpočátku stoupá s délkou praxe. Nejvyšší byl zaznamenán v rozmezí 3–6 let. Po tomto období obvykle klesá na původní hodnoty a někdy i pod jejich úroveň (Janík a spol., 1974).